

Fatores associados à descontinuidade do seguimento ambulatorial de egressos de unidades neonatais

Factors associated with the discontinuance of outpatient follow-up in neonatal units

Factores asociados con la interrupción del seguimiento ambulatorio de recién nacidos tras el alta de unidades neonatales

Elysangela Dittz Duarte¹

ORCID: 0000-0001-8170-7523

Tatiana Silva Tavares¹

ORCID: 0000-0002-1593-2965

Isadora Virgínia Leopoldino Cardoso¹

ORCID: 0000-0001-8691-3967

Carolina Santiago Vieira¹

ORCID: 0000-0003-2698-7301

Bárbara Radieddine Guimarães¹

ORCID: 0000-0003-4976-0679

Mariana Bueno^{II}

ORCID: 0000-0002-1470-1321

RESUMO

Objetivos: identificar fatores predisponentes e capacitantes e necessidades de saúde associados à descontinuidade do seguimento ambulatorial de recém-nascidos egressos de terapia intensiva neonatal. **Métodos:** estudo transversal, utilizando o modelo comportamental de utilização de serviços de saúde. Participaram 358 mães e recém-nascidos encaminhados ao seguimento ambulatorial à alta hospitalar. Foram coletados dados de caracterização, percepção de apoio social, depressão pós-parto e assiduidade às consultas, sendo analisados no software R (3.3.1). **Resultados:** o seguimento ambulatorial foi descontinuado por 31,28% das crianças no primeiro ano após a alta. Em análise de regressão múltipla, a chance da descontinuidade foi maior nos recém-nascidos que utilizaram ventilação mecânica (OR = 1,68; IC 95% 1,04-2,72) e dependiam de tecnologia (OR = 3,54; IC 95% 1,32-9,5). **Conclusões:** fatores predisponentes estiveram associados à descontinuidade do seguimento; fatores capacitantes e necessidades de saúde não apresentaram associação significativa. Crianças com condições de saúde mais complexas requerem suporte adicional para participação nos programas de seguimento e garantia da continuidade do cuidado.

Descritores: Continuidade da Assistência ao Paciente; Assistência Ambulatorial; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermagem Pediátrica; Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

Objectives: to identify predisposing and enabling factors as well as the health needs associated with the discontinuance of outpatient follow-up of newborns who were hospitalized at neonatal intensive care unit. **Methods:** cross-sectional study, using the behavioral model of health services use. The study was composed of 358 mothers and newborns referred to the outpatient follow-up after discharge. Characterization, perception of social support, postnatal depression, and attendance to appointments data were collected, analyzed by the R software (3.3.1). **Results:** outpatient follow-up was discontinued by 31.28% of children in the first year after discharge. In multiple regression analysis, the chance of discontinuance was higher for newborns who used mechanical ventilation (OR = 1.68; 95%CI 1.04-2.72) and depended on technology (OR = 3.54; 95%CI 1.32-9.5). **Conclusions:** predisposing factors were associated with the discontinuance of follow-up; enabling factors and health needs did not present a significant association. Children with more complex health conditions require additional support to participate in follow-up programs, thus ensuring the continuity of care.

Descriptors: Continuity of Patient Care; Ambulatory Care; Intensive Care Units, Neonatal; Pediatric Nursing; Needs Assessment.

RESUMEN

Objetivo: identificar los factores predisponentes y facilitadores, y las necesidades de salud asociadas a la interrupción del seguimiento ambulatorio de recién nacidos tras el alta de unidades de cuidados intensivos neonatais. **Métodos:** estudio transversal, que utilizó el modelo conductual de utilización de servicios de salud. Participaron 358 madres y recién nacidos, que fueron orientados al seguimiento ambulatorio para el alta hospitalaria. Se recogieron los datos de caracterización, de percepción de apoyo social, de depresión posparto y de asiduidad a las consultas, siendo analizados en el software R (3.3.1). **Resultados:** el seguimiento ambulatorio fue interrumpido por el 31,28% de los niños durante el primer año tras el alta. En el análisis de regresión múltiple, la probabilidad de interrumpir el seguimiento fue mayor entre los recién nacidos que utilizaron ventilación mecánica (OR = 1,68; IC 95% 1,04-2,72) y dependían de la tecnología (OR = 3,54; IC 95% 1,32-9,5). **Conclusión:** los factores predisponentes fueron asociados con la interrupción del seguimiento; sin embargo, los factores facilitadores y las necesidades de salud no presentaron una asociación significativa. Los niños que presentaban condiciones de salud más complejas requirieron apoyo adicional para participar en los programas de seguimiento y garantizar la continuidad del cuidado.

Descriptor: Continuidad de la Atención al Paciente; Atención Ambulatoria; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal; Enfermería Pediátrica; Evaluación de Necesidades.

¹Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^{II}The Hospital for Sick Children. Toronto, Ontario, Canadá.

Como citar este artigo:

Duarte ED, Tavares TS, Cardoso IVL, Vieira CS, Guimarães BR, Bueno M. Factors associated with the discontinuance of outpatient follow-up in neonatal units. Rev Bras Enfem. 2020;73(3):e20180793. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0793>

Autor Correspondente:

Elysangela Dittz Duarte

E-mail: elysangeladittz@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 15-10-2018 **Aprovação:** 18-04-2019

INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, observa-se o aumento na sobrevida dos recém-nascidos com afecções perinatais ou malformações congênicas, com comprometimento de sua saúde decorrente da condição de nascimento e do cuidado recebido em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN)⁽¹⁻³⁾. Investimentos têm sido feitos em diferentes âmbitos para a melhoria da saúde dessas crianças de forma a assegurar-lhes atendimento de qualidade durante a hospitalização e após a alta hospitalar. No Brasil, em 2015, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, que tem como estratégias a atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e de baixo peso pelo “Método Canguru” e pelo seguimento do recém-nascido de risco após a alta hospitalar, de forma compartilhada entre a atenção especializada e a atenção básica⁽⁴⁾.

No que se refere ao seguimento ambulatorial, tem sido verificada sua contribuição para o diagnóstico oportuno de alterações no crescimento e desenvolvimento, encaminhamento para atendimentos especializados, redução de morbimortalidades dos recém-nascidos e suporte aos pais para o cuidado aos filhos⁽⁵⁻⁶⁾. Adicionalmente, o registro das informações referentes ao seguimento tem possibilitado o conhecimento acerca dos resultados do cuidado às crianças egressas da UTIN⁽⁶⁾.

Contudo, estudos internacionais que investigaram a não aderência ao seguimento ambulatorial apontam que as taxas de descontinuidade variam de 20% a 46%⁽⁷⁻⁸⁾ na segunda consulta, sendo de 18,8% nos dois primeiros anos⁽⁹⁾. Dentre os fatores relacionados, destacam-se: distância entre moradia e serviço, preferência por determinado profissional de saúde, doença na família, mudança de endereço, características socioeconômicas e culturais desfavoráveis das famílias, e ter outros filhos⁽⁷⁻¹⁰⁾. Estudo brasileiro, conduzido em Minas Gerais, evidenciou que 19,8% das crianças egressas de UTIN com encaminhamento para o seguimento ambulatorial não foram a nenhum atendimento nos primeiros 12 meses de vida⁽¹¹⁾. Aspectos da descontinuidade do seguimento ambulatorial de crianças de risco têm sido pouco explorados no contexto nacional, especialmente os fatores que podem contribuir para sua ocorrência.

Sabe-se que as crianças de risco egressas de UTIN apresentam o maior risco de alterações no crescimento e desenvolvimento e de acometimento por morbidades em médio e longo prazo. Esse risco é agravado quando essas crianças não recebem assistência qualificada que contemple as especificidades das necessidades desse grupo^(2,11). Considera-se, portanto, a necessidade de compreender os fatores que estão associados à descontinuidade do seguimento ambulatorial e as possíveis interferências na decisão das famílias acerca do uso dos serviços de saúde para o cuidado às crianças egressas da UTIN.

Sabe-se que a família é quem frequentemente determina a utilização dos serviços de saúde por seus membros, especialmente as crianças⁽¹¹⁾. Para compreender e explicar como são feitas as escolhas pelos indivíduos acerca do uso dos serviços de saúde, diferentes referenciais teóricos têm sido utilizados, a exemplo do modelo comportamental proposto por Andersen⁽¹²⁾. Esse modelo visa explicar como os fatores predisponentes, capacitantes e relativos às necessidades em saúde influenciam o uso dos serviços⁽¹²⁾.

De acordo com esse modelo, os fatores predisponentes se referem às características individuais prévias à situação de adoecimento, sendo subdivididos em três categorias: variáveis demográficas dos indivíduos que compõem o grupo familiar; estrutura social, tradicionalmente avaliada pelas variáveis: ocupação, etnia e educação; e crenças, que são valores atribuídos sobre a doença. Os fatores capacitantes ou facilitadores se referem à possibilidade de acesso aos serviços de saúde, incluindo renda, proximidade entre a residência e o serviço de saúde, acesso e quantidade de serviços ofertados. Já os fatores relativos às necessidades em saúde se referem ao estado de saúde auto-percebido pelo usuário, independentemente da avaliação do profissional de saúde⁽¹²⁾.

A hipótese deste estudo é de que os fatores predisponentes e capacitantes e as necessidades de saúde materna e neonatal possam estar associados à descontinuidade do seguimento ambulatorial.

OBJETIVOS

Identificar os fatores predisponentes, capacitantes e relativos às necessidades em saúde associados à descontinuidade do seguimento ambulatorial de recém-nascidos egressos de UTIN.

MÉTODOS

Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida considerando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital onde foi realizada a coleta de dados.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de estudo transversal realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e no serviço de seguimento ambulatorial de um hospital filantrópico de Minas Gerais. No ano deste estudo, foram admitidos 952 recém-nascidos na UTIN, com uma média de 79 recém-nascidos por mês.

Para o atendimento dos recém-nascidos na unidade neonatal e no ambulatório, o hospital conta com equipe multiprofissional especializada, composta por enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista, pediatra, psicólogo e assistente social. As crianças referenciadas para o seguimento são acompanhadas por pelo menos uma especialidade, de acordo com sua necessidade, até os dois anos de idade corrigida, sendo em média 250 a 300 atendimentos mensais. Caso seja identificada qualquer alteração no desenvolvimento, as crianças são encaminhadas para serviços de intervenção, o que não interrompe o seguimento ambulatorial.

População, amostra, critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas todas as 358 crianças e suas mães que receberam alta da UTIN de 1 de outubro de 2014 a 30 de setembro de 2015, que foram referenciadas para o atendimento por profissionais de uma ou mais especialidades no ambulatório da instituição. Foram excluídas do estudo crianças cujo relatório

de alta não apresentava o referenciamento às especialidades de atendimento ambulatorial na instituição.

Protocolo do estudo

O modelo comportamental de utilização de serviços de saúde⁽¹²⁾ norteou a condução do estudo e a seleção de variáveis que influenciam o uso dos serviços de saúde para elaboração do instrumento de coleta de dados. O instrumento foi submetido a teste piloto, não sendo encontradas necessidades de alteração. O desfecho em estudo foi a “descontinuidade do seguimento ambulatorial”. Considerou-se como descontinuidade o não comparecimento da criança em duas ou mais consultas ambulatoriais consecutivas deste serviço ou o não comparecimento em período superior a seis meses em todas as especialidades às quais a criança foi encaminhada no serviço ambulatorial estudado.

As variáveis relacionadas aos fatores predisponentes foram: sexo; idade gestacional ao nascer (< 37 semanas ou ≥ 37 semanas); peso ao nascimento em gramas (< 2500 ou ≥ 2500); diagnósticos à internação na UTIN; ventilação mecânica durante o período de internação hospitalar (sim ou não); dependência de tecnologia à alta (sim ou não). Foram também utilizadas as variáveis maternas: idade (< 18 anos, entre 18 e 29 anos, ≥ 30 anos de idade); filhos anteriores (sim ou não); escolaridade (analfabeto/1º grau incompleto, 1º grau completo/2º grau incompleto, 2º grau completo/3º grau incompleto e 3º grau completo); etnia declarada (branca, negra, parda ou outros); estado civil (sem companheiro ou com companheiro); tabagismo (sim ou não); uso de drogas (sim ou não); a escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EPDS) e a escala de apoio social (Medical Outcomes Study – MOS) que foram traduzidas e adaptadas para a cultura brasileira e têm sido frequentemente utilizadas em estudos nacionais⁽¹³⁻¹⁵⁾.

A escala de Edimburgo é composta por dez itens que avaliam sintomas depressivos comuns no puerpério e sua pontuação varia de 0 a 30 pontos⁽¹⁶⁾. Para este estudo, considerou-se que pontuação igual ou superior a 12 indica a presença de sintomatologia depressiva. A escala de apoio social avalia a percepção do indivíduo sobre o grau de apoio social, contemplando as dimensões material, afetiva, emocional, informação e interação social positiva em 19 itens, cada item apresenta cinco opções de respostas, que variam entre 1 e 5, apresentando a seguinte ordem: “Nunca”, “raramente”, “às vezes”, “quase sempre” e “sempre”. O escore final vai de 19 a 95 pontos, quanto maior o escore final, maior é o apoio social percebido⁽¹⁷⁾.

Para os fatores facilitadores ou capacitantes foram utilizados as variáveis: classe social (A/B, C, D/E)⁽¹⁸⁾; relato das mães quanto à presença ou ausência de orientação recebida dos profissionais, quanto ao seguimento após a alta; recebimento de benefício de prestação continuada (sim ou não) – que segundo Lei

Orgânica da Assistência Social⁽¹⁹⁾ é um benefício assistencial que garante um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência, considerada incapacitada de participar de forma plena e efetiva na sociedade –; recebimento de outro tipo de benefício (sim ou não); dificuldade referida para ir ao ambulatório (sim ou não); meio de transporte utilizado para ir ao ambulatório (carro próprio, ônibus, veículo cedido pelo município); distância entre residência e ambulatório (< 100 km, ≥ 100 km e < 200 km, ≥ 200 km); e município de origem (Belo Horizonte ou município do interior de Minas Gerais).

A necessidade em saúde foi avaliada por meio de perguntas feitas às mães acerca do seu entendimento quanto à condição de saúde de seus filhos e à necessidade de cuidados e seguimento ambulatorial. Para isso, utilizou-se um questionário do tipo Likert com opções de respostas que variavam de “muito alta a muito baixa” ou “muito bom a muito ruim”. Depois de elaborado, o instrumento foi encaminhado a quatro profissionais (médico, enfermeiro, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional) que atuavam no seguimento às crianças de risco para verificarem a pertinência de seu conteúdo considerando os objetivos da investigação. Não foram sugeridas modificações no instrumento.

Os componentes do modelo de Andersen⁽¹²⁾ e as variáveis selecionadas para o estudo estão apresentados na Figura 1.

Os dados foram coletados em três ocasiões: inicialmente, avaliou-se a elegibilidade dos recém-nascidos no momento da alta da UTIN, a partir de dados coletados no prontuário e relatório de alta referentes ao parto, nascimento, internação e agendamentos ambulatoriais. No momento de comparecimento à primeira consulta do seguimento ambulatorial, foram coletados dados junto às mães das crianças, por meio da aplicação do instrumento de coleta de dados e das escalas citados anteriormente. Por fim, verificou-se a assiduidade dessas crianças às consultas ambulatoriais entre o período de 1 de outubro de 2014 a 31 de outubro de 2016. O comparecimento, ausência ou remarcação das consultas foram verificados diariamente pelos pesquisadores, durante 12 meses após a inclusão de cada criança, e registrados no instrumento para verificação de assiduidade aos atendimentos. Os dados foram coletados utilizando a plataforma Medomai Knackhq por meio do uso de um dispositivo móvel com conexão à internet, que permitiu sua coleta e armazenamento em tempo real.

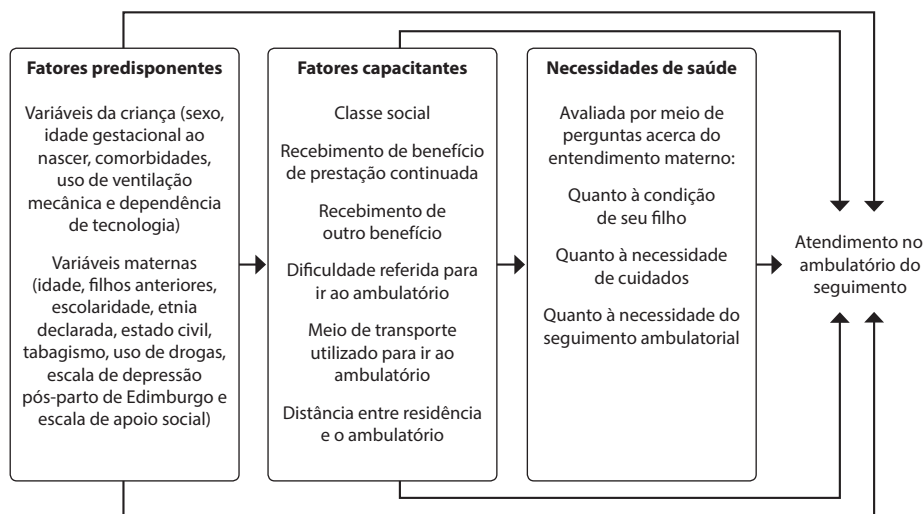


Figura 1 – Os componentes do modelo de Andersen e as variáveis selecionadas para o estudo

Análise dos resultados e estatística

Para avaliar a influência dos fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade em saúde sobre o desfecho (descontinuidade) foi realizada inicialmente uma análise univariada via análise de regressão logística. A partir da análise univariada, foi feita uma pré-seleção dos potenciais preditores da ocorrência de descontinuidade, sendo incluídas no modelo as variáveis com valor $p < 0,25$. As variáveis selecionadas foram então ajustadas a modelos multivariados de regressão logística e, nestes modelos, foi aplicado o método Backward para seleção final das variáveis. Para o método Backward, foi adotado um nível de 5% de significância. Para avaliar a qualidade do ajuste da regressão logística, utilizou-se o teste de Hosmer-Lemeshow⁽²⁰⁾ e o pseudo R2 de Nagelkerke⁽²¹⁾. A análise foi realizada utilizando-se o software R (versão 3.3.1).

RESULTADOS

Durante o período do estudo, 358 crianças deram início ao seguimento no ambulatório para atendimento às crianças de risco. Destas, 246 (68,72%) mantiveram o acompanhamento no ambulatório durante o primeiro ano após a alta hospitalar e 112

(31,28%) descontinuaram o tratamento. Em relação ao momento da descontinuidade ao seguimento ambulatorial, 25% das crianças descontinuaram nos primeiros seis meses e o restante até 12 meses. Os dados de caracterização das crianças indicaram: idade gestacional corrigida, média de 35,6 semanas ($\pm 4,35$), Apgar médio no primeiro minuto 7,1 ($\pm 2,30$) e no quinto minuto 8,7 ($\pm 1,48$), sendo que 29 crianças (8,87%) apresentaram Apgar menor que 7 no quinto minuto de vida. Os diagnósticos mais prevalentes na internação foram: icterícia (85,99%), afecções pulmonares (60,61%) e cardiológicas (25,42%).

Quanto às mães, a idade média foi de 27 a 37 anos ($\pm 7,16$), predominou o parto normal (53,73%) e o rendimento familiar mensal médio foi R\$ 1.962,36 ($\pm 2.815,52$). Em relação à depressão pós-parto, 82 mães (23,91%) apresentaram sintomatologia depressiva, que corresponde à presença do escore > 12 . O escore médio da escala de apoio social foi 85, indicando alta percepção de apoio social pelas mães.

A Tabela 1 apresenta dados referentes aos fatores predisponentes da descontinuidade ao seguimento ambulatorial de crianças egressas da UTIN. Ventilação mecânica ($p = 0,027$) e dependência de tecnologia à alta hospitalar ($p = 0,008$) mostraram associação significativa à descontinuidade do seguimento ambulatorial.

Tabela 1 – Fatores predisponentes à descontinuidade do seguimento ambulatorial de crianças egressas da unidade de terapia intensiva neonatal, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2016

Variáveis		Descontinuou		O.R	Valor de p
		n*	%		
Sexo da criança [‡]	Feminino	44	26,3	1,00	-
	Masculino	61	35,5	1,54	0,070
Idade gestacional ao nascimento [‡]	< 37 semanas	86	31,0	1,00	-
	≥ 37 semanas	20	32,8	1,08	0,791
Peso ao nascer [‡]	< 2500 g	92	32,6	1,00	-
	≥ 2500 g	14	25,0	0,69	0,263
Ventilação mecânica [‡]	Não	45	26,5	1,00	-
	Sim	56	38,1	1,71	0,027
Dependência de tecnologia [‡]	Não	101	29,7	1,00	-
	Sim	11	61,1	3,72	0,008
Idade Responsável [§]	< 18 anos	9	42,9	1,00	-
	De 18 e 30 anos	57	29,1	0,55	0,197
	≥ 30 anos	42	31,6	0,62	0,311
Filhos anteriores [§]	Não	56	29,5	1,00	-
	Sim	52	32,7	1,16	0,516
Escolaridade materna [§]	Analfabeto/1º grau incompleto	12	38,7	1,00	-
	1º grau completo/2º grau incompleto	38	31,1	0,72	0,424
	2º grau completo/3º grau incompleto	55	30,9	0,71	0,391
	3º grau completo	5	22,7	0,47	0,224
Etnia declarada [§]	Branca	19	28,8	1,00	-
	Negra	22	29,3	1,03	0,943
	Parda	68	32,5	0,82	0,568
	Outros	1	25,0	1,19	0,871
Estado civil [§]	Sem companheiro	37	30,6	1,00	-
	Com companheiro	73	31,5	1,04	0,864
Tabagista [§]	Não	99	30,6	1,00	-
	Sim	10	32,3	1,08	0,844
Uso de drogas [§]	Não	107	31,1	1,00	-
	Sim	1	20,0	0,55	0,599
Escala Edimburgo [§]	< 12	79	30,3	1,00	-
	≥ 12	27	32,9	1,13	0,650

Nota: * O valor do n modifica de acordo com o número total de registros da variável; ‡ Eventos observados no momento da alta hospitalar; § Eventos observados na primeira consulta ambulatorial; † Variável selecionada para o modelo multivariado.

Os dados apresentados na Tabela 2 se referem aos fatores capacitantes para a descontinuidade do seguimento ambulatorial das crianças egressas da UTIN. Somente o referenciamento para seguimento após a alta mostrou-se associado significativamente à descontinuidade do seguimento ambulatorial.

Os dados apresentados na Tabela 3 se referem aos fatores relativos às necessidades em saúde e à descontinuidade do seguimento ambulatorial das crianças egressas da UTIN. Esses fatores foram avaliados pela apreciação materna acerca da condição

de saúde e necessidade de acompanhamento ambulatorial de seu filho. O “regular” entendimento da mãe sobre a necessidade de atendimento ambulatorial para o seu filho foi a variável que mostrou associação significativa com a descontinuidade do seguimento ambulatorial ($p = 0,022$).

A Tabela 4 apresenta os fatores significativamente associados com a descontinuidade de crianças ao seguimento ambulatorial. No modelo de regressão múltipla, houve influência significativa de ambas as variáveis sobre a descontinuidade do seguimento.

Tabela 2 – Fatores capacitantes a descontinuidade ao seguimento ambulatorial de crianças egressas da unidade de terapia intensiva neonatal, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2016

Variáveis		Descontinuou		Odds Ratio	Valor de p
		n*	%		
Classe social [§]	D/E	18	28,1	1,00	-
	C	81	32,5	1,23	0,500
	A/B	11	26,2	0,91	0,827
Referenciamento para seguimento após a alta [‡]	Não	5	71,4	1,00	-
	Sim	107	30,5	0,18	0,039
Possui Benefício de Prestação Continuada (BPC) [§]	Não	96	30,9	1,00	-
	Sim	10	32,3	1,07	0,873
Possui outro benefício para a criança [§]	Não	94	30,3	1,00	-
	Sim	10	31,2	1,04	0,914
Dificuldade para ir ao ambulatório [‡]	Não	58	27,4	1,00	-
	Sim	51	36,7	1,54	0,065
Carro próprio [§]	Não	72	30,6	1,00	-
	Sim	37	31,9	1,06	0,811
Ônibus [§]	Não	62	29,8	1,00	-
	Sim	47	32,9	1,15	0,543
TFD (veículo cedido pelo município) [‡]	Não	93	32,9	1,00	-
	Sim	16	23,5	0,63	0,138
Distância [§]	< 100 km	91	31,9	1,00	-
	≥ 100 km e < 200 km	15	34,1	1,10	0,775
	≥ 200 km	3	18,8	0,49	0,277
Cidade [§]	Belo Horizonte	40	32,5	1,00	-
	Outra	68	30,6	0,92	0,717
Escore geral – escala de apoio social [§]	Média (SD)	106	85(1,6)	1,16	0,844

Nota: *O valor do n modifica de acordo com o número total de registros da variável; ‡ Eventos observados no momento da alta hospitalar; § Eventos observados na primeira consulta ambulatorial; † Variável selecionada para o modelo multivariado.

Tabela 3 – Fatores referentes às necessidades em saúde e à descontinuidade do seguimento ambulatorial de crianças egressas da unidade de terapia intensiva neonatal, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2016

Variáveis		Descontinuou		Odds Ratio	Valor de p
		n	%		
Classificação da saúde do filho [†]	Muito bom	73	33,5	1,00	-
	Bom	34	27,4	0,75	0,245
	Regular/Muito ruim	1	11,1	0,25	0,193
Chances de o bebê ter problema no desenvolvimento devido à condição de nascimento	Alta/Muito alta	2	28,6	1,00	-
	Regular	12	27,3	0,94	0,943
	Baixa/Muito baixa	94	31,8	1,16	0,858
Influência do seu cuidado para o desenvolvimento de seu filho	Alta/Muito alta	101	30,9	1,00	-
	Regular	3	33,3	1,12	0,876
	Baixa/Muito baixa	4	28,6	0,90	0,854
Necessidade de atendimento ambulatorial para o seu filho [†]	Alta/Muito alta	86	34,5	1,00	-
	Regular	14	20,0	0,47	0,022
	Baixa/Muito baixa	9	29,0	0,78	0,542

Nota: † Variável selecionada para o modelo multivariado.

Tabela 4 – Modelo final com as variáveis que apresentaram associação significativa com a descontinuidade ao seguimento ambulatorial de crianças egressas da unidade de terapia intensiva neonatal, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2016

Variáveis	Descontinuou		Odds Ratio (IC 95%)	Valor de p
	n	%		
Ventilação mecânica	Não	45 26,50	1,00	0,035
	Sim	56 38,10	1,68(1,04-2,72)	
Dependência de tecnologia	Não	101 29,70	1,00	0,012
	Sim	11 61,10	3,54(1,32-9,5)	

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram que um percentual importante das crianças egressas da UTIN referenciadas para o seguimento ambulatorial descontinuou o acompanhamento (31,28%, n = 112) no primeiro ano após a alta hospitalar, o que corrobora com outras investigações realizadas⁽⁷⁻⁸⁾. As experiências vividas no puerpério, combinadas com as demandas no cuidado à criança, são fatores com potencial consequência para sintomas depressivos. O uso da escala de Edimburgo evidenciou que 23,91% das mães entrevistadas apresentaram escore ≥ 12 , indicando sintomatologia depressiva. Esse resultado vai ao encontro de valores identificados na literatura nacional em contextos semelhantes⁽²²⁻²³⁾.

A média do escore de apoio social percebido pelas mães participantes foi de 85, o que indica que essas mães percebem a presença de uma rede de apoio social, aspecto que contribui para a capacidade materna em lidar com os sentimentos experienciados⁽²⁴⁾. O resultado encontrado nesta investigação é semelhante ao resultado de uma pesquisa longitudinal realizada com gestantes de fetos com malformações, sendo evidenciada uma média geral de MOS de 88,4 (Depressão Pós-parto = 13,52)⁽²⁵⁾.

Estudos internacionais indicam que, quanto maior a complexidade das crianças, maior a taxa de adesão das famílias aos programas de seguimento⁽⁷⁻⁸⁾. Embora as crianças dependentes de tecnologia demandem cuidados de maior complexidade, neste estudo, o uso de ventilação mecânica durante a internação em UTIN e a dependência de tecnologia no momento da alta foram fatores predisponentes relacionados à descontinuidade do seguimento ambulatorial ao recém-nascido de risco. Uma possível explicação para esse resultado é que, diante do encaminhamento dessas crianças para outros serviços especializados, visando ao atendimento de suas necessidades específicas, a família pode ter optado por realizar o acompanhamento no serviço especializado e descontinuar o seguimento ambulatorial ao recém-nascido de risco. Porém, destaca-se que o encaminhamento para atendimento especializado ou a realização de puericultura na Atenção Básica não deveriam excluir a continuidade do seguimento ambulatorial. São atendimentos com objetivos diferentes e complementares, que juntos podem favorecer uma abordagem abrangente das necessidades das crianças⁽⁴⁾.

A assistência às crianças com necessidades de cuidados continuados na rede de atenção à saúde constitui-se um desafio. Consta-se um desconhecimento acerca do quantitativo dessas crianças⁽²⁶⁾, bem como das suas necessidades específicas de cuidado⁽²⁷⁻²⁸⁾. A assistência tem sido feita por meio da oferta de ações programáticas que não contemplam as suas especificidades e a ausência de estratégias

para sua identificação⁽²⁸⁻²⁹⁾. Adicionalmente, no cenário nacional, verifica-se a incipiência das estratégias e ações das políticas públicas destinadas às crianças com condições crônicas⁽²⁶⁾, o despreparo dos profissionais da atenção básica para atender às especificidades das necessidades desse grupo de crianças e a dificuldade de acesso aos serviços especializados por restrição da oferta⁽²⁹⁻³⁰⁾.

Considerando que a utilização dos serviços de saúde sofre as interferências do contexto sociocultural e econômico no qual os indivíduos estão inseridos⁽¹²⁾, as diferenças observadas entre o presente estudo e a literatura internacional podem ser também explicadas pelas realidades distintas entre as populações estudadas. No Brasil, o modelo de cuidado ainda tem priorizado os atendimentos objetivando a intervenção em detrimento da assistência preventiva⁽³¹⁾. Com essa escolha tem-se a produção de ações direcionadas ao restabelecimento da saúde da criança que não contemplam o planejamento do cuidado e as orientações necessárias para sua continuidade⁽³²⁾.

Nesta mesma perspectiva, os achados indicam que as características socioeconômicas da população estudada dificultam esse acesso, por serem famílias com reduzida disponibilidade de recursos. Outros fatores identificados como dificultadores do acesso aos serviços de saúde são as longas distâncias, meio de transportes inadequados e falta de esclarecimentos com relação aos procedimentos necessários para a utilização dos serviços. Estudos têm indicado que esses fatores contribuem para a descontinuidade do cuidado e são os principais motivos pelos quais tais famílias priorizam atendimentos de maior complexidade, uma escolha que busca a resolução de problemas agudos ou reconhecidos por elas como prioritários^(7,29,32).

A atuação dos profissionais é outro aspecto que também influencia na continuidade do cuidado, especialmente quando da alta da criança para casa. Essa é uma fase de transição que requer apoio e orientação profissional para a continuidade do cuidado à criança pela família^(30,33). A compreensão adequada dos pais acerca das necessidades de cuidado de seus filhos resulta em grande medida da boa comunicação entre os pais e a equipe de saúde acerca da evolução da criança e as possibilidades de sua vida futura. Os desfechos em relação às crianças denominadas de risco, das quais fazem parte aquelas egressas da UTIN, são variáveis e inclui morte, sobrevida com deficiências de diferentes níveis de complexidade e sobrevida sem nenhuma alteração⁽³⁴⁾. Embora seja essencial o entendimento dos pais acerca das necessidades de suas crianças, para que participem das tomadas de decisão em relação ao cuidado, a grande variabilidade dos desfechos torna desafiador o processo de comunicação entre pais e profissionais, podendo comprometer a decisão acerca da utilização dos serviços de saúde. A dimensão da compreensão da necessidade percebida é um dos fatores para a utilização dos serviços⁽¹²⁾.

Sobre esse aspecto, vale ressaltar que, neste estudo, evidenciou-se que 20% das mães consideraram regular a necessidade de seguimento ambulatorial para suas crianças (p = 0,022). Apesar desse entendimento, 62,11% destas avaliaram como boa a condição de saúde do filho (p = 0,245) e 85,3% das mães consideraram como baixa ou muito baixa a chance de seu filho ter problemas decorrentes da sua condição de nascimento. Essa avaliação materna pode indicar um desconhecimento acerca da possibilidade de alterações no desenvolvimento de seu filho, bem como da presença de alterações menos evidentes na fase inicial da vida na qual ele se encontra. De maneira semelhante, estudo realizado no Nordeste do Brasil verificou que nem todas as mães

de crianças prematuras conseguiram identificar, sem a ajuda de um profissional, as alterações no desenvolvimento do seu filho⁽³⁵⁾. Neste contexto, as mães podem optar por dispensarem a seus filhos os mesmos tipos de cuidados que teriam para com uma criança de risco habitual, reduzindo as oportunidades de identificação precoce de comprometimentos ao desenvolvimento.

O reconhecimento do adoecimento ou a sua possibilidade e como as pessoas reagem a isso podem definir pela busca mais rápida do serviço de saúde⁽¹²⁾. Neste estudo, esse reconhecimento diz respeito à percepção materna sobre a necessidade de saúde de seu filho, considerando-a como a responsável por suas decisões de cuidado. A maneira como a mãe responde a essas necessidades percebidas pode sofrer interferências de condições predisponentes e capacitantes, intensificando ou reduzindo o uso dos serviços de saúde.

O tamanho da amostra do presente estudo pode ser considerado como um de seus pontos fortes, especialmente ao ser comparado com estudos nacionais e internacionais acerca da temática.

Limitações do estudo

Como principais limitações, destaca-se que o estudo foi realizado em uma instituição pública filantrópica e teve como participantes, em sua maioria, famílias de classe baixa e média baixa, com primeiro e segundo grau escolar completo. Também, durante a coleta de dados, verificou-se a ausência de registros sistemáticos referentes ao referenciamento das crianças quando elas não eram mais acompanhadas no ambulatório de seguimento, impossibilitando afirmar se estavam ou não vinculadas a outro serviço de saúde. Estes fatores podem limitar a generalização dos resultados.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Destaca-se como contribuição para a enfermagem, a possibilidade de elaborar estratégias que levem em consideração os fatores

predisponentes, capacitantes e relativos às necessidades de saúde a fim de diminuir a descontinuidade do cuidado no seguimento. A compreensão dos riscos de alterações do crescimento e desenvolvimento e as especificidades das necessidades da criança egressa de unidade neonatal, pelos pais ou cuidadores, são essenciais para a continuidade do cuidado. Os profissionais de enfermagem e da equipe de saúde podem contribuir substancialmente para isso, orientando-os, durante o planejamento da alta da UTIN, quanto aos objetivos diferentes e complementares dos diferentes atendimentos realizados no ambulatório de seguimento, nos serviços especializados e na puericultura da atenção básica para o atendimento das necessidades das crianças de risco, sobretudo daquelas que fizeram uso de ventilação mecânica e dependentes de tecnologia. Reconhece-se estas últimas como crianças com maior risco para descontinuarem o seguimento ambulatorial, por exemplo, ao serem encaminhadas para serviços especializados. Além disso, faz-se necessário aprimorar a integração entre esses serviços para a atenção em rede.

CONCLUSÕES

O uso de ventilação mecânica na UTIN e a dependência de tecnologia à alta hospitalar estiveram associados com a descontinuidade de seguimento ambulatorial de crianças de risco egressas de unidades neonatais. O conhecimento de fatores de risco para o não comparecimento ao seguimento ambulatorial, ainda antes da alta na UTIN, deve ser considerado, buscando construir com suas famílias estratégias para a continuidade do cuidado.

FOMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

REFERÊNCIAS

1. Duarte ED, Silva KL, Tavares TS, Nishimoto CLJ, Walty CMRF, Sena RR. Desafios do trabalho da enfermagem no cuidado às crianças com condições crônicas na atenção primária. *Esc Anna Nery*. 2015;19(4):648-55. doi: 10.5935/1414-8145.20150087
2. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller AB, et al. Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod Health*. 2013;10(Suppl 1):S2. doi: 10.1186/1742-4755-10-S1-S2
3. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet*. 2015;385(9966):430-40. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32169-9
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
5. Braga PP, Sena RR. Devir cuidadora de prematuro e os dispositivos constituintes da continuidade da atenção pós-alta. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(3):e3070016. doi: 10.1590/0104-07072017003070016
6. Synnes AR, Lefebvre F, Cake HA. Current status of neonatal follow-up in Canada. *Paediatr Child Health*. 2006;11(5):271-4.
7. Ballantyne M, Stevens B, Guttman A, Willan AR, Rosenbaum P. Transition to neonatal follow-up programs: is attendance a problem? *J Perinat Neonatal Nurs*. 2012;26(1):90-8. doi: 10.1097/JPN.0b013e31823f900b
8. Fuller MG. Factors associated with high risk infant follow-up attendance [dissertation]. San Diego: University of San Diego; 2015.
9. Vázquez M, Iriondo M, Agut T, Poó MP, Ibáñez M, Krauel X. Abandonos en el seguimiento de recién nacidos de muy bajo peso antes de los 2 años. *An Pediatr*. 2011;74(5):309-16. doi: 10.1016/j.anpedi.2010.11.020

10. Aires LCP. Percepção dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou baixo peso e à sua família: interfaces com a terceira etapa do método canguru [dissertation]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015. doi: 10.1590/1983- 1447.2015.esp.56805
11. Freire LM, Camponêz PSP, Maciel IVL, Vieira CS, Bueno M, Duarte ED. Factors associated with non-adherence to outpatient follow-up of neonatal intensive care discharge. *Rev Esc Enferm*. 2018;52:e03372. doi: 10.1590/s1980-220x2017029703372
12. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):1-10.
13. Alfaia JRM, Rodrigues LR, Magalhães MM. Uso da escala de Edinburgh pelo enfermeiro na identificação da depressão pós parto: revisão integrativa da literatura. *Rev Cienc Soc [Internet]*. 2016[cited 2019 Jan 28];1(1). Available from: <http://periodicos.estacio.br/index.php/cienciasociedade/article/viewArticle/2091>
14. Trindade CRP, Hahn GV. Apoio social ao doente oncológico com base na escala do Medical Outcomes Study. *Rev Enferm UFSM*. 2016;6(1):112-22. doi: 10.5902/2179769218770
15. Magalhães FG, Goulart RMM, Prearo LC. Impacto de um programa de intervenção nutricional com idosos portadores de doença renal crônica. *Cienc Saude Colet*. 2018;23(8):2555-64. doi: 10.1590/1413-81232018238.23972016
16. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJ, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica*. 2007;23(11):2577-88. doi: 10.1590/S0102-311X2007001100005
17. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saude Pública*. 2005;21(3):703-14. doi: 10.1590/S0102-311X2005000300004
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2015. n. 35. Rio de Janeiro; 2015[cited 2019 Jan 28]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>
19. Brasil. Lei nº 8.742, de 9 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1993 Dec 9.
20. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. 2nd. ed. New York: Wiley. 2000.
21. Nagelkerke NJD. A note on a general definition of the coefficient of determination. *Biometrika*. 1991;78(3):691-2. doi: 10.1093/biomet/78.3.691
22. Campos BC, Rodrigues OMPR. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. *Psicol*. 2015;46(4):483-92. doi: 10.15448/1980-8623.2015.4.20802
23. Marques LC, Silva WRV, Lima VP, Nunes JT, Ferreira AGN, Fernandes MNF. Saúde mental materna: rastreando os riscos causadores da depressão pós-parto. *J Health NPEPS [Internet]*. 2016[cited 2019 Jan 28];1(2):145-59. Available from: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1588>
24. Reid KM, Taylor MG. Social support, stress, and maternal postpartum depression: a comparison of supportive relationships. *Soc Sci Res*. 2015;54:246-62. doi: 10.1016/j.ssresearch.2015.08.009
25. Barros VC, Santos JFC, Lima LA, Fonseca DL, Lovisi GM. Depressão e apoio social em gestantes de fetos com malformações atendidas em um hospital materno-infantil público de referência no Rio de Janeiro. *Cad Saude Colet*. 2013;21(4):391-402. doi: 10.1590/S1414-462X2013000400006
26. Tavares TS, Duarte ED, Sena RR. Direitos sociais das crianças com condições crônicas: análise crítica das políticas públicas brasileiras. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):e20160382. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0382
27. Neves ET, Andres B, Silveira A, Arrué AM. A rede social de cuidados de uma criança com necessidade especial de saúde. *Rev Eletronica Enferm*. 2013;15(2):533-40. doi: 10.5216/ree.v15i2.17064
28. Duarte ED, Silva KL, Tavares TS, Nishimoto CLJ, Silva PM, Sena RR. Care of children with a chronic condition in primary care: challenges to the healthcare model. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(4):1009-17. doi: 10.1590/0104-0707201500003040014
29. Pedrosa MLR, Motta MGC. Criança e família convivendo com a doença crônica: mesossistema em ligação com a vulnerabilidade programática. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2013 [cited 2019 Apr 5];22(2):493-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/en_v22n2a27.pdf
30. Tavares TS, Sena RR, Duarte ED. Implicações para o cuidado de enfermagem de egressos de unidade neonatal com condições crônicas. *Rev RENE [Internet]*. 2016[cited 2019 Apr 5];17(5):659-67. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/6197>
31. Cabral IE, Moraes JRMM. Familiares cuidadores articulando rede social de criança com necessidades especiais de saúde. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2015 [cited 2019 Apr 5];68(6):1078-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-1078.pdf>
32. Nietzsche EA, Nora AD, Lima MGR, Bottega JC, Neves ET, Sosmayer VL. Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Esc Anna Nery*. 2012;16(4):809-16. doi: 10.1590/S1414-81452012000400024
33. Nóbrega VM, Reichert APS, Vieira CS, Collet N. Longitudinalidade e continuidade do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica. *Esc Anna Nery*. 2015;19(4):656-63. doi: 10.5935/1414-8145.20150088.
34. Yee W, Ross S. Communicating with parents of high-risk infants in neonatal intensive care. *Paediatr Child Health*. 2006;11(5):291-4. doi: 10.1093/pch/11.5.291
35. Melo MRO, Andrade ISNS. Desenvolvimento infantil e prematuridade: uma reflexão sobre o conhecimento e as expectativas maternas. *Rev Bras Promoc da Saude [Internet]*. 2013 [cited 2019 Apr 5];26(4):548-53. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/408/40831096013.pdf>