

ARTIGO DE PESQUISA

A estratégia *follow-up* e o recém nascido de risco no Município do Rio de Janeiro.¹

Thais de Souza Graneiro²
Érika Branco de Oliveira³
Rosângela da Silva Santos⁴

Resumo

Trata-se de um sub-projeto de pesquisa realizado com recém-nascidos egressos da UTI Neonatal e, inseridos no Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém Nascido de Risco (NAIRR). Apresenta como objeto de estudo “O perfil das crianças atendidas no Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém-nascido de Risco”; como objetivo: caracterizar a criança atendida no Núcleo de Atenção Interdisciplinar do Recém-nascido de Risco, no Município do Rio de Janeiro. Utilizou-se uma abordagem quantitativa, adotando-se o método descritivo de pesquisa. Foram pesquisadas quatro das seis Maternidades do Município do Rio de Janeiro do NAIRR. A população foi constituída de crianças de risco egressas da UTI Neonatal. O estudo evidenciou que as crianças iniciaram o acompanhamento dentro dos primeiros quinze dias de vida. Internaram-se devido a prematuridade, icterícia, oxigenoterapia, hipoglicemia, sepse, desconforto respiratório, antibioticoterapia, apnéia, asfixia, e taquipnéia transitória do recém-nascido. Constatou-se que somente em uma Maternidade há equipe interdisciplinar, da qual a enfermeira faz parte.

Palavras-chaves: *Recém-nascido. Enfermagem. Terapia intensiva*

Abstract**A follow-up strategy and the newborn at risk in Rio de Janeiro Municipality**

It handles a research subproject held with newborns already discharged from Neonatal Intensive Care Unit (NICU), and attended to at the Interdisciplinary Nucleous Service Care to the newborn at risk (NAIRR). It puts forward as a study scope “the characteristics of children being enrolled at NAIRR”, and beyond as an objective of describing the child’s diagnosis at NAIRR in Rio de Janeiro Municipality. The authors applied a quantitative approach, by assuming the descriptive method of research. The population of children at risk pertained to four maternities, in Rio de Janeiro Municipality, embedded by the networking health system denominated NAIRR. The study demonstrated that the children had set off the follow-up within the first 15 days of their life. Consecutively, the main causes highlighted, referred to prematurity, apnea, jaundice, respiratory distress, hypoglycemia, sepsis, and transitory tachypnea of newborn at risk. The most employed managements of treating the newborn at risk pointed to oxygenotherapy and antibiotictherapy. But only in one maternity, it lies the presence of interdisciplinary teams, wherein the nurse takes part in.

Key words: *Newborn. Nursing. NICU.*

¹Projeto de Iniciação Científica – pelo CNPq. Subprojeto do projeto integrado de pesquisa “A Situação da Estimulação Essencial à Criança de Risco do Município do Rio de Janeiro”.

²Aluna do 8º período do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da EEAN/UFRJ. Bolsista de Iniciação Científica – CNPq.

³Aluna do 8º período do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da EEAN/UFRJ. Bolsista de Iniciação Científica – CNPq

⁴Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAN/UFRJ. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança (NUPESC). Coordenadora do Curso de Pós-Graduação e Pesquisa da EEAN/UFRJ.

Resumen**La estrategia *Follow-up* el recién nacido con riesgo en el Municipio de Rio de Janeiro**

Se trata de un subproyecto de investigación realizado con recién nacidos egresados de la UTI Neonatal y, inserido en el Núcleo de Atención Interdisciplinar al Recién Nacido de Riesgo (NAIRR). Presenta como objeto de estudio "El perfil de los niños atendidos en el Núcleo de Atención Interdisciplinar al Recién nacido con Riesgo; como objetivo: caracterizar el niño atendido en el Núcleo de Atención Interdisciplinar del Recién nacido con Riesgo, en el Municipio de Rio de Janeiro. Se utilizó una abordagen cuantitativa, se adoptó el método descriptivo de investigación. Fueron investigados cuatro de las seis maternidades del Municipio de Rio de Janeiro del NAIRR. La población fue constituida de niños con riesgo egresados de la UTI Neonatal. El estudio mostró que los niños comenzaron el acompañamiento dentro de los primeros quince días de vida. Se internaron debido a la prematuridade, ictericia, oxigenoterapia, hipoglicemia, sepsis, desconforto respiratório, antibioticoterapia, apnéia, asfixia, y taquipnéia transitoria del recién nacido. Se constató que solamente una maternidade tiene un equipo interdisciplinario, de la cual la enfermera hace parte.

Palabras claves: *Recién-Nacido. Enfermería. Terapia intensiva.*

INTRODUÇÃO

No início da década de 80 foi implantado pelo Ministério da Saúde o Programa de Atenção Integral à saúde da Criança (PAISC), voltado prioritariamente para crianças menores de cinco anos (grupo mais susceptível e de maior risco em relação às condições de saúde). A fim de atender tal proposta, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro criou em 1995, o Sistema de Vigilância do Recém-Nascido de Risco.

Os Recém-nascidos selecionados para acompanhamento ("Follow-up"), retornam na primeira semana após a alta ou dentro de um mês de vida, dependendo da gravidade da intercorrência neonatal. A maioria dos egressos é agendada para o ambulatório no 1º mês de vida. Isto porque a criança com maior risco e que poderá sofrer possível atraso em seu desenvolvimento sensório-psico-motor, ao ser atendida a partir do primeiro mês de vida tem maior probabilidade de ter diagnosticado desvios e ou patologias precocemente e iniciar o processo de intervenção.

Preocupada com estas questões, a presente pesquisa apresenta como objeto de estudo "O perfil das crianças atendidas no Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém-nascido de Risco (NAIRR)", tendo como questão norteadora Qual a característica da criança atendida no Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém-nascido de Risco? Quais os fatores de risco que ocorrem com maior

frequência? e como objetivo, Caracterizar o perfil da criança atendida no Núcleo de Atenção Interdisciplinar do Recém-nascido de Risco, no Município do Rio de Janeiro.

A SMS considera criança de risco: "aquela na qual são encontrados um ou mais dos seguintes fatores: Peso ao nascer < 2500g; Idade gestacional < 37 sem. ou > 42 sem.; Nenhuma consulta de Pré-Natal; Nenhum grau de instrução materna; Apgar 5 min. < 6; Gravidez não única; Idade materna < 20 anos e Sífilis Congênita." Tal Secretaria possui várias estratégias para atender às crianças de risco e dentre elas destaca-se a referência para atendimento especializado ("Follow-up") nos casos de crianças que necessitem de maior complexidade em seu acompanhamento com relação ao desenvolvimento sensório-psico-motor e intercorrências clínicas. A estratégia proposta pelo Sistema de Vigilância do Recém-Nascido de Risco, no Rio de Janeiro, para desvios do desenvolvimento sensório-psico-motor visa o acompanhamento do desenvolvimento infantil, ao lado do acompanhamento do crescimento e é representada pelos Núcleos de Atendimento Interdisciplinar do Recém-nascido de Risco (NAIRR).

O NAIRR faz um acompanhamento diferenciado de crianças em situação de risco por intercorrências perinatais, ou seja, este Núcleo acompanha os recém-nascidos, em sua maioria egressos da UTI neonatal, verificando os

resultados com relação ao desenvolvimento sensório-psico-motor a médio e longo prazos dos cuidados prestados no início da vida associado aos cuidados pós alta.

A prática profissional interdisciplinar permite uma observação mais aprimorada desses recém-nascidos, que desde o nascimento são identificados como “recém-nascido de risco” para desvios do desenvolvimento sensório-psico-motor, isso porque trazem consigo fatores que os predispõem a um crescimento e desenvolvimento defasado comparando-se a um recém-nascido dito “normal”. Desta forma, torna-se facilitada a identificação de falhas no atendimento, uma vez que a criança é acompanhada por vários profissionais que trabalham de forma integrada, propiciando com isso uma melhoria no atendimento. O acompanhamento desses recém-nascidos egressos da UTI neonatal é realizado nas seguintes maternidades: Leila Diniz, Herculano Pinheiro, Carmela Dutra, Oswaldo Nazareth (Maternidade da Praça XV), Fernando Magalhães e Alexander Fleming.

Na prática, as crianças internadas na Unidade neonatal recebem avaliação cuidadosa onde é definido o grau de complexidade requerido para posterior acompanhamento. A criança passa a fazer parte do NAIRR, onde recebe atendimento especializado, com profissionais específicos (“Follow-up”) na própria maternidade

“O objetivo fundamental deste modelo de atendimento é garantir a atuação ‘em equipe’ visando a integralidade na abordagem das crianças, tanto nos casos em situação de risco quanto naqueles nos quais já se detecta um desvio no desenvolvimento instalado. Muito mais do que a mera ‘soma’ da atuação dos diferentes profissionais, o modelo proposto pressupõe uma atuação conjunta, com o plano terapêutico de cada paciente definido pela equipe a partir da discussão dos casos” (SMS).

A seleção dos recém-nascidos de risco egressos da UTI para o acompanhamento através do NAIRR é realizado a partir de um protocolo, específico em cada uma das maternidades já citadas e seguem critérios propostos pela SOPERJ que incluem: 1- Prematuridade (considerando idade gestacional pela DUM ou Ballard, em último caso pelo Capurro Somático). Menor ou igual à 34 semanas e 6 dias e peso de nascimento menor ou igual à 1500g; 2- Asfixia: Prematuro com APGAR menor ou igual à 6 no primeiro e quinto minuto; RN a termo com Apgar menor

que seis no quinto minuto; e/ou manifestações clínicas de asfixia (acidose metabólica nas primeiras duas horas de vida, oligúria, taquipnéia; alteração de frequência cardíaca); 3- Clínica Neurológica (Dubowitz anormal, abalos, alterações tônicas); 4- Convulsão / equivalente convulsivo / uso de anticonvulsivantes; 5- Hemorragia intracraniana (HIC) – diagnosticada por suspeita clínica ou laboratorial; 6- Aumento do Perímetro Cefálico – acima de 1,3 cm por semana; 7- Hipoglicemia sintomática / tratamento; 8- Policitemia sintomática / tratamento; 9- Icterícia – níveis de exsanguíneotransusão; 10- Oxigenoterapia por mais de 7 dias – que tenha sido em IMV, CPAP, Hood ou O₂ na incubadora; 11- Infecção congênita (Lues, Citomegalovírus, Herpes, Rubéola, HIV, Toxoplasmose); 12- Síndromes; 13- PIG- 14- Gemelaridade – quando um dos gêmeos preencher pelo menos um critério de risco; 15- Sepsis e/ou Enterocolite Necrotizante (NEC) – quando associado a outros critérios; 16- Internação – por um período maior ou igual a 21 dias.

ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, desenvolvida pelo método descritivo de pesquisa cujo universo pesquisado foi composto por seis maternidades do município do Rio de Janeiro inclusas, pela Secretaria Municipal de Saúde, no Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém-nascido de Risco (NAIRR). A amostra foi composta de crianças de risco, egressas da UTI neonatal, que receberam acompanhamento no Núcleo de Atenção Interdisciplinar do Recém-nascido de Risco de quatro das seis maternidades referidas anteriormente. Não foram considerados critérios de exclusão, já que o objetivo foi a caracterização do perfil das crianças atendidas pelo Programa, limitando-se, portanto, a uma amostragem acidental ou por conveniência. As maternidades são aqui identificadas como maternidade: A, B, C e D.

Os dados dos prontuários foram coletados no segundo semestre de 2000, através de um formulário, incluindo perguntas relacionadas ao nascimento, dados maternos e dados relacionados à internação e alta da criança na UTI Neonatal, bem como dados relativos ao acompanhamento da criança no Programa de follow-up. O projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética

e Pesquisa do Hospital Municipal Souza Aguiar e atendeu os critérios estabelecidos na Resolução 196/96 do CNS.

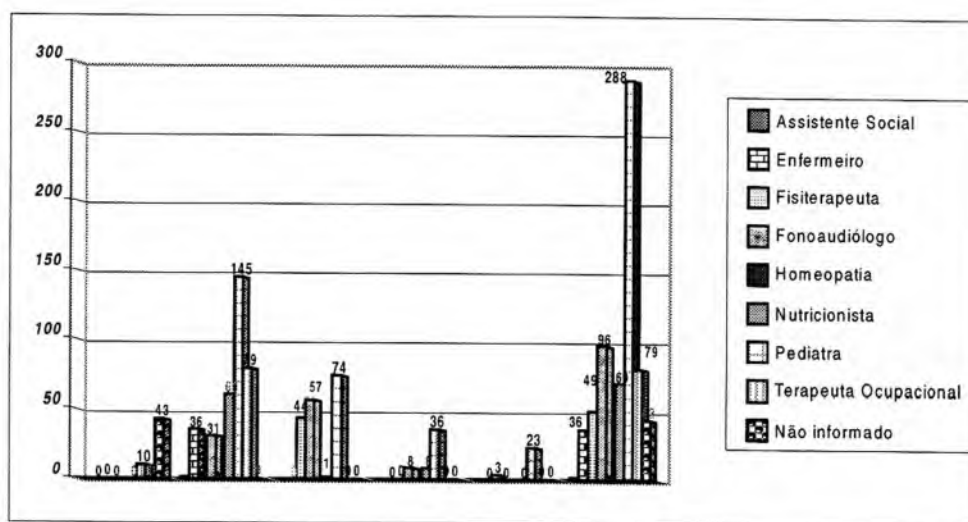
ANÁLISE DOS DADOS

Os dados ora apresentados referem-se às 285 (duzen-

tos e oitenta e cinco) crianças atendidas no Programa de Follow up, através do NAIRR. Constatam-se 53 (cinquenta e três) crianças na Maternidade A, 102 (cento e duas crianças) na Maternidade B, 94 (noventa e quatro) na Maternidade C e 36 (trinta e seis crianças) na Maternidade D.

Gráfico I

Distribuição das consultas por profissionais no Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém-nascido de Risco (NAIRR) nas Maternidades A, B, C e D.



Constatamos que no segundo semestre de 2000 foram realizadas nas quatro maternidades pesquisadas 265 consultas pela Pediatria; 96 consultas pela Fonoaudiologia; 80, realizadas pela Terapia Ocupacional; 69 pela Nutrição; 36 pela Enfermagem; e apenas 03 consultas pela Homeopatia e 01 pela Assistência Social.

A Maternidade A apresentava somente um pediatra, o que justifica o reduzido número de consultas registradas em prontuário (apenas 10). A Maternidade B é a que possui a equipe mais completa para o acompanhamento das crianças egressas da UTI neonatal, em relação às três maternidades pesquisadas, uma vez que nesta maternidade a equipe é composta por Assistente Social, Enfermeira, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Homeopata, Nutricionista, Pediatra e Terapeuta Ocupacional. A Maternidade C, apresentou uma equipe de Follow up composta por Pediatra, Fonoaudióloga, Fisioterapeuta e Nutricionista. Ressalta-se, no entanto, que somente uma criança foi consultada com a Nutricionista. A Maternidade D apresentou uma equipe constituída por: Pediatra, Neuro-

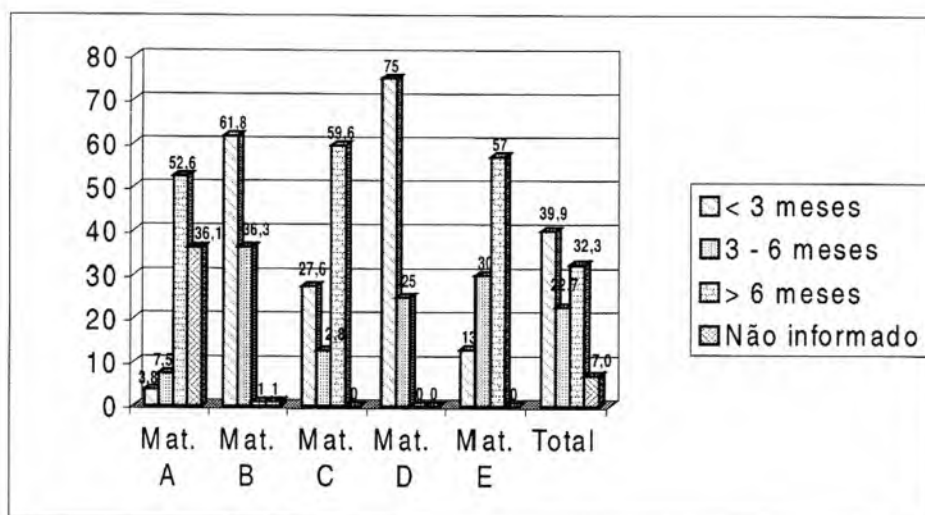
pediatra, Fonoaudiólogo e Nutricionista, porém, não havia Enfermeira. Cabe registrar que a primeira consulta é sempre realizada pelo pediatra.

Em relação a este aspecto, LOPES & LOPES (1999, p. 13) enfatizam que o atendimento de seguimento deve ser integrado com outras especialidades, mas deve ser coordenado pelo pediatra do Follow up. A equipe deve incluir, no mínimo: pediatra do desenvolvimento, enfermeiro, fisiatra, fonoaudiólogo, psicólogo e assistente social. Além disso, a equipe multidisciplinar deve realizar reuniões mensais com todo o pessoal envolvido no programa para avaliação e correção dos problemas existentes no atendimento, discussões científicas e resultados.

O estudo evidenciou que apenas em uma maternidade o atendimento follow up é realizado por uma equipe interdisciplinar, o que nos leva a concluir que o objetivo fundamental da estratégia, que é justamente esse acompanhamento, não está acontecendo efetivamente como deveria.

Gráfico II

Tempo de acompanhamento das crianças atendidas no Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém-nascido de Risco (NAIRR) nas Maternidades A, B, C e D.



Um total de 118 (41,4 %) crianças foram acompanhadas no Sistema de Vigilância do Recém-nascido de Risco através do Núcleo de Atenção ao Recém-nascido de Risco (NAIRR – Follow up) por um período menor que 3 meses; 85 crianças (29,82 %) tiveram acompanhamento por mais de 6 meses no NAIRR.

Verifica-se que as Maternidade B e D tiveram um percentual maior de crianças acompanhadas no NAIRR por um período menor de 3 meses (61,8 % e 75% respectivamente), enquanto que as Maternidades A e C obtiveram um percentual maior de crianças acompanhadas por um período maior de 6 meses (52,6 % e 59,6 %, respectivamente).

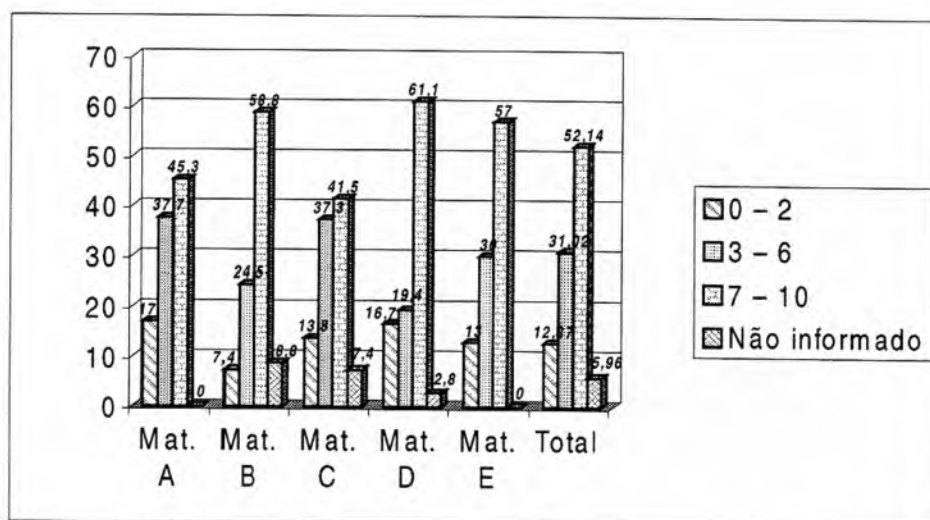
Comparando-se os resultados apresentados no gráfico I., observa-se que a Maternidade B apresenta maior número de profissionais atendendo no NAIRR e, conseqüentemente, espera-se que apresente uma assistência de melhor qualidade. Em relação ao tempo de acompanhamento das crianças de alto risco verifica-se que é pequeno. Isto nos leva a concluir que o não seguimento das crianças não está relacionado com a qualidade da assistência. Esses valores não expressam a eficácia do acompanhamento desses recém-nascidos, uma vez que se pôde observar durante a coleta de dados nos prontuários das crianças acompanhadas nas quatro

maternidades pesquisadas que parte das crianças, não recebeu acompanhamento por um período igual ou superior a 6 meses porque algumas delas compareceram à consulta no mês de julho e só retornaram no mês de dezembro, ficando faltosa nos demais meses. O mesmo aconteceu com as que iniciaram o acompanhamento no mês de outubro, novembro e dezembro, pois, aparecem como se não tivessem feito um acompanhamento adequado. Tal fato se deve ao recorte temporal estabelecido para a pesquisa, situado no segundo semestre de 2000, o qual restringiu o número de crianças acompanhadas pelo programa, bem como a análise real do acompanhamento efetuado pelos profissionais à cada criança inserida no follow-up.

Segundo LOPES & LOPES (1999, p. 11), os recém-nascidos selecionados para acompanhamento devem retornar na primeira semana após a alta ou dentro do primeiro mês de vida, dependendo da gravidade de sua doença neonatal. A maioria dos egressos, é agendada para o ambulatório no primeiro mês pós-alta. As consultas subseqüentes devem ser mensais até 12 meses, trimestrais até 2 anos e semestrais até os quatro anos de idade. Após os 4 anos de idade deve-se acompanhar essas crianças com consultas anuais até os 12 anos de idade.

Gráfico III

Índice de APGAR no primeiro minuto das crianças atendidas no Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém-nascido de Risco nas Maternidades A, B, C e D.

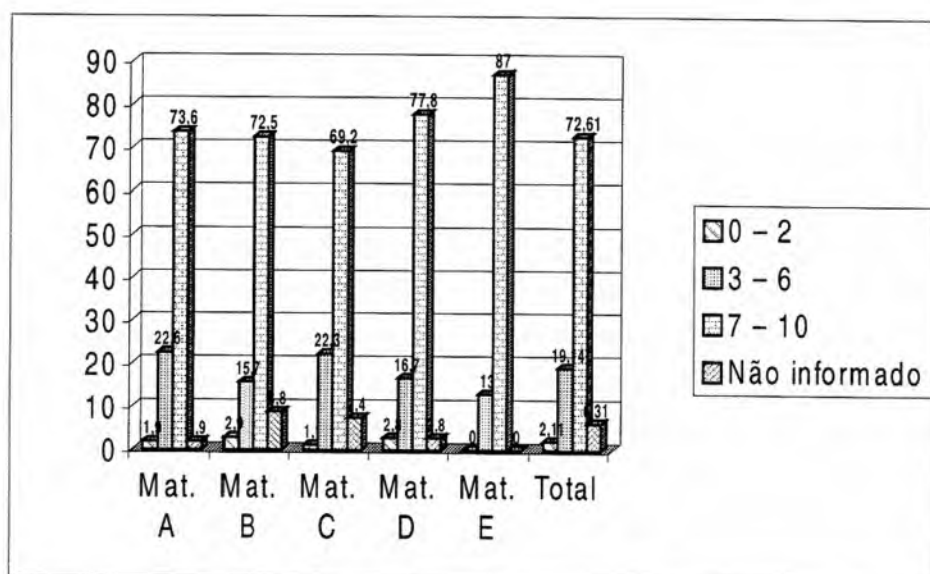


Apesar de serem crianças de risco, pode-se avaliar no gráfico acima que, em relação ao APGAR do 1º minuto no total da amostra, nas quatro maternidades, 145 crianças (50,87 %), situaram-se entre os escores de 7 a

10; 87 crianças (32,52 %), obtiveram um índice de APGAR entre 3 e 6 no 1º minuto, sendo este um percentual alto; 36 crianças (12,63 %), apresentaram pontuação entre 0 e 2.

Gráfico IV

Índice de APGAR no quinto minuto, das crianças atendidas no Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém-nascido de Risco nas Maternidades A, B, C e D.



No 5º minuto, 200 crianças (70,17 %) foram avaliadas com APGAR entre 7 e 10. Constatou-se que houve um aumento no índice de APGAR entre o 1º e o 5º minuto, o que demonstra uma melhora no quadro clínico destas crianças. Pode-se ver também que o índice de APGAR de

3 a 6 no 5º minuto diminuiu de forma considerável para 19,29 % das crianças analisadas.

Pode-se identificar ainda que, na Maternidade A, o APGAR no 1º minuto variou de 3 a 6 em 37,7 % (20 crianças); e de 7 a 10, em 45,3 % (24 crianças), sendo estes percentuais

muito próximos um do outro. Porém, no 5º minuto, o APGAR de 3 a 6 diminuiu, representando 22,6 % (12 crianças); e o de 7 a 10, aumentou consideravelmente, representando 73,6 % (39 crianças) da amostra desta instituição. Na Maternidade B o APGAR de 1º minuto entre 3 a 6 apareceu com um percentual de 24,5 % (25 crianças); e o de 7 a 10, com 58,8 % (60 crianças). Já no 5º minuto, o APGAR de 3 a 6 diminuiu para 15,7 % (16 crianças); e entre 7 a 10, aumentou para 72,5 % (74 crianças).

No que diz respeito à Maternidade C, o APGAR no 1º minuto de 3 a 6 e de 7 a 10, apresentaram valores muito próximos: 37,3 % (35 crianças) e 41,5 % (39 crianças), respectivamente. Já no 5º minuto, 22,3 % (21 crianças) apresentaram APGAR de 3 a 6; e 69,2 % (65 crianças) apresentaram APGAR entre 7 a 10.

Já na Maternidade D, a maioria das crianças (61,1%) apresentou Apgar entre 7 e 10 no primeiro minuto, seguindo para 77,8% no quinto minuto. Viu-se ainda que os valores de Apgar entre 3 e 6 no primeiro minuto foram de 19,4% e no quinto minuto foram de 16,7%. Já os valores de Apgar entre 0 e 2 no primeiro minuto foram de 16,7% e no quinto minuto de 2,8%, ocorrendo uma grande redução

do número de crianças no mesmo. Tal fato pode justificar o aumento do percentual do Apgar de 7 a 10 no quinto minuto.

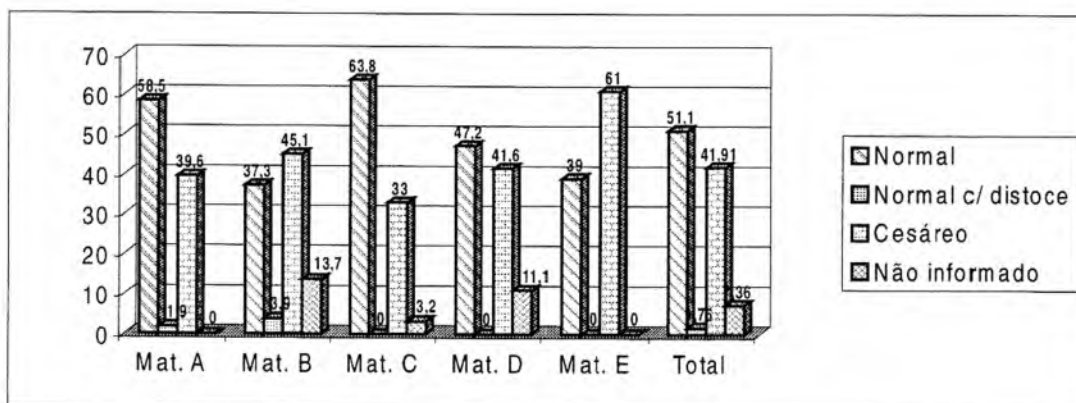
Para APGAR baixo no 1º minuto tem-se como riscos fetal e neonatal associados: síndrome da angústia respiratória, hemorragia intracraniana e infecção. Já para um APGAR baixo no 5º minuto, tem-se como risco um retardo no desenvolvimento. (PURSSLEY & CLOHERTY in CLOHERTY & STARK; 1993, p.102).

Um neonato com índice de APGAR de 3 a 6, quando visto no 1º minuto, provavelmente tem depressão entre leve e moderada. Se existe apnéia, é em geral primária e podem ser previstas esforços da aspiração respiratória. Nesta situação, a rápida sucção das vias aéreas, seguida de ventilação por pressão positiva com máscara e bolsa, poderá resultar em pronta melhora. (FANAROFF; 1995, p. 36).

Podemos, então verificar que, apesar de serem crianças de risco, um número significativo de crianças teve o Apgar no 5º minuto entre 7 e 10. As maternidades A e C, que tiveram um grande número de crianças com Apgar entre 3 e 6 no 1º minuto, tiveram esses valores reduzidos no 5º minuto.

Gráfico V

Distribuição das crianças atendidas no Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém-nascido de Risco nas Maternidades A, B, C e D, de acordo com o tipo de parto



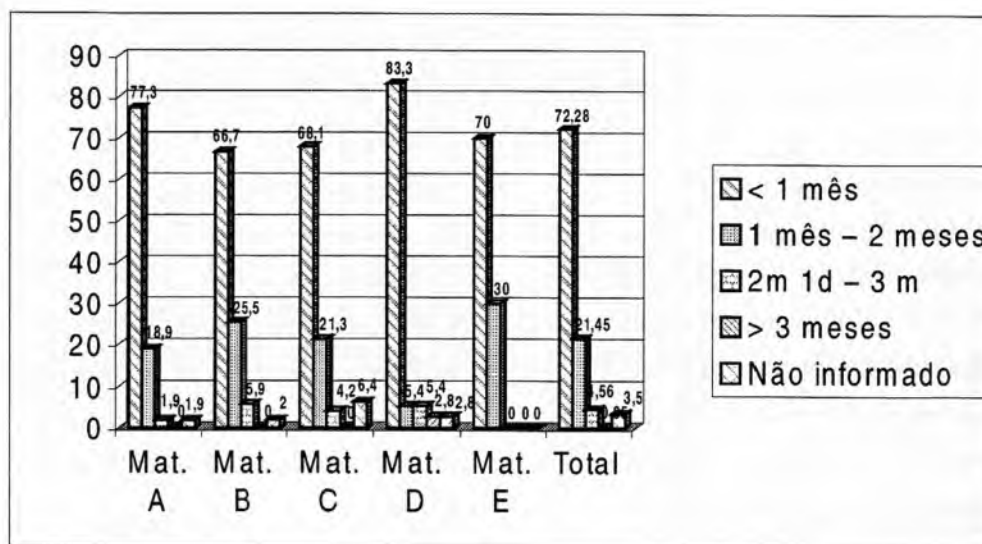
O parto normal foi o prevalente na amostra, ocorrendo em 146 (51,22 %) dos casos; o parto cesáreo ocorreu em 113 (39,64 %) casos; em 21 (7,36 %) casos não havia informação no prontuário.

Apesar de o parto normal ter sido prevalente, observa-se que o número de partos cesáreos, também, teve um alto percentual, inclusive na maternidade B ele foi o prevalente. A OMS recomenda que o percentual de

parto cesáreo deve ser de 15%, índice difícil de ser obtido, no Brasil. A Portaria 3477/98 do MS estabelece como critério para inclusão de hospitais no Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento Terciário a Gravidez de Risco índices de cesarianas menor ou igual a 40%.

Gráfico VI

Tempo de internação / idade na alta da UTI neonatal das crianças atendidas no Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém-nascido de Risco nas Maternidades A, B, C e D.



Dos 285 prontuários de crianças analisados, 203 (77,22 %), permaneceram menos de 1 mês internadas na UTI neonatal, 58 crianças (20,35 %) ficaram internadas no período entre 1 e 2 meses e 13 crianças (4,56%) permaneceram internadas de 2 a 3 meses na UTI Neonatal. Apenas uma criança (0,35%) ficou internada mais de 3 meses na UTI, sendo que esta criança esteve internada na Maternidade D. Em 10 prontuários não encontramos o registro do período de internação (3,5%).

Na Maternidade A, 41 crianças, representando 77,3 % da amostra nesta instituição, apresentaram tempo de internação menor que 1 mês e 10 crianças (18,9 %), apresentaram entre 1 e 2 meses de tempo de internação na UTI neonatal.

Na Maternidade B, 68 crianças (66,7 %) permaneceram internadas na UTI neonatal durante um período menor que 1 mês, e 26 crianças (25,5 %) permaneceram internadas num período entre 1 e 2 meses. Pode-se destacar ainda nesta instituição que 6 crianças, representando um percentual de 5,9 % das crianças permaneceram na UTI

Para PURSLEY & CLOHERTY in CLOHERTY & STARK (1993, p. 102), o parto cesariana traz como risco neonatal associado, distúrbios respiratórios, taquipnéia transitória do recém-nascido e perda sangüínea, patologias encontradas como alguns dos motivos de internação na presente pesquisa.

neontal durante 2 meses e 1 dia a 3 meses. Comparando tais dados com o das outras maternidades em questão, podemos constatar que a Maternidade B possui um maior percentual de crianças que permaneceram maior tempo internadas na UTI neonatal. Apesar disso, vimos no gráfico II que nesta maternidade o acompanhamento no NAIRR, em sua maioria, foi durante menos de 3 meses. Esses dados são incoerentes, tendo-se em vista que quanto maior o período de internação e/ou à exposição a fatores de riscos, maior deve ser o período de acompanhamentos dessas crianças para que se possa detectar precocemente qualquer anormalidade em seu desenvolvimento.

No que diz respeito à Maternidade C, observa-se que 64 crianças (68,1 %) apresentaram tempo de internação menor que 1 mês, e 20 delas (21,3 %), apresentaram tempo de internação situado entre 1 mês a 2 meses.

Em relação à Maternidade D, viu-se que 30 crianças (83,3%) permaneceram internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal por um período menor que um mês; já

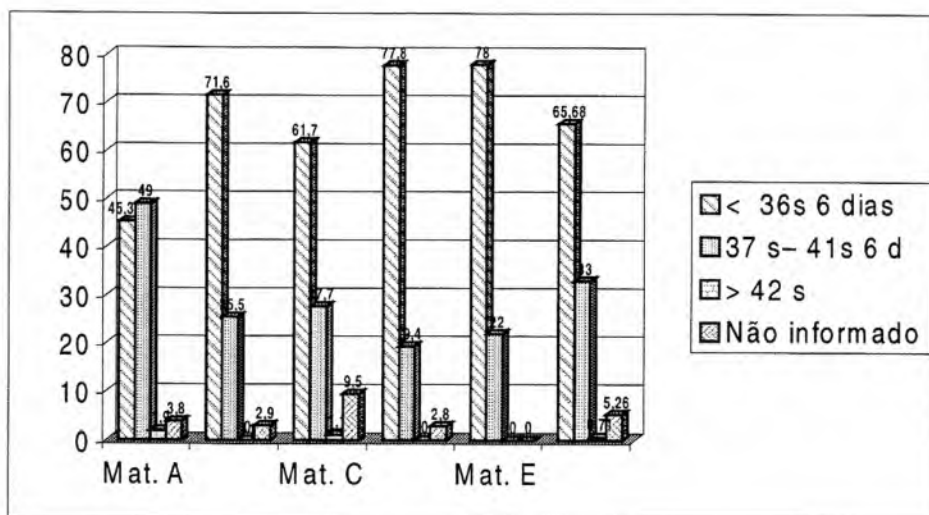
2 (5,4%) permaneceram internadas por um período de 1 mês a 2 meses; 2 (5,4%) por 2 e 3 meses e 1 (2,8%) por um período maior que três meses.

MC COMICK in CLOHERTY & STARK afirma que a hospitalização inicial ao nascimento nas UTI neonatais

pode representar a primeira fase de um prolongado período de cuidados médicos de intensidades variáveis. Porém, a manutenção e a consolidação dos ganhos na UTI neonatal podem igualmente requerer monitorização assídua após alta e intervenção.

Gráfico VII

Idade gestacional das crianças atendidas no Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém-nascido de Risco atendidos nas Maternidades A, B, C e D.

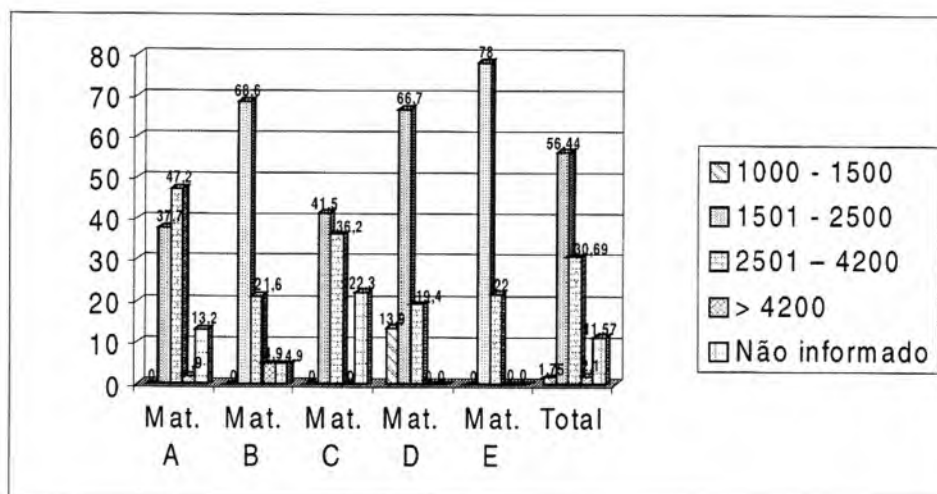


Em relação à idade gestacional 183 (62,2 %) crianças nasceram com menos de 37 semanas (pré-termo); 95 (33,33 %) nasceram entre 37 semanas e 41 semanas e 6 dias de gestação (a termo); e somente 02 (0,8 %) crianças nasceram com mais de 42 semanas (pós-termo), de acordo com a

classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Estes dados se confirmam quando comparados com o gráfico que trata dos motivos de internação na UTI Neonatal, onde podemos observar a prematuridade como o maior deles.

Gráfico VIII

Peso na alta da UTI neonatal das crianças atendidas no Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém-nascido de Risco nas Maternidades A, B, C e D.



Dos prontuários analisados, 153 (53,68 %) apresentaram de 1501 a 2500 g, baixo peso, na alta da UTI neonatal. Já 88 crianças (30,87 %) apresentaram 2501 a 4200 g de peso na alta da UTI neonatal, sendo que uma quantidade considerável (33 crianças – 12,7 %) não teve seu peso na alta registrado em prontuário.

Na maternidade A, 20 crianças (37,7 %) mostraram-se com baixo peso na alta da UTI neonatal, e 25 crianças (47,2 %) mostraram-se com peso entre 2501 a 4200g.

Já na Maternidade B, há uma diferença significativa entre os pesos das crianças, pois 70 delas (68,6 %) apresentaram baixo peso, e 22 crianças (21,6 %) apresentaram peso entre 2501 e 4200 g. Pode-se destacar ainda que esta instituição foi a que apresentou um maior percentual de baixo peso na alta da UTI neonatal, comparando-se com as demais maternidades em questão.

Em relação à Maternidade C, os valores se mostram bastante próximos: 39 crianças, (41,5 %) apresentaram baixo peso, e 34 delas (36,2 %) apresentaram peso entre 2501 a 4200 g. Pode-se ver ainda que uma grande parcela das crianças representando um percentual de 22,3 %, não apresentaram seu peso na alta da UTI neonatal registrado em prontuário.

No que diz respeito à Maternidade D, constatou-se que 66,7% das crianças apresentaram peso na alta entre 1501 a 2500g; 19,4% apresentaram peso na alta da UTI neonatal entre 2501 e 4200g; e 13,9% apresentaram peso na alta entre 1000 e 1500g.

Quanto a relação da idade gestacional / peso ao nascimento das crianças atendidas no Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém-nascido de Risco nas Maternidades A, B, C e D, em um universo de 285 crianças analisadas, 42,1 % apresenta adequada relação de peso com idade gestacional. Cabe registrar que uma quantidade significativa (42,8 %), não tem registrado em seu prontuário esta relação. No entanto este dado se faz presente pela grande quantidade de prontuários sem este registro na Maternidade B (87,3%).

Na Maternidade A, 43 crianças (81,1 %), apresentaram peso ao nascimento Adequado para a sua Idade Gestacional (AIG), e somente 5 crianças (9,4 %), mostraram-se Grandes para a Idade Gestacional (GIG).

No que se refere à Maternidade B, 89 crianças (87,3 %), não tiveram registro em prontuário acerca da relação

peso ao nascimento/idade gestacional, dado este que se mostra totalmente diferenciado das outras duas maternidades, as quais tiveram pequenos percentuais de não informação de tais dados em prontuário.

Em relação à Maternidade C, a maioria (68 crianças), representando um percentual de 72,3 % do total da amostra nesta instituição, apresentaram peso ao nascimento adequado para sua idade gestacional, e 14 crianças (15 %) apresentaram-se Pequenas para a Idade Gestacional (PIG).

Em relação à Maternidade D, 61,1% dos prontuários não continham informação a respeito da relação idade gestacional/peso ao nascer; 22,2% das crianças apresentaram-se grandes para a idade gestacional; 13,9% apresentaram-se pequenas para a idade gestacional e apenas 2,8% apresentaram-se adequados para a idade gestacional.

Para PITTARD in FANAROFF (1995, p. 65), “a relação entre idade gestacional e o peso do recém-nascido reflete a suficiência do seu desenvolvimento intra-uterino. Além disso, a determinação desta relação facilita prever a subsequente morbidade e mortalidade neonatais. Tão benéfica é a relação peso ao nascer/idade gestacional na previsão dos problemas clínicos neonatais, que o Comitê sobre Feto e Recém-nascidos, da Academia Americana de Pediatria, recomendou que todos os neonatos sejam classificados por esses parâmetros. A hipoglicemia, as mal formações congênitas e a aspiração de mecônio são mais comuns em neonatos PIG a termo ou pós-termo. Por outra parte, a doença da membrana hialina, as crises de apnéia e a hiperbilirrubinemia são muito comuns em prematuros AIG.

LUBCHENCO in AVERY (1978, p. 141) afirma que “ao contrário dos GIG, bem poucos recém-nascidos PIG são normais, como crianças pequenas filhas de pais pequenos. A possibilidade de que os PIG sejam normais não deve ser descartada, mas uma alta prioridade deve ser colocada visando a antecipar-se aos problemas que provavelmente venham a ocorrer em recém-nascidos PIG anormais”.

O mesmo autor ainda cita (p. 143) que, os PIG não toleram bem o trabalho de parto e o parto, assim que são prováveis o sofrimento fetal, aspiração de mecônio e mesmo a morte intra-parto. Essas crianças têm, além do sofrimento fetal, uma inabilidade em conservar calor.

Portanto, a hipoglicemia é freqüente nestas crianças que têm necessidades aumentadas de fontes de energia, além de pequenas reservas de glicogênio e gordura. Os recém-nascidos PIG não são capazes de armazenar pequenas reservas de glicogênio e gordura *in utero*. No trabalho de parto o sofrimento fetal é freqüente e a eliminação de mecônio e aspiração podem complicar a situação já precária. Nessa condição, já houve mobilização do pequeno estoque disponível de glicogênio de modo que muito pouco resta para após o nascimento. O desenvolvimento de uma hipoglicemia nesse cenário é uma situação crítica para a criança, e se não se fornece prontamente uma fonte de glicose exógena, muito provavelmente ocorrerá dano ao Sistema Nervoso Central.

Os recém-nascidos PIG freqüentemente são policitêmicos, provavelmente devido à hipóxia intra-uterina crônica.

A relação mais conhecida para crianças excessivamente grandes é o diabetes materno. Demonstrou-se que os filhos de mães diabéticas têm hiperinsulinemia assim como as crianças grandes com outras condições. Filhos de mães diabéticas freqüentemente têm hipoglicemia após o nascimento e podem ter uma maior incidência de malformações congênitas e de problemas associados à hipercoagulabilidade sangüínea. Além disso, recém-nascidos GIG podem ter doença cardíaca cianótica congênita. Podem ser uma criança a termo cuja mãe teve sangramento pós-concepção e, ainda que possa ser classificado erroneamente é preciso acompanhar esta criança rigorosamente, já que ela tem um índice de mortalidade aumentado. (op. cit. ; 1978, p. 128)

Quanto a Idade corrigida na alta da UTI neonatal das crianças atendidas no Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém-nascido de Risco nas Maternidades A, B, C e D, das 134 crianças (47,01 %) do total analisado tinham idade corrigida na alta da UTI neonatal, entre 37 semanas a 41 semanas e 6 dias; 91 crianças (31,92 %) apresentaram como idade corrigida, menos de 37 semanas; 37 crianças (12,98 %) saíram da UTI neonatal com mais de 42 semanas de gestação.

Em termos percentuais, a proporção de crianças com idade corrigida entre 37 semanas a 41 semanas e 6 dias foi menor na Maternidade C (39,3 %) em relação às Maternidades A (52,8 %), B (52,9 %) e D (41,7 %). Já a proporção

de crianças com idade corrigida maior ou igual a 42 semanas, na alta da UTI neonatal, foi menor na Maternidade D (5,5 %), em termos percentuais, em relação às Maternidades A (15 %), B (8,8 %) e C (19,2 %).

Na maioria dos prontuários pesquisados não havia registro em relação à idade corrigida na alta da UTI neonatal das crianças analisadas. Assim, a maioria das idades corrigidas apresentadas no gráfico acima, foram por nós calculada pois tínhamos em mãos a idade gestacional da criança, bem como o total de dias de internação na UTI neonatal. As 21 crianças (do total de maternidades pesquisadas) que não apresentaram dados em relação à idade corrigida, foi porque não havia dados suficientes para calculá-la.

“A idade corrigida deve ser utilizada para acompanhar o crescimento pondero-estatural e o desenvolvimento motor até os 18 meses de idade. O uso da idade cronológica para acompanhar o crescimento, vai sempre indicar um retardo superior ao verdadeiro para o peso, a estatura ou o perímetro cefálico”. (LOPES & LOPES; 1999, p. 08).

Para HACK in FANAROFF (1995, p. 342), uma consulta clínica aos 4 meses de idade corrigida é importante para documentar problemas de uma retomada do desenvolvimento irregular e da presença de anormalidades neurológicas graves que poderiam exigir intervenção ou fisioterapia. A idade corrigida de 8 meses é uma boa data para verificar a presença de paralisia cerebral ou de outras anormalidades neurológicas.

De acordo com tal citação, vemos o quão importante é o registro em prontuário da idade corrigida dessa criança que será acompanhada, a fim de que o profissional avalie adequadamente o seu crescimento e desenvolvimento. Constatamos, então, a necessidade da conscientização dos profissionais a esse respeito.

Em relação ao peso no nascimento das crianças atendidas no Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém-nascido de Risco nas Maternidades A, B, C e D o estudo evidenciou que das 285 crianças analisadas, 115 (41,05 %) apresentaram peso ao nascer de 1501 a 2500 g (baixo peso), representando estas uma parcela relevante da amostra; em 99 crianças (34,73 %) apresentaram de 2501 a 4200 g de peso ao nascer e 57 (20 %) apresentaram peso ao nascimento entre 1000 e 1500 g (muito baixo peso);

Na Maternidade A, 18 crianças (34 %), mostraram uma média de peso situada entre 1501 a 2500 g; e 29 crianças (54,7 %) situaram-se entre 2501 a 4200 g.

No que se refere a Maternidade B, 50 crianças (49 %), apresentaram baixo peso ao nascer. Uma parcela considerável apresentou muito baixo peso ao nascer, representando 17,6 % (18 crianças) do total da amostra da instituição analisada. Foi a maior percentagem encontrada das quatro maternidades em questão. Ressalta-se que 30 crianças, 29,4 %, apresentaram um peso no padrão de normalidade situado entre 2501 e 4200 g.

No tocante à Maternidade C, detecta-se que, 40 crianças (42,6 %), apresentaram baixo peso ao nascer e também a mesma percentagem de crianças situaram-se na faixa de 2501 a 4200 g de peso ao nascer.

Em relação à Maternidade D, constatou-se que 24 crianças (66,7%), apresentaram peso ao nascer situado entre 1001 e 1500g; 7 crianças (19,4%) apresentaram peso ao nascer situado entre 1501 e 2500g; e 5 crianças (13,9%) apresentaram peso ao nascer menor que 1000g. Vale ressaltar que nenhuma criança nasceu com peso acima de 2500g, ou seja, um peso adequado. Observa-se que somente sobre uma criança não houve registro em prontuário sobre seu peso ao nascimento.

PINHO & LINARES in LIMA (1992, p. 50), definem peso ao nascer como sendo "o primeiro peso obtido antes de decorrida a primeira hora após o nascimento".

Para LUCHENCO in AVERY (1978, p.135) "a mortalidade é alta em crianças nascidas após uma curta gestação ou nas de muito baixo peso de nascimento. Os índices diminuem conforme a criança torna-se mais madura ou pesada e atinge seu mais baixo nível perto da 40ª semana

ou 3500 g. os índices aumentam ainda com gestação prolongada ou peso de nascimento excessivo".

O mesmo autor diz que é incontestável a importância do peso de nascimento em prever problemas em recém-nascidos. Sabe-se que os recém-nascidos de 1000 g terão numerosos problemas e são os mais necessitados de um cuidado intensivo de Enfermagem, e que os de 2000 g podem desenvolver a Síndrome do desconforto respiratório, icterícia ou problemas alimentares. No extremo oposto da escala é preocupante o recém-nascido de 4000 g que pode sofrer traumas de nascimento ou cuja mãe tenha diabetes.

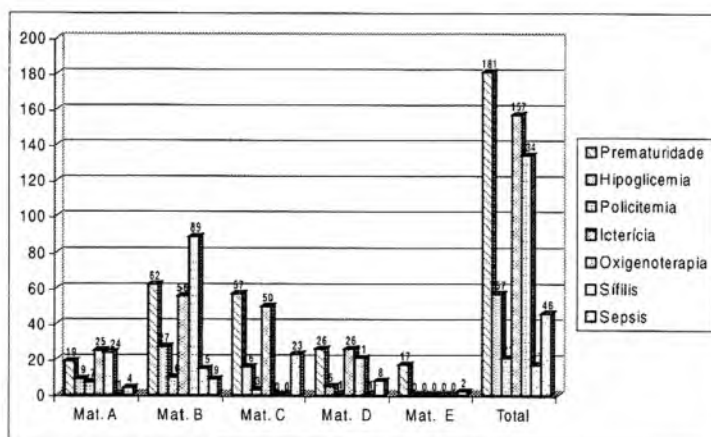
Cabe ressaltar que peso e idade gestacional estão inter-relacionados, e que desvios dos limites fisiológicos de um de outro resultará numa morbidade neonatal aumentada.

MC CORMICK & SHANKARAN in CLOHERTY & STARK (1993, p. 695), dizem que crianças de muito baixo peso podem apresentar, em geral, maior morbidade do que as crianças com pesos maiores ao nascer. Crianças com muito baixo peso (MBP) ao nascer têm quatro vezes mais possibilidade de serem hospitalizadas durante o 1º ano de vida do que as crianças com peso normal ao nascer, com 30-50 % tendo pelo menos uma re-hospitalização até os 3 anos de vida. Para o mesmo autor, a morbidade aumentada de crianças com MBP requer cuidado pediátrico de alto padrão, sendo tal fato tão importante quanto problemático para crianças e famílias de poucos recursos, onde os riscos associados ao baixo peso se somam aos associados a pobreza.

Dados sobre crianças de MBP sugerem que elas têm risco muito aumentado para problemas de comportamento relacionados com hiperatividade. (BENASICH in CLOHERTY & STARK; 1993, p. 698).

Gráfico IX

Motivo de internação na UTI neonatal das crianças atendidas no Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém-nascido de Risco nas Maternidades A, B, C e D.



Constatamos que a prematuridade foi o principal motivo de internação na UTI neonatal, totalizando 164 crianças internadas por este motivo, seguidas pela icterícia, 157 casos, e por necessidade de oxigenoterapia, 134 casos (onde estão incluídos o uso de IMV, CPAP, Hood, entre outros). Destacamos, também, 57 casos de hipoglicemia, 44 casos de sepse, 31 de desconforto respiratório, 38 de antibioticoterapia, 26 por apnéia, 25 por asfixia, e 22 por taquipnéia transitória do recém-nascido (TTRN). Cabe ressaltar que a grande maioria das crianças foram internadas na UTI neonatal por mais de um dos motivos apresentados acima.

Na Maternidade A vemos que a icterícia (25) e os procedimentos relacionados com a oxigenoterapia (24), foram os que prevaleceram como motivo de internação na UTI neonatal, seguidos pela prematuridade (19 casos) e pelo desconforto respiratório (16 casos).

Na Maternidade B, o motivo prevalente de internação na UTI neonatal, também, esteve relacionado com os procedimentos de oxigenoterapia, totalizando 80 casos. Destaca-se, também, 62 casos de prematuridade, 56 de icterícia e 22 relacionados à antibioticoterapia. Cabe destacar que 15 dos motivos de internação estavam relacionados à infecção congênita, no caso específico, com a sífilis.

Em relação à Maternidade C, de acordo com os dados apresentados, constatamos que 57 dos motivos de internação na UTI neonatal estavam relacionados com a prematuridade, 50 com a icterícia e 23 com sepsis. Ressalta-se, também, 13 casos de hemorragia intracraniana.

No que diz respeito à Maternidade D, os principais motivos de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal estão relacionados a prematuridade (26 casos), icterícia (26 casos), necessidade de oxigenoterapia (21 casos) e pneumonia (13 casos).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação dos critérios que identifica o Recém Nascido como de alto risco é de vital importância no sentido de se criar ações de prevenção de condições e seqüelas decorrentes dos problemas apresentados por essas crianças egressas da UTI Neonatal.

Mesmo em crianças com patologias definidas, o prognóstico varia muito em função de fatores familiares, cooperação da criança, recursos financeiros, qualidade do

tratamento de reabilitação e o potencial intrínseco de cada criança; justificando sempre a intervenção o mais precoce possível. Ainda que a criança tenha um comprometimento motor severo, o déficit intelectual pode não existir primariamente, vindo a se instalar muitas vezes posteriormente, devido a falta de vivência corporal, de estímulos sensoriais, de oportunidade de descobrir o meio que o cerca; falta essa que poderia ser evitada com um tratamento adequado iniciado em tempo hábil.

Quando se analisa os motivos da internação das crianças na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, observa-se que 164 crianças tiveram como maior motivo de internação a prematuridade, seguido de 157 crianças por icterícia. O tempo de internação, entretanto, foi na maioria (71,2%) menor que um mês. Pudemos constatar, também, que 32,9% das crianças deixou a UTI Neonatal com peso maior que 2501g, porém, não obtivemos esta informação em 12,7% dos prontuários das maternidades. Um grande número de crianças (67%) deixou a UTI neonatal com idade corrigida maior que 37 semanas.

Em relação ao tempo de acompanhamento no NAIRR, apenas 29,8% das crianças tiveram acompanhamento maior que 6 meses. Porém, este dado não traduz a realidade do tempo de NAIRR uma vez que, na presente pesquisa, as crianças deixaram de ser analisadas em dezembro de 2000. Portanto, não foi verificado se os bebês que ingressaram no Programa no meio do semestre continuaram as consultas no ano seguinte.

Sobre a equipe que compõe o NAIRR, pudemos verificar que o pediatra é o único profissional que está presente nas 03 maternidades. O enfermeiro, por sua vez, presta assistência a essas crianças em apenas 01 das maternidades analisadas. Percebemos assim que o atendimento que deveria ser interdisciplinar não ocorre de fato. Na Maternidade A somente o Pediatra acompanha os bebês, o que certamente prejudica a assistência uma vez que a prática profissional interdisciplinar permite uma observação mais aprimorada desses recém-nascidos, que desde o nascimento são identificados como “recém-nascido de risco” para desvios do desenvolvimento sensório-psico-motor. Isso porque trazem consigo fatores que os predispõem a um crescimento e desenvolvimento defasado comparando-se a um recém-nascido dito “normal”. Desta forma, o acompanha-

mento interdisciplinar facilita a identificação de falhas no atendimento, uma vez que a criança é acompanhada por vários profissionais que trabalham de forma integrada, pro-

piciando com isso uma melhoria no atendimento. Somente a prática interdisciplinar e estudos realizados acerca desta temática contribuirão para o avanço nesta área.

BIBLIOGRAFIA

- AÏYANHOV, O. M. **A educação começa antes do nascimento**. Lisboa: Edições Prosveta, 1982.
- ARGENTINA. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción del Crecimiento y desarrollo Integral de Niños y Adolescentes. **Módulo del Facilitador**. 1995.
- ARGENTINA. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción del Crecimiento y Desarrollo Integral de Niños y Adolescentes. **Módulos de Aprendizaje**, 1995.
- BARNARD, K. E.; DOUGLAS, H. B.. **Child Health Assessment**. Seattle. Child Assessment Satellite Training. NCAST, 1983.
- _____. et al. **Blueprint for Assessment Diagnosis and Treatment in Parent. Child Nursing**. Seattle, Washington. NCAST Publications, 1986.
- _____. **Nursing Child Assessment Teaching Scale**. Seattle, Washington. NCAST Publications, 1978.
- _____. et al. **Newborn Nursing Models**. Seattle, Washington. NCAST Publications . 1982.
- _____. Nursing Child Assessment Satellite Training. **Instructor's Manual**. Seattle, Washington. NCAST Publications, 1980.
- _____. **Nursing Child Assessment Sleep/Activity Record**. Seattle, Washington. NCAST Publications, 1979.
- BÉZIER, M.M.; HUNSINGER, Y. **O bebê e a coordenação motora: Os gestos apropriados para lidar com a criança**. São Paulo: Summus, 1994.
- BRAZELTON, T. B. **Su Hijo: Momentos claves en su desarrollo desde el período prenatal hasta los seis años**. Colombia. Grupo Editorial Norma, 1996.
- BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B.; KREISLER, L. **A dinâmica do bebê**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- CALDWELL, B.; SNYDER, C.. **Home Observation for Measurement of the environment**. Seattle, Washington. NCAST Publications, 1978.
- COSTA, M. L. A.. **PIAGET e a intervenção Psicopedagógica**. São Paulo: Olho d' Água, 1997.
- EYRES, S.; BARNARD, K. E. **Child Health Assessment. Part III**. Seattle, Washington. NCAST Publications, 1979.
- FERNÁNDEZ, A.. **A Mulher escondida na professora. Uma leitura psicopedagógica do ser mulher, da corporalidade e da aprendizagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- FONSECA, V. **EDUCAÇÃO ESPECIAL. Programa de Estimulação Precoce. Uma Introdução às idéias de Feuerstein**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- FRIEDMANN, A. **Brincar: crescer e aprender: O resgate do jogo infantil**. São Paulo: Moderna, 1996.
- KLAUS, M.; KENNEL, J. . **PAIS/BEBÊ: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- _____. REQUERIMIENTOS PSICOAFECTIVOS DEL RECIEN NACIDO. IN: CUSMINSKY, LOBO, L. **Escola de Pais: para que seu filho cresça feliz**. Rio de Janeiro: Lacerda Editores, 1997.

LEITÃO, a. **Paralisia Cerebral**. Diagnóstico, Terapia, Reabilitação. Rio de Janeiro. Atheneu, 1983.

MARINHO, H.. **Estimulação Essencial: Pesquisa**. Rio de Janeiro. Editora Papelaria América.1978.

MEYERHOF, P. G.. O neonato de Risco- Proposta de Intervenção no Ambiente E no Desenvolvimento. In: KUDO, Aide Mitie et al. **Fisioterapia. Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em pediatria**. São Paulo: Savier, 1990.

PÉREZ, A. T. La família y el desarrollo del niño. In: Crecimiento y desarrollo. Hechos y tendencias. Organizacion Panamericana de la salud. **Publicación científica nº.510**.Washington,D.C. 1988.

PICO, L.; VAYER, P. **Educação Psicomotora e Retardo Mental.: Aplicação aos diferentes tipos de inadaptção**. São Paulo: Manole, 1988.

PINTO, E.; BILANOVA, L. C. P.; VIEIRA, R. M.. **O desenvolvimento do comportamento da criança no primeiro ano de vida: padronização de uma escala para a avaliação e o acompanhamento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

PUPO FILHO, R. A.. **Síndrome de Down. E Agora Doutor? Um pediatra enfrenta sua desinformação ao ter uma filha com síndrome de Down**. Rio de Janeiro: WVA, 1996.

RAPPAPORT, C. R.; FIORI, W. R.; HERZBERG, E. **A infância inicial: O bebê e sua mãe**. V(2). São Paulo: EPU, 1981.

URUGUAI. CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO. OPAS. OMS. **Material de apoio a promoção, proteção e vigilância da Saúde da Criança**. Uruguai. 1995.

WINNICOTT, D.W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.