



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL**  
**INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO**



**A CONTINUIDADE DO CUIDADO DE RECÉM-NASCIDO DE RISCO EM UM  
HOSPITAL ESCOLA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**

**ANA PAULA DENIS BARBOSA**

**CAMPO GRANDE/MS**

**2022**

ANA PAULA DENIS BARBOSA

**A CONTINUIDADE DO CUIDADO DE RECÉM-NASCIDO DE RISCO EM UM  
HOSPITAL ESCOLA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**

*Projeto de pesquisa para elaboração de  
Dissertação junto ao Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem do Instituto  
Integrado de Saúde da Universidade  
Federal de Mato Grosso do Sul, curso de  
Mestrado Acadêmico.*

*Área de Concentração: Enfermagem.*

*Linha de Pesquisa: O cuidado em Saúde e  
Enfermagem*

*Grupo de Pesquisa: Laboratórios de  
Estudos e Pesquisas em Intervenção  
Familiar - LEPIF*

*Orientador: Profa Dra Maria Angélica  
Marcheti.*

**CAMPO GRANDE/MS**

**2022**

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.”

Paulo Freire, educador e filósofo

(1921-1997)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por permitir e me capacitar em cada fase do mestrado.

Agradeço a minha mãe Cleuza, pelo apoio, amor e suporte em minhas ausências e do Vagner em casa com as crianças. Mãe obrigada por sempre estar por perto, te amo!

Agradeço ao meu esposo Vagner pela paciência e preocupação com minha saúde que ficou fragilizada no decorrer do curso, e por compreender a importância de finalizar esse ciclo, sei que pensou primeiro em minha saúde, te amo!

Agradeço ao meu filho Matheus pela parceria, incentivo, sempre me socorrendo com a parte tecnológica, por acreditar que eu iria conseguir, por me apoiar e pela admiração, filho te amo!

Agradeço a minha filha Maitê pela paciência, muitas vezes sem entender a importância de um trabalho, mas aceitando não sair de casa nos finais de semana e feriado, pela ausência nas brincadeiras, filha te amo!

Agradeço ao meu irmão Thiago pela admiração e incentivo de sempre, te amo!

Agradeço a minha orientadora Maria Angélica, por toda paciência, compreensão, ajuda em cada momento da minha trajetória. Muito obrigada pelo carinho, pela atenção, pelos ensinamentos, te admiro muito, você é uma profissional incrível.

Agradeço aos meus amigos – irmãos Denise, Elton e Vanessa, por caminharem comigo nessa jornada, compartilhar os ensinamentos, angústias, erros e acertos, vocês tornaram meu fardo mais leve, obrigada!

Aos professores da banca examinadora, Doutoradas Cida, Aline, Marisa e Fernanda, que me direcionaram na pesquisa no momento da qualificação até a defesa da minha dissertação, com muitos ensinamentos e contribuições.

Aos meus colegas enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos do HUMAP/EBSERH, que foram parceiros durante todo o mestrado, companheiros de trabalho e coparticipantes desta pesquisa, em especial Gustavo, Eliane, Marleide, Eva, Laiane, Virna, Dra. Janaine e Dra. Silvia, que trabalham comigo na UTI neonatal.

## RESUMO

Os avanços tecnológicos e o desenvolvimento da assistência neonatal nas últimas décadas trouxeram grandes mudanças, especialmente aos recém-nascidos de alto risco. A sobrevivência dos recém-nascidos com baixa idade gestacional e baixo peso ao nascer aumentou significativamente, e com elas o risco de complicações durante a internação ou após a alta hospitalar, bem como a incidência de reinternações. De modo a prevenir agravos à saúde desse grupo, é fundamental uma análise dos serviços e da continuidade do cuidado ofertado em serviços e programas de seguimento de recém-nascido de risco. Objetivou-se analisar a continuidade do cuidado de recém-nascido de risco em um hospital escola, na perspectiva do gestor, dos profissionais de saúde e familiares. Método: Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido em um hospital do estado de Mato Grosso do Sul. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com um gestor, três profissionais de saúde e nove familiares e/ou responsáveis dos recém-nascidos assistidos pelo programa de seguimento, e extraído dados de prontuários, no período entre maio e agosto de 2022. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin. Resultados: Os dados foram organizados em temas e categorias, sendo relativas ao gestor e aos profissionais: **“A (des)continuidade do cuidado ao recém-nascido de risco”** composta pelas categorias: **“A (des)organização do serviço”**, e **“Dificuldades em atender a demanda”**; e relativas à família: **“Satisfação com o atendimento”** compreendido nas categorias: **“Valorização do atendimento médico”**, uma vez que as mães tomam por base essencialmente a consulta médica como referência do acompanhamento do bebê; e **“Facilidades e dificuldades para o acompanhamento do RN no serviço”**, que diz respeito a acessibilidade e desafios para o comparecimento e a continuidade aos atendimentos do bebê. Considerações finais: A continuidade do cuidado de recém-nascido de risco necessita de organização e implementação de fluxos para o ordenamento do serviço e o atendimento da demanda. O atendimento ao RN é realizado exclusivamente pelo médico, não havendo conexão entre os demais profissionais de saúde que atendem o bebê. A distância do serviço e a ausência de apoio é fator dificultador para a continuidade do cuidado ao RN.

**Descritores:** Recém-Nascido Prematuro; Família; Criança; Risco; Assistência ambulatorial.

## ABSTRACT

Technological advances and the development of neonatal care in recent decades have brought about great changes, especially for high-risk newborns. The survival of newborns with low gestational age and low birth weight increased significantly, and with them the risk of complications during hospitalization or after hospital discharge, as well as the incidence of readmissions. In order to prevent harm to the health of this group, an analysis of the services and the continuity of care offered in services and programs for monitoring newborns at risk is essential. The objective was to analyze the continuity of care for newborns at risk in a teaching hospital, from the perspective of the manager, health professionals and family members. Method: This is a descriptive study with a qualitative approach, developed in a hospital in the state of Mato Grosso do Sul. Semi-structured interviews were conducted with a manager, three health professionals and nine family members and/or guardians of newborns assisted by the follow-up program, and data were extracted from medical records, in the period between May and August 2022. The data were submitted to analysis of Bardin's content. Results: The data were organized into themes and categories, relating to the manager and professionals: **“The (dis)continuity of care for newborns at risk”** composed of the categories: **“The (dis)organization of the service”**, and **“ Difficulties in meeting the demand”**; and related to the family: **“Satisfaction with the care”** included in the categories: **“Valuing medical care”**, since mothers essentially base themselves on the medical consultation as a reference for monitoring the baby; and **“Facilities and difficulties for monitoring the NB in the service”**, which concerns accessibility and challenges for attendance and continuity of care for the baby. Final considerations: Continuity of care for newborns at risk requires organization and implementation of flows for ordering the service and meeting the demand. Care for the NB is performed exclusively by the doctor, with no connection between the other health professionals who care for the baby. The distance from the service and the lack of support is a factor that hinders the continuity of care for the NB.

**Descriptors:** Premature Newborn; Family; Child; Risk; Ambulatory care.

## RESUMEN

Los avances tecnológicos y el desarrollo de la atención neonatal en las últimas décadas han supuesto grandes cambios, especialmente para los recién nacidos de alto riesgo. La supervivencia de los recién nacidos con baja edad gestacional y bajo peso al nacer aumentó significativamente, y con ellos el riesgo de complicaciones durante la hospitalización o tras el alta hospitalaria, así como la incidencia de reingresos. Para prevenir daños a la salud de este grupo, es fundamental el análisis de los servicios y la continuidad de la atención que se ofrece en los servicios y programas de seguimiento de recién nacidos en riesgo. El objetivo fue analizar la continuidad de la atención al recién nacido en riesgo en un hospital de enseñanza, desde la perspectiva del gestor, profesionales de salud y familiares. Método: Se trata de un estudio descriptivo con abordaje cualitativo, desarrollado en un hospital del estado de Mato Grosso do Sul. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a un gestor, tres profesionales de la salud y nueve familiares y/o tutores de los recién nacidos atendidos por el programa de seguimiento, y los datos fueron extraídos de las historias clínicas, en el período comprendido entre mayo y agosto de 2022. Los datos fueron sometidos a análisis de contenido de Bardin. Resultados: Los datos fueron organizados en temas y categorías, referentes al gestor y a los profesionales: **“La (des)continuidad de la atención al recién nacido en riesgo”** compuesta por las categorías: **“La (des)organización del servicio”**, y **“Dificultades en la satisfacción de la demanda”**; y relacionados con la familia: **“Satisfacción con la atención”** incluidos en las categorías: **“Valoración de la atención médica”**, ya que las madres se basan fundamentalmente en la consulta médica como referencia para el seguimiento del bebé; y **“Facilidades y dificultades para el acompañamiento del RN en el servicio”**, que se refiere a la accesibilidad y desafíos para la atención y continuidad del cuidado del bebé. Consideraciones finales: La continuidad de la atención al recién nacido en riesgo requiere organización e implementación de flujos para ordenar el servicio y atender la demanda. La atención del RN es realizada exclusivamente por el médico, sin conexión entre los demás profesionales sanitarios que atienden al bebé. La distancia del servicio y la falta de apoyo es un factor que dificulta la continuidad del cuidado del RN.

**Descriptor:** Recién Nacido Prematuro; Familia; Niño; Riesgo; Cuidado ambulatorio.

**LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b> - Dados sociodemográficos do gestor e da equipe profissional participante do estudo -----	42
<b>Quadro 2</b> - Dados sociodemográficos das famílias dos recém-nascidos egressos das unidades neonatais-----	42
<b>Quadro 3</b> - Caracterização dos RN segundo tipo de parto, idade gestacional, diagnósticos de internação do bebê e da mãe-----	43

## LISTA DE SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AM	Aleitamento Materno
AB	Atenção Básica
AIG	Adequado para idade gestacional
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APAE	Associação de Pais e Amigos Excepcionais
CCF	Cuidado Centrado na Família
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HUMAP	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian
IG	Idade Gestacional
MC	Método Canguru
MS	Ministério da saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISMC	Programa de Atendimento Integrado à Saúde da Mulher e a criança
PAISM	Programa de Assistência Integrada à Saúde da Mulher
PAISC	Programa de Assistência Integrada à Saúde da Criança
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Criança
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PC	Posição Canguru

RAS	Rede de Atenção à Saúde
RN	Recém-nascido
RNBP	Recém-nascido baixo peso
RNPT	Recém-nascido prematuro
SDR	Síndrome do Desconforto Respiratório
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre nascidos vivos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCDB	Universidade Católica Dom Bosco
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

<b>APROXIMAÇÃO COM O TEMA.....</b>	12
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	13
1.1 Cuidado Centrado na Família.....	23
1.2 Continuidade do Cuidado.....	26
1.3 Programa de Seguimento de Recém-nascido .....	28
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	33
2.1 Geral .....	33
2.2 Específicos .....	33
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	34
3.1 Tipo de estudo .....	34
3.2 Local do estudo.....	34
3.3 Participantes do Estudo.....	36
3.4 Coleta de Dados .....	37
3.5 Análise dos dados.....	38
3.6 Apreciação ética .....	38
<b>4 RESULTADO.....</b>	39
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	54
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	62
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	63
<b>APÊNDICES.....</b>	71
<b>ANEXOS.....</b>	84

## **APROXIMAÇÃO COM O TEMA**

Minha trajetória profissional como enfermeira percorre um caminho de desafios e muita determinação. O cuidar sempre esteve presente na minha vida, fato que me aproximou da enfermagem.

Ao ingressar na Universidade, no Curso de Enfermagem (2003-2006), me envolvi em projetos de pesquisa e de extensão, os quais me estimularam a conhecer o universo do conhecimento e a importância da pesquisa. Em continuidade à minha formação profissional, no ano de 2009 ingressei no curso de Especialização em Cuidados Intensivos e em 2020 iniciei outra especialização, agora na área da enfermagem neonatal e pediátrica.

Atualmente, atuando na área hospitalar como enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, venho buscando aprimorar meus conhecimentos e melhorar a minha prática profissional, especialmente no que se refere à presença da família neste contexto. O mestrado significou para mim, um grande desafio e uma importante conquista.

A escolha da temática “Continuidade dos cuidados ao Recém-nascido de Risco” tem uma correlação muito forte com minha prática assistencial. Encontrei no mestrado a possibilidade de fazer parte de um estudo multicêntrico, o que me deixou honrada e agradecida. Ao ser convidada pela minha orientadora Maria Angélica Marcheti para realizar o presente estudo, vislumbrei a chance de também poder avaliar o meu próprio cenário de trabalho, a organização do serviço, e a continuidade do cuidado ofertado aos recém-nascidos de risco. Para além disso, ao finalizar esse processo, poderei contribuir com avanços para o melhor cuidado ao recém-nascido e família.

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, os avanços tecnológicos e científicos no campo da neonatologia têm proporcionado maior proteção à saúde e sobrevivência de recém-nascidos pré-termos (RNPT), recém-nascidos com baixo peso ao nascer (RNBP) e com malformações congênitas e outros problemas de saúde (XAVIER, BERNARDINO, GAÍVA, 2020). Diante do aumento da sobrevivência desses bebês, as preocupações com o impacto do nascimento prematuro, como as hospitalizações de longo prazo, podem desencadear agravos à saúde que irão demandar atendimento e cuidados ao longo da vida da criança (SILVA *et al*, 2018).

No Brasil, cerca de 12% (entre 10 e 14%) dos 3 milhões de nascimentos acontecem antes das 37 semanas de Idade Gestacional (IG), conforme registros da última década. Isso significa que aproximadamente 360 mil crianças nascem prematuramente a cada ano, o que equivale a cerca de quase mil crianças por dia. A maioria desses nascimentos prematuros poderia ter sido evitado por meio de ações de saúde intersetoriais e específicas (BRASIL, 2021). Comparado com dados mundiais, o Brasil ocupa o nono lugar em número absoluto de nascimentos prematuros (CHAWANPAIBOON, 2019).

Crianças prematuras são classificadas de acordo com a IG, levando-se em consideração ainda o peso ao nascer e a proporção entre esses dois fatores. Essa classificação é utilizada também para planejar o cuidado nas fases iniciais de vida da criança e para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. No Brasil, crianças com menos de 32 semanas de IG ou nascidas com peso inferior a 1.500g possui risco elevado de morte no período neonatal e primeiro ano de vida. Este risco é relativo para outras crianças menores de 5 anos (BRASIL, 2021).

Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), ocorreram 4983 nascimentos prematuros no estado de Mato Grosso do Sul, no ano de 2020 e, desses, 1763 aconteceram em Campo Grande, capital do estado. Já a mortalidade no ano de 2020 por causas evitáveis, em menor de cinco anos, foi de 521 óbitos no estado de Mato Grosso do Sul e, desses, 262 ocorreram na cidade de Campo Grande (IBGE, 2021).

Quanto à terminologia, a Organização Mundial de Saúde recomenda designar como "pré-termo" uma criança cuja IG é inferior a 37 semanas ou inferior a 259 dias após o nascimento, contados a partir do primeiro dia do último período menstrual da mulher. No entanto, o Committee on Obstetric Practice, juntamente com o American Institute of Ultrasound in Medicine e a Society for Maternal-Fetal Medicine (2017), considera a ultrassonografia obstétrica já como padrão ouro para estimar a IG antes de completar 14 semanas de gestação,

também recomendada pela Intergrowth-21<sup>o</sup> grupo. A IG ao nascer determina a base para as categorias de recém-nascidos prematuro (BRASIL, 2021):

- Prematuro extremo: <28 semanas.
- Muito prematuro: 28 a <32 semanas.
- Pré-termo moderado: 32 a <34 semanas.
- Pré-termo tardio: 34 a <37 semanas.

O baixo peso ao nascer pode ainda ser subcategorizado em:

- Muito baixo peso ao nascer: peso ao nascer <1.500g
- Extremo baixo peso ao nascer: peso ao nascer <1.000g

O baixo peso ao nascer é definido como menos de 2.500 gramas. Essa classificação baseia-se na observação epidemiológica de que crianças com peso ao nascer inferior a 2.500 g têm aproximadamente 20 vezes mais chances de morrer do que crianças com peso superior a 2.500 g (BRASIL, 2021).

Outro termo frequentemente utilizado é o recém-nascido de risco, que são aquelas crianças que apresentam maiores chances para problemas no crescimento e desenvolvimento infantil, e alterações clínicas desde o nascimento. Alguns fatores afetam os bebês antes, durante e depois do nascimento (SHOO *et al.*, 2020). São exemplos desses fatores: hipertensão e diabetes, bem como outras condições associadas aos recém-nascidos, como a restrição de crescimento intrauterino (IUGR) e o sofrimento fetal (PHILLIPS *et al.*, 2017). Ademais, condições perinatais, incluindo prematuridade, asfixia perinatal, infecções e malformações congênitas representam as principais causas de morte nos primeiros 5 anos de vida com a maior carga de complicações que pode culminar em óbito, principalmente na primeira semana e no primeiro mês de vida. O primeiro mês de vida é um período que exige grande vigilância e cuidados em saúde (WHO, 2018; ALVES, 2021).

Destaca-se que entre as crianças em diferentes faixas etárias ou períodos da vida, aquelas com vulnerabilidades biológicas e/ou condições sociais adversas apresentam maior risco de morte nos primeiros anos de vida. Esses fatores incluem recém-nascidos de baixo peso, diferentes níveis e fenótipos de prematuridade e suas complicações, eventos intraparto e infecções agudas como sepse, pneumonia, meningite e outras, e infecções crônicas como a sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus e HIV-AIDS, entre outros (BRASIL, 2021).

De acordo com a estratificação de risco das crianças, há os fatores sociofamiliares, que se caracterizam como potencial contexto e condição de vulnerabilidade:

- Ser mãe adolescente.
- Mães com baixa escolaridade (<5 anos de estudo).

- Pai com baixa escolaridade (<5 anos de estudo).
- Mães que não fizeram ou completaram o pré-natal (<6 consultas, exames e tratamento indicado ou incompleto).
- Hospitalização repetida ou morte de um irmão menor de 5 anos por causas evitáveis.
- Mães e/ou pais com condições que afetam o cuidado infantil.
- Mães e/ou pais com comportamentos que afetam o cuidado infantil.
- Ausência da mãe por doença, abandono ou morte sinais de violência física, sexual ou psicológica.
- Negligenciar as necessidades da criança (BRASIL, 2021).

Esses contextos impactam diretamente na condição de vida, crescimento e desenvolvimento das crianças, os quais somam às alterações no sistema imunológico, aumento do risco de infecção e maior tempo de internação (FLORÊNCIO *et al.*, 2020).

Vale ressaltar que os recém-nascidos (RN) que recebem alta da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) são mais susceptíveis a elevada morbimortalidade após a alta, pois sua vulnerabilidade fisiológica é determinada pelo período gestacional, parto e tempo de internação (SHOO *et al.*, 2020). Além disso, esses recém-nascidos estão expostos a doenças neurológicas, respiratórias, cardíacas dentre outras, que têm consequências para o seu crescimento e desenvolvimento (FREIRE *et al.*, 2019).

Segundo Smith, Stewart, (2019) recém-nascidos prematuros geralmente requerem cuidados neonatais intensivos e suporte técnico para se adaptarem satisfatoriamente à vida fora do útero, e muitas vezes enfrentam longos períodos de hospitalizações. Mesmo após a alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), o risco de morbidade e morte do recém-nascido ainda é elevado por se tratar de pacientes com condições clínicas imprevisíveis.

Nesse caso, os recém-nascidos precisam de atenção especial e cuidados contínuos, pois, frequentemente, apresentam dificuldade de adaptação nas primeiras semanas de vida, podendo desenvolver complicações graves e conseqüentemente repercussões no seu crescimento e desenvolvimento (Sociedade Brasileira de Pediatria SBP, 2017). Portanto, essas crianças requerem acompanhamento ambulatorial para garantir a continuidade da assistência profissional (PATEL *et al.*, 2017). Conforme Castro, Duarte, Diniz, (2017), crianças privadas dessa assistência pós alta, apresentam maiores taxas de incapacidade e dificuldade de acesso a serviços básicos, como os serviços de diagnóstico precoce.

É necessário planejar ações adequadas para garantir aos recém-nascidos pré-termos uma transição segura e confortável do hospital para o domicílio. O plano de alta deve ser

desenvolvido e implementado em conjunto com a equipe multidisciplinar, pais e demais familiares dos bebês, com a participação ainda dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS). A alta conjunta do hospital facilita a preparação da família e melhora o resultado da transição (BRASIL, 2017).

Portanto, as ações devem ser formuladas de modo a contemplar apoio, orientação e instrumentalização do cuidado diário do prematuro pelos pais ou cuidadores desde a hospitalização, e essas informações devem ser fortalecidas durante o período em que o bebê permanece internado, levando em consideração a estrutura e compreensão de cada família (DELGADO, VILLAMIZAR, 2016).

Uma agenda de cuidados infantis foi sugerida na nota técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na atenção ambulatorial especializada. Foi fundamentado nas principais diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde, sociedades científicas representativas e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde:

- As ações de cuidado são amplas e devem ser organizadas em torno do ciclo de vida da criança. Centram-se no cuidado integral, e na avaliação da criança no contexto familiar. Elas devem ser criteriosas para que se possa promover a saúde.
- O cuidado pré-natal deve incluir ao menos uma consulta focada em puericultura para investigar a história perinatal e familiar, esclarecer aos pais como a criança está se desenvolvendo durante a gravidez, prepara o parto e puerpério, enfatizando os benefícios do aleitamento materno.
- Manejo da amamentação e apoio à família para o cuidado necessário ao bebê após a alta hospitalar, especialmente para neonatos de alto risco.
- Considerando o alto índice de complicações no primeiro mês de vida, com 70% dos óbitos infantis ocorrendo após a alta e devido às reinternações, os recém-nascidos devem ser avaliados no terceiro e quinto dia de vida ou 48 a 72 horas após a alta hospitalar. Essa avaliação possibilita verificar o estabelecimento do aleitamento materno, a presença de icterícia e sinais de infecção. Atenção adicional deve ser dada aos recém-nascidos que recebem alta precocemente (menos de 48 horas após o nascimento) ou que nasceram com fatores de risco.
- Garantia da inclusão de investigação dos determinantes sociais da saúde, incluindo o contexto familiar, comunitário, socioeconômico e cultural. Deve-se atentar para fatores como depressão materna e violência doméstica e avaliar o impacto socioemocional desses e de outros fatores ambientais nas crianças (BRASIL, 2021).

O acompanhamento dessas crianças no período pós-alta hospitalar é baseado em fatores de risco na primeira semana de vida como: dificuldade na amamentação, icterícia, sinais de desidratação com perda excessiva de peso, fatores de risco gestacionais e perinatais para sepse, e detecção de defeitos congênitos graves do desenvolvimento, entre outros, que implicam em riscos à saúde da criança. Esses fatores podem não ser detectáveis nos exames iniciais e devem ser investigados (BRASIL, 2021). Uma descrição mais detalhada sobre os fatores de risco foi realizada anteriormente.

Mesmo em crianças com maior probabilidade de sobrevivência, como prematuros IG 37 a 38 semanas e RNPT tardios com IG 34-36 semanas, há um risco aumentado de complicações devido à imaturidade, como oscilações de temperatura, dificuldades na amamentação, infecção relacionadas ou não ao parto antes de 39 semanas, distúrbios metabólicos e apneia (muitos bebês apresentam maturidade do esforço respiratório apenas com 39 semanas de IG), o que indica a necessidade de acompanhamento pós-parto hospitalar em intervalos de tempo menores e sistematização da estratégia de cuidado. No entanto, a alta hospitalar da díade mãe-bebê, ocorre, muitas vezes, antes de completar as primeiras 48 horas de vida e sem alertar a família para os riscos potenciais (BRASIL, 2021).

Para promover a continuidade à assistência e ao cuidado de recém-nascidos e crianças, foram criadas e implementadas no Brasil algumas políticas públicas, estratégias e programas, destacados abaixo e detalhados posteriormente:

**Programa Nacional de Imunizações (PNI):** institucionalizado pela Lei nº 6.259/75 e regulamentado pelo Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que promulgou o programa nacional básico de vacinação, incluindo o fornecimento gratuito de imunobiológicos à população e um calendário que abrange todas as faixas etárias de crianças no país (BRASIL, 2003).

**Programa de Atendimento Integrado à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC):** lançado em 1983, com o objetivo de atuar na melhoria dos resultados de saúde, da cobertura e das redes de serviços públicos. Em 1984, o PAISMC foi desmembrado em Programa de Assistência Integrada à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integrada à Saúde da Criança (PAISC), com ações mais específicas para cada grupo etário (BRASIL, 2011b).

**Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA):** Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, reconhecido internacionalmente como um dos mais avançados documentos legais dedicados à garantia dos direitos da criança e do adolescente. Discorre sobre o direito ao pleno desenvolvimento da infância compartilhado pelo Estado, sociedade e família (BRASIL, 2010).

**Cuidados Epidemiológicos Integrados para Crianças (AIDI):** Em 2003, o Ministério da Saúde, juntamente com a Organização Mundial da Saúde e o UNICEF, lançou o projeto Cuidados Epidemiológicos Integrados para Crianças (AIDI). O objetivo do programa é promover uma redução rápida e significativa da mortalidade infantil, empregando uma nova abordagem de cuidado infantil caracterizada pela consideração simultânea e integrada de uma série de doenças mais prevalentes na infância (BRASIL, 2003).

**Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Infância e redução da mortalidade infantil:** Em 2004, a Coordenação de Atenção à Criança, do Ministério da saúde apresentou a Agenda de Compromissos para a saúde integral da infância e redução da mortalidade infantil. Ela norteia a atuação dos profissionais que atuam no contexto da infância e adolescência (BRASIL, 2004).

**Método Canguru:** Portaria nº 1.683 de 12 de julho de 2007 - Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Canguru, modelo de atenção perinatal voltado para o atendimento humanizado, sendo composto por três etapas específicas. Ele reúne estratégias de intervenção biopsicossocial para gestantes de alto risco para o nascimento de recém-nascidos de baixo peso e suas famílias (BRASIL, 2007).

**Rede Cegonha:** Em 2011, o Ministério da saúde criou a Portaria SM 1.459 denominada Rede Cegonha, iniciativa do governo federal, que se configura em uma rede de atenção voltada para a redução da mortalidade materna e infantil, e garantir o direito da criança à atenção humanizada, desde o pré-natal até o desenvolvimento da criança até dois anos de idade, nos serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2011b).

**Política Nacional de Atenção Integral à Criança (PNAISC):** promulgada pela Portaria GM/MS nº 1.130 de 5 de agosto de 2015, inclui a melhoria do acesso obstétrico, da cobertura, qualidade e humanização da atenção à saúde neonatal, combinando atenção pré-natal e acompanhamento da criança na Atenção Básica e por meio dos ambulatórios vinculados às maternidades (BRASIL, 2015).

**Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI):** foi instituída por meio das Portarias GM/MS nº 715/2022 e GM/MS nº 2.228 a partir da necessidade de atualização e ampliação da rede de atenção à saúde existente, trazendo os preceitos de segurança e qualidade como pilares inerentes à humanização (BRASIL, 2022).

Nesse sentido, o Brasil tem firmado compromissos internos e externos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada à gestante e ao recém-nascido, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil. No ano de 2004, foi firmado o “Pacto pela Redução

da Mortalidade Materna e Neonatal”, com o objetivo de articular os atores sociais mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças.

A redução da mortalidade neonatal foi assumida como umas das metas para a redução das desigualdades regionais no País em 2009 sob a coordenação do Ministério da Saúde. O objetivo traçado foi de reduzir em 5% as taxas de mortalidade neonatal nas regiões da Amazônia Legal e do nordeste brasileiro. No cenário internacional, o Brasil assumiu as metas dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, entre as quais está a redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade, em dois terços, entre 1990 e 2015 (BRASIL, 2011).

A taxa de mortalidade infantil (crianças menores de 1 ano) teve expressiva queda nas últimas décadas no Brasil, graças às estratégias implementadas pelo governo federal, como ações para diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família, ampliação das taxas de aleitamento materno exclusivo, entre outras. O número de óbitos foi diminuído de 47,1 a cada mil nascidos vivos em 1990, para 15,6 em 2010 (IBGE, 2010). Entretanto, a meta de garantir o direito à vida e à saúde a toda criança brasileira ainda não foi alcançada, persistindo desigualdades regionais e sociais inaceitáveis.

A mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso País. Neste sentido, o Ministério da Saúde, reconhecendo iniciativas e acúmulo de experiências em estados e municípios, organizou uma grande estratégia, a fim de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo País, com vistas à redução das taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil. Trata-se da Rede Cegonha, como já mencionada acima. A Rede Cegonha vem sendo implementada em parceria com estados e municípios, gradativamente, em todo o território nacional. Ela traz um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no modelo de cuidado à gravidez, ao parto/nascimento e à atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros 2 anos e, em especial no período neonatal. Baseia-se na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto, qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades, melhoria da ambiência dos serviços de saúde (Unidades Básicas de Saúde – UBS e maternidades) e a ampliação de serviços e profissionais visando estimular a prática do parto fisiológico, a humanização e a qualificação do cuidado ao parto e ao nascimento (BRASIL, 2014).

Finalmente, como prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e também a nova normativa nacional sobre cuidado neonatal, a Portaria MS/GM nº 930, de 3 de setembro de 2012: garantir ao RN em todas as unidades neonatais

brasileiras (públicas e privadas) o livre acesso de sua mãe e de seu pai, e a permanência de um deles a seu lado, durante todo o tempo de internação, esteja ele em UTI Neonatal, UCI convencional ou UCI canguru (BRASIL, 2010).

Ainda dentro dos procedimentos que compõem a atenção integral neonatal, a realização dos testes de triagem neonatal: pezinho (em grande parte do País realizada na rede básica de saúde), olhinho e orelhinha, entre outros.

Na Rede Cegonha também constitui uma grande preocupação do Ministério da Saúde a qualificação da puericultura do RN/lactente na atenção básica, mas para tal é essencial uma chegada ágil e qualificada do RN para início de acompanhamento. De nada valerá um enorme e caro esforço pela sobrevivência neonatal intra-hospitalar, se os profissionais da unidade neonatal não investirem em um adequado encaminhamento para a continuidade da atenção neonatal, agora na atenção básica de saúde. Isso passa pelo contato com a unidade básica de referência de cada RN, pela qualificação do encaminhamento com cartas de encaminhamento que mais do que relatórios de alta retrospectivos da atenção prestada, sejam orientadores do cuidado a ser seguido pelos profissionais da atenção básica em relação àqueles agravos que estejam afetando o RN (icterícia etc.). Neles também é importante que sejam pactuados os fluxos para encaminhamento pela unidade básica de RN que demande reavaliação pela equipe neonatal, bem como o cronograma de seguimento/follow-up do RN de risco (BRASIL, 2014).

Destaca-se ainda que os sete eixos estratégicos do PNAISC visam orientar os gestores e operadores de serviços de saúde infantil para ações que tem por base os determinantes e condicionantes sociais, para a garantia do direito à vida e à saúde. Tem por objetivo a implementação de medidas que possibilitem a assistência integral, o desenvolvimento da criança, e a redução de vulnerabilidades e riscos na infância. Suas ações são organizadas a partir das redes de Atenção à Saúde (RAS), com destaque especial para a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil, em que a Atenção Básica (AB) é a organizadora e coordenadora das ações e da assistência na área (BRASIL, 2018).

Já a assistência humanizada ao recém-nascido - Método Canguru (MC), estratégia proposta pelo Ministério da Saúde desde a década de 1990, tem entre seus princípios o acompanhamento dos recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso ao nascer após a alta hospitalar. O MC inicia-se com o pré-natal de alto risco, seguido pela internação dos bebês em unidades de terapia intensiva neonatal e cuidados intermediários neonatais tradicionais. A segunda etapa acontece na unidade de Cuidados Intermediário Canguru, onde os pais começam a ter conexões mais próximas e ininterruptas com seu filho, aprimorando suas habilidades de cuidados com o recém-nascido. A terceira, ocorre no seguimento ambulatorial e no ambiente

domiciliar após alta da mãe e do pré-termo de acordo com alguns critérios: o recém-nascido deve ser mantido em MC até atingir peso 2.500g, ser acompanhado pela atenção primária com foco nas normas de crescimento e desenvolvimento concomitantemente pelo ambulatório de seguimento hospitalar (BRASIL, 2017).

O MC é uma intervenção natural, eficaz e de baixo custo que, além de reduzir o estresse parental e melhorar a auto eficácia, apresenta muitos benefícios em RNPT saudáveis ou doentes, como aspectos fisiológicos, comportamentais e analgésicos (BRASIL, 2017). Além disso, a Posição Canguru (PC) materno tem sido identificado como uma estratégia para promover o sono do RN (CORREIA, LOURENÇO, 2020).

A orientação profissional de MC para as famílias deve ser sustentada e voltada para lembrar os benefícios do contato pele a pele para o RN, a importância dos cuidados baseados na MC e a importância do AME, bem como desenvolver estratégias para abordar as questões difíceis encontradas pelos pais e profissionais diariamente para o cuidado com o bebê (NIESTCHE *et al.*, 2020).

Destaca-se que o envolvimento da família é fundamental para o desenvolvimento do MC. Os pais devem ter amor, confiança e tempo disponível para se dedicar aos filhos. Eles sentem que assumiram seu papel no cuidado, pois por um período de tempo o filho pertenceu à equipe e se sentem mais preparados para a alta da unidade neonatal (AIRES, *et al.*, 2020).

Uma vez que a família é fundamental para o cuidado do recém-nascido e para seu desenvolvimento favorável, torna-se necessário compreender como ela se articula para o cuidado do bebê, qual o impacto do nascimento de risco na família e quais os desdobramentos que esse evento tem para o cuidado, e para o desenvolvimento da parentalidade e do vínculo familiar.

O nascimento de um filho prematuro é um acontecimento que altera, transforma e reestrutura definitivamente a vida dos pais. Neste sentido, o internamento pós-parto é um período intenso nesta adaptação parental aos novos papéis. A literatura descreve que a parentalidade é um processo complexo, pois é o produto, não apenas do parentesco biológico, mas de se tornar pai ou mãe, começando antes mesmo da concepção, continuando durante a gravidez, o puerpério e prosseguindo ao longo da vida. Ela inclui sentimentos, funções e comportamentos desenvolvidos na maternidade e na paternidade (BRASIL, 2011).

A parentalidade é um termo relativamente recente, que começou a ser utilizado na literatura psicanalítica francesa a partir dos anos 60 para marcar a dimensão de processo e de construção no exercício da relação dos pais com os filhos. A parentalidade (do latim *parentâle*) é um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafetiva permitindo a dois adultos

tornarem-se pais, isto é, serem capazes de responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s) (LEAL, 2005).

A parentalidade poderá, também, ser entendida como um modelo cultural, fruto dos modelos familiares que, por sua vez, se transforma em prol das exigências sociais, económicas, políticas e religiosas, com impacto no decorrer da gravidez, nascimento e pós-parto. A Teoria das Transições, proposta por Meleis (2007), é um referencial que centra na transição, denotando uma mudança ou no estado de saúde, ou nas relações de papéis, expectativas ou habilidades. Na prematuridade, a transição exige que os pais incorporem novos conhecimentos para alterar comportamentos e, portanto, para mudar significados e definições quanto ao seu papel.

Em um estudo cujo objetivo foi compreender as vivências da parentalidade, no internamento, após o nascimento do primeiro filho saudável, nas primeiras 48 horas pós-parto eutócico identificou que a forma como pais e mães vivenciam este período de tempo e o significado que atribuem aos acontecimentos são expressos, relatados e sentidos de forma diferente. Relativamente às características do processo de transição maternal, as autoras identificaram que foram: fatigante e ambivalente. Quanto ao processo de transição paternal as características foram a de observante e secundário. As figuras maternas destacam o cansaço físico e um estado psicológico que varia entre a alegria e uma certa tristeza, que não conseguem especificar claramente. Por outro lado, as figuras paternas vislumbram o seu papel como acessório, num cenário em que mães e recém-nascido interpretam os papéis centrais (SOUSA E SILVA, CARNEIRO, 2014).

Portanto, depreende-se que existe uma série de condicionantes à experiência da transição para a parentalidade no pós-parto, especialmente em se tratando de recém-nascidos prematuros e de risco. Os enfermeiros são um importante recurso na mobilização, otimização e antecipação dos mesmos, pois o conhecimento do que se pode esperar é um dos fatores facilitadores da transição para a parentalidade.

Vale ressaltar ainda que desde 17 de novembro de 2011 é celebrado o Dia Mundial da Prematuridade com o objetivo de promover a conscientização sobre as necessidades e direitos dos bebês prematuros e de suas famílias. Em 2022, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou novas diretrizes de cuidados que recomendam o contato direto pele a pele entre bebês pré-termo e cuidadores, o chamado Método Canguru, já mencionado acima. Deve ser implementado imediatamente após o nascimento do bebê, sem nenhum período inicial na incubadora. A recomendação marca um afastamento significativo da orientação anterior e da prática clínica comum, refletindo os imensos benefícios para a saúde, e garantir que os cuidadores e seus bebês prematuros possam permanecer próximos, e não separados, após o

nascimento. A diretriz se aplica a bebês nascidos antes de 37 semanas de gestação ou bebês pequenos com peso inferior a 2,5 kg e visa melhorar as chances de sobrevivência e estado de saúde; e também fornecem recomendações para garantir suporte emocional, financeiro e profissional para famílias de bebês muito pequenos e prematuros, que podem experimentar estresse e dificuldades com cuidados intensivos rotineiros e angústias sobre a saúde de seus bebês (OMS, 2022).

Ao finalizar essas definições acima apresentadas é importante destacar que após a alta hospitalar, pais e mães devem sentir confiança e capacidade para assumir este novo papel de vida que é o de serem pais de um bebê que requer cuidados e acompanhamento em saúde. Assim, à medida que a hospitalização decorre, eles devem participar e assumir de forma crescente o controle dos cuidados, sendo o papel da equipa de Enfermagem essencial neste contexto, através de competências técnicas e científicas, mas também no desenvolvimento de estratégias que possibilitem identificar claramente as necessidades dos pais, para que os cuidados de Enfermagem sejam promotores da transição para a parentalidade, e para o cuidado no domicílio.

Nesse sentido, a abordagem do Cuidado centrado na Família (CCF) traz importantes contribuições que serão descritas a seguir.

### 1.1 Cuidado Centrado na Família

O Cuidado Centrado na Família (CCF) é uma abordagem que prevê o planejamento, a prestação e a avaliação de cuidados em saúde, fundamentado em parcerias mutuamente benéficas entre profissionais de saúde, pacientes e famílias com o objetivo de melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados em saúde, pois inclui a perspectiva dos pacientes e familiares diretamente no planejamento, na oferta e avaliação dos cuidados em saúde, e favorece o aumento da satisfação dos usuários e famílias (INSTITUTE FOR PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE, 2008). Na enfermagem neonatal, de acordo com essa filosofia, os profissionais devem, além de cuidar do recém-nascido, reconhecer a sua família como unidade do cuidado. Nessa perspectiva, a família é considerada como indissociável da vida da criança (PINTO *et al.*, 2010; PACHECO *et al.*, 2013).

Incorporar os princípios do CCF na política institucional de atendimento em saúde, e promover um cuidado seguro com conseqüente diminuição de erros é de fundamental importância, pois o cuidado é construído por meio de parcerias mútuas com todos os

envolvidos: profissionais, paciente e família no processo de cuidar (DAVIDSON *et al.*, 2017; BARRETO *et al.*, 2017).

Nessa abordagem, a família é considerada o primeiro cenário de cuidado de seus membros, agindo e reagindo de acordo com os significados que atribui às experiências vividas. Paciente e família são o centro do cuidado e sua participação nos cuidados e tomadas de decisão deve ser incentivado por todos os profissionais da equipe (INSTITUTE FOR PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE, 2008).

Entretanto, a presença da família por si só é insuficiente, pois deve haver interação entre paciente, família e equipe no que diz respeito ao compartilhamento de informações, participação no cuidado e tomada de decisão conjunta. Dessa forma, para o efetivo envolvimento e participação da família, é fundamental que ela conheça os membros da equipe responsáveis pelo cuidado da criança, receba informações claras e precisas e sinta-se segura e confiante (KUO *et al.*, 2012; BOURKE- TAYLOR, JANE, 2018).

Os pressupostos do cuidado centrado na família que direcionam as ações dos profissionais e das instituições de saúde, são:

- **Dignidade e respeito:** os profissionais de saúde ouvem e respeitam as decisões e perspectivas da família; integram o conhecimento, os valores, as crenças e a cultura do paciente e da família no planejamento e na prestação de cuidados.
- **Compartilhamento de informações:** os profissionais de saúde comunicam e compartilham informações úteis relacionadas à doença e ao estado de saúde do paciente, em tempo hábil, de forma completa e imparcial com pacientes e familiares para que o cuidado seja autônomo e compartilhado.
- **Participação:** paciente e família são estimulados a participar do cuidado e decidem o nível de atuação que desejam participar.
- **Colaboração:** pacientes e famílias são a base de apoio para a instituição; os líderes de saúde trabalham com pacientes e famílias para desenvolver, implementar e avaliar políticas e programas para avançar na saúde, educação profissional e prestação de cuidados (INSTITUTE FOR PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE, 2008).

Em instituições de saúde internacionais, em que a abordagem do CCF está implementada, e a participação da família nos cuidados e tomadas de decisão é incentivado, observa-se os benefícios do envolvimento parental, incluindo a satisfação da família, e efeitos

sobre a recuperação do paciente (SHIELDS *et al.*, 2012; JOHNSON, ABRAHAM, SHELTON, 2009).

No Brasil, as iniciativas baseadas nos princípios do CCF ainda são incipientes, e limitam-se, na maioria dos casos, a iniciativas isoladas de profissionais que valorizam a inclusão das famílias no cuidado. Entretanto, a abordagem e os pressupostos do modelo de cuidado não são sistematicamente incorporados como política institucional ou incluídos em documentos formais, informativos ou sites institucionais (BARRETO *et al.*, 2017).

Como já destacado anteriormente, o cuidado ao recém-nascido hospitalizado tem avançado nas últimas décadas, com relevantes suportes tecnológicos, em se tratando de diagnósticos e tratamento. No entanto, isso não é suficiente para responder as demandas que vão além da manutenção da vida do paciente. O cuidado deve estar orientado para o fortalecimento da família envolvida, e para que esta seja considerada como parceira na assistência. Em contrapartida, a família apesar de inserida no contexto de cuidado das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), é pouco contemplada como sujeito de cuidado, conforme a abordagem do CCF (PACHECO *et al.*, 2013).

Entretanto, em um estudo de Corrêa et al (2015) que buscou apreender as práticas do Cuidado Centrado na Família (CCF) no cuidado do recém-nascido hospitalizado que têm sido incorporadas por enfermeiros, as autoras apontaram que os benefícios do cuidado centrado na família, tanto para a criança e sua família, quanto para a equipe de enfermagem, são reconhecidos pelos enfermeiros que participaram do estudo, contudo eles demonstram uma compreensão pouco consistente do cuidado centrado na família, que ainda se distancia do seu conceito real. O estudo destaca que a presença da família ainda é vista pela equipe como uma forma de fiscalização do cuidado prestado à criança, ou ainda como "mão de obra" de funções consideradas como menos importantes. A aplicabilidade do CCF é erroneamente compreendida, e retrata o despreparo dos profissionais em lidar com a família como corresponsável no processo de saúde doença da criança hospitalizada (CORRÊA, 2015).

Estabelecer um relacionamento com a família possibilita ao profissional de saúde adquirir uma visão ampla dos problemas, compreender as necessidades e prioridades da família, contribuindo e facilitando o desenvolvimento de um plano de cuidado efetivo para a criança e seus familiares (CRUZ, ANGELO, 2011). Os enfermeiros têm papel fundamental durante a hospitalização, cuidam do recém-nascido e família e ainda conduzem a equipe de enfermagem, que desenvolve a maior parcela desse cuidado. Com essa atuação, esses profissionais minimizam os danos causados pela internação e informam a família sobre o cuidado ao bebê, garantindo a continuidade do cuidado no domicílio.

## 1.2 Continuidade do cuidado

Outro aspecto relevante a ser considerado é relativo aos conceitos e premissas da continuidade do cuidado, considerando que os RN requerem atenção especial contínua, tanto dos profissionais de saúde, quanto da família.

Segundo já destacado anteriormente, fica evidente que a continuidade do cuidado, após a alta hospitalar, tanto para a criança nascida prematura como para sua família, é fundamental para que ambas tenham qualidade de vida. Desse modo, considera-se necessário destacar a seguir o conceito de continuidade.

Na visão mais ampliada de continuidade apresentada por Reid, Haggerty, Mc Kendry, (2002) e Haggerty *et al.*, (2003) o conceito de continuidade tem dois elementos chaves. O primeiro refere-se à existência de um vínculo real entre o paciente e o médico no caso da atenção primária, e entre o paciente e a equipe multidisciplinar de saúde no caso da atenção à saúde mental. Isto pressupõe uma relação de confiança e lealdade entre o paciente e o médico, bem como um sentido de responsabilidade do médico (ou da equipa multidisciplinar) pela saúde do paciente. O segundo elemento desse conceito é a continuidade definida como uma linha de cuidado que requer coordenação (por exemplo, no tratamento de casos crônicos). A continuidade ocorre sob três aspectos: continuidade informacional, continuidade gerencial e continuidade relacional (HAGGERTY *et al.*, 2003)

Segundo o referido autor, a continuidade da informação refere-se à disponibilidade e uso de informações sobre os eventos de cuidado prestados ao paciente antes do atendimento. Conseqüentemente, envolve a transferência de informações de um prestador para outro, bem como o registro e uso de informações por prestadores de serviços subsequentes. Já, a continuidade relacional refere-se a uma relação contínua entre profissionais de saúde e pacientes, o que possibilita o estabelecimento de vínculos entre eventos descontínuos. A inscrição do cliente é uma condição que sustenta esse tipo de continuidade devido ao vínculo da pessoa com um médico ou outro prestador de cuidados gerais. Vale a pena notar que a atribuição é claramente um componente da continuidade relacional, entretanto, outros elementos caracterizam esse tipo de continuidade, como a intensidade da relação paciente/prestador dada pelo nível de comunicação, confiança, conforto e o conhecimento geral do médico sobre o histórico, o comportamento e a atitude em relação ao paciente.

A continuidade relacional vem da conexão de diferentes profissionais de saúde, especialmente aqueles que lidam com o cuidado de pacientes crônicos. Assim, a continuidade

relacional consiste em administrar a doença de cada paciente, emprestando cuidados na sequência correta, no momento certo e da maneira clinicamente correta.

Uijen *et al.*, (2012) em revisão de literatura sistematizam três dimensões da continuidade do cuidado: ter um especialista de referência que conhece e acompanha o paciente, comunicar informações relevantes e colaboração entre profissionais, usuários e serviços para garantir a conectividade do cuidado à saúde. Embora esses temas se repitam em alguma medida em outras concepções, a continuidade do cuidado se expressa a partir da experiência do usuário (HAGGERTY *et al.*, 2003).

Em se tratando de recém-nascidos de risco, os desafios para a manutenção da vida vão além da sobrevivência e dos cuidados assistenciais ofertados no ambiente hospitalar. Um deles é a garantia de continuidade do cuidado, após a alta hospitalar, que assegure a integralidade da atenção frente à resolução de um agravo específico de saúde, sem interrupção da progressão dos acontecimentos, que transcenda a esfera individual e subjetiva do recém-nascido e de sua família (FREITAS, MOREIRA, BRITO, 2014).

O RNPT é um ser frágil, que exige um cuidado em saúde complexo, sensível e compartilhado, e envolve as famílias e uma rede de apoio social e profissional (WHO, 2018).

No entanto, um estudo que buscou compreender como acontece a continuidade do cuidado ao recém-nascido pré-termo na rede de atenção à saúde na fronteira, identificou a necessidade de planejar fluxos de referência e contrarreferência do RNPT, com articulação entre os diferentes níveis de atenção em saúde e adequada orientação às famílias. Sugere que a AB seja a orientadora da continuidade do cuidado ao RNPT e à sua família, concomitante aos demais serviços da rede de atenção à saúde. Ainda, que estratégias para o enfrentamento das condições que interferem e condicionam a descontinuidade do cuidado ao RNPT são necessárias. Sobretudo, há necessidade de comprometimento dos gestores em saúde pública, visto que as principais demandas podem ser supridas se houver uma oferta adequada de serviços e de profissionais para a atenção ao RNPT, com estrutura própria dos serviços às famílias e condições de trabalho decentes para os profissionais, o que pode garantir a continuidade do cuidado (BERRES, BAGGIO, 2020).

O MS por meio da Secretaria de Atenção à Saúde do RN, elaborou um guia para os profissionais de saúde. Nele fica estabelecido que a continuidade do cuidado do RN pela atenção básica de saúde deve ser realizada após atendimento do bebê em serviços de urgência ou após alta hospitalar, por meio de agendamento por telefone, pelo envio de cópia/listagem da DN, por meio de visita domiciliar e outros, para não haver descontinuidade da assistência (BRASIL, 2014). Entretanto, alerta também que é importante que sejam pactuados os fluxos

para encaminhamento pela unidade básica de RN que demande reavaliação pela equipe neonatal, bem como o cronograma de seguimento/follow-up do RN de risco.

Resultados de estudo que buscou analisar a continuidade do cuidado na prematuridade em um município do interior de Minas Gerais sinalizaram diferentes formas das famílias acessarem a rede de cuidados em saúde com uso mesclado de serviços públicos e privados e com acesso fragilizado aos serviços de saúde. Evidenciou ainda a necessidade de melhorias no acesso aos serviços e um maior apoio profissional frente às situações para que a continuidade do cuidado à criança nascida prematura seja de fato efetiva (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Vale ressaltar que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) destacou em nota, que o desafio do enfermeiro não se encerra no parto, mas que continua na transição do cuidado ao prematuro nas redes de atenção à saúde, sendo necessário identificar o risco que esses bebês correm. A Atenção Primária precisa garantir o crescimento e o desenvolvimento saudável dessas crianças (BRASIL, 2022).

Diante desse contexto, faz-se necessário buscar mapear e compreender como tem ocorrido a continuidade do cuidado ao RN de risco nos ambulatórios e serviços da rede de atenção à saúde, e como os programas de seguimento do RN tem funcionado.

### 1.3 Programa de Seguimento do Recém-nascido

Alguns hospitais públicos brasileiros possuem serviços organizados para fazer o acompanhamento dos RN, em especial os que são considerados de risco. Entretanto, é essencial compreender o que são e como devem funcionar os Programas de Seguimento do Recém-nascido, e sua relevância para a promoção da saúde dessas crianças.

Neste sentido os programas de seguimento são ambulatórios especializados, em que a equipe multiprofissional possui experiência no acompanhamento e na avaliação do desenvolvimento dos bebês, além de terem como preocupação seu crescimento e seu desempenho clínico. A equipe pode ser composta por profissionais como médico pediatra, neonatologistas, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, dentre outros. De acordo com a necessidade da criança, outros especialistas podem participar, como por exemplo: médicos neurologistas, neurocirurgiões, cardiologistas, cirurgiões pediatras, pneumologistas e ortopedistas, oftalmologistas (SBP, 2017).

O seguimento ambulatorial é indicado para recém-nascidos com risco aumentado de

desenvolver morbidade devido a parto prematuro e internação em unidade de terapia intensiva. Este tipo de serviço deve acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, identificar precocemente alterações que necessitem de intervenção e, quando necessário, encaminhar para outros serviços. Orientar e apoiar as famílias para o manejo do bebê e o cuidado que ele requer, também é um de seus propósitos. O não acompanhamento do bebê por um serviço de seguimento ou acompanhamento ambulatorial tem o potencial de trazer risco à sua saúde e de piorar seu desenvolvimento a longo prazo (DINIZ *et al.*, 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde, o seguimento e a continuidade do cuidado do recém-nascido de risco contribuem com menores taxas de reinternações, redução dos índices de infecções nos primeiros anos de vida e melhores indicadores de crescimento e neurodesenvolvimento, dentre outros (BRASIL, 2017).

No entanto, nem sempre os ambulatórios e seguimentos funcionam adequadamente, e os pais nem sempre conseguem encontrar tudo o que necessitam para o acompanhamento do bebê no mesmo serviço e instituição, podendo precisar de especialistas em outros hospitais ou clínicas. Além disso, os pais podem desejar que o bebê seja acompanhado por um pediatra de referência da família.

A portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, e institui a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami), dispõe, quanto à atenção ao seguimento do recém-nascido e da criança egressos de unidade neonatal (ANEIO) o que segue:

- Oferta de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) para o seguimento do recém-nascido e da criança egressos de unidade neonatal, até os 2 (dois) anos de idade, levando em consideração organização regional, densidade populacional e distância de deslocamento;
- Regular a admissão de recém-nascidos e egressos de enfermarias neonatais em hospitais/maternidades de alta complexidade, conforme necessário, para melhorar a eficiência da assistência;
- Atenção integral aos recém-nascidos e crianças egressas das unidades neonatais e suas famílias por meio de avaliação, diagnóstico, apoio ao tratamento e orientações após alta hospitalar, de modo a promover crescimento e desenvolvimento adequados e minimizar o risco de danos causados pelas condições de internação;
- Estabelecer estratégias efetivas de comunicação entre os pontos de atenção responsáveis pelo atendimento do recém-nascido e da criança egressa das unidades

neonatais, com foco no acompanhamento dos serviços de puericultura de forma compartilhada com a APS, de acordo com as diretrizes e regulamentações clínicas e normativas do Ministério da Saúde;

- Utilizar e atualizar a Caderneta Neonatal e Pediátrica, que contém informações relacionadas ao acompanhamento de neonatos e crianças após a alta; e
- Promover e proteger o aleitamento materno, incluindo o manejo de complicações e o aconselhamento em alimentação complementar saudável (BRASIL, 2022).

Ainda, de acordo com a Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada, recomenda-se que a primeira consulta do recém-nascido ocorra entre o terceiro e o quinto dia de vida ou entre 48 a 72 horas pós-alta hospitalar. Para as crianças que permanecem mais que 96 horas no hospital, o que pode indicar possível intercorrência perinatal, a primeira consulta deve ser programada para 48 a 72 horas pós-alta, ou de acordo com o plano de cuidados definido para a transição do cuidado hospitalar ao ambulatorial (BRASIL, 2021).

Nesse sentido, é necessário que o RN seja acompanhado por equipes multidisciplinares de modo a possibilitar a identificação precoce de qualquer intercorrência ou agravo a saúde, bem como para a definição de ações que minimizem atrasos e/ou consequências em um estágio inicial. A integração da equipe profissional no programa de seguimento proporciona atenção integral ao bebê e sua família. Cada profissional tem um papel importante, e a troca de informações entre os profissionais da equipe e a família é necessária para se ter um engajamento, e para que a continuidade do cuidado ocorra de forma eficaz (FORMIGA, SILVA, LINHARES, 2018).

Como membro da equipe profissional de serviços especializados e de programas de seguimento do RN, os enfermeiros devem desenvolver estratégias que levem em consideração as necessidades de saúde do bebê e o acompanhamento da família, de modo a se evitar interrupções na continuidade do cuidado. É importante que os pais ou cuidadores compreendam os riscos para alterações no crescimento e desenvolvimento e a necessidade de cuidados especiais da criança egressa da unidade neonatal (DUARTE *et al.*, 2020).

Com importante papel em ambulatórios de seguimento no acompanhamento do RN e família, o enfermeiro ainda promove o elo entre os serviços da rede de atenção à saúde, conforme preconiza o Ministério da Saúde. A responsabilidade pela continuidade do cuidado do RN deve ser compartilhada entre os diferentes serviços e com a família. Uma estratégia que deve ser utilizada são as visitas domiciliares que podem ser compartilhadas por enfermeiros do hospital e da equipe da estratégia de saúde da família, durante o primeiro ano de vida dos bebês,

fase em que estão expostos a maiores riscos de morbidade e vulnerabilidades (XAVIER, BERNARDINO, GAÍVA, 2020).

O enfermeiro que atua na atenção primária à saúde desenvolve, entre as suas atribuições, a consulta de enfermagem em puericultura. A consulta de enfermagem é atividade privativa do profissional respaldada pela Resolução COFEN 159/1993, a qual permite atuar em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada. A consulta de enfermagem possibilita avaliar o crescimento e desenvolvimento do RN, além de ser uma oportunidade para identificar fatores fisiológicos, familiares e sociais, que podem impactar na qualidade de vida da criança. O momento da consulta privilegia ainda a aproximação do profissional com a família em uma atmosfera de parceria no cuidado do RN (COSTA *et al.*, 2012).

As ações do enfermeiro devem permear o contexto biopsicossocial e familiar do RN para a identificação de possíveis agravos e desafios familiares, bem como para detectar situações de risco e vulnerabilidades. A avaliação profissional inclui não só o acompanhamento e registro dos parâmetros antropométricos do RN, mas também a situação vacinal, o aleitamento materno e a alimentação complementar, as questões socioculturais, e a dinâmica das relações familiares, que podem afetar a saúde da criança e de sua família. No entanto, na prática, o desafio de manter o vínculo entre o profissional e as famílias é comum, o que fragiliza a continuidade do cuidado e o retorno à unidade de saúde (MENEZES *et al.*, 2019).

Diante do exposto, torna-se necessário conhecer como ocorre a continuidade do cuidado de recém-nascidos de risco egressos da UTIN, em um serviço ambulatorial, conhecer a estrutura e funcionamento, a composição e atuação da equipe profissional, a existência de fluxos, e a satisfação das famílias. Com essas informações, pode-se pensar em direcionar ações que potencializem os serviços e ajudem as famílias no manejo e no cuidado da criança no domicílio, de modo a garantir o acompanhamento da saúde e a qualidade de vida dessa população.

Compreende-se que o atendimento de qualidade ao recém-nascido não deve se limitar apenas a garantir a sobrevivência e a alta dos recém-nascidos prematuros (SBP, 2017), mas também ao acesso deles a um serviço de acompanhamento ambulatorial estruturado para crianças egressas da UTIN, no qual sejam identificados precocemente, possíveis fatores de risco para alterações no seu crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2021).

Desse modo, o presente estudo teve por objetivo analisar um serviço ambulatorial de continuidade do cuidado de recém-nascido de risco egressos da UTIN de um hospital escola de Mato Grosso do Sul.

Esta pesquisa faz parte de um estudo multicêntrico que foi desenvolvido nos estados de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal sendo relevante para o aprimoramento da

atenção ao recém-nascido de risco no país, assim como, para a proposição de políticas e estratégias voltadas a esse grupo populacional na região Centro-Oeste.

Os achados do presente estudo poderão contribuir para a identificação do atendimento recebido por essas crianças na capital de Mato Grosso do Sul, além de auxiliar no planejamento e implementação de novos programas e ações políticas estratégicas direcionadas a essas crianças e suas famílias no estado de MS, o que impactará na redução na taxa de mortalidade neonatal.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar a continuidade do cuidado ofertado ao recém-nascido de risco de um hospital escola de Mato Grosso do Sul, na perspectiva do gestor, dos profissionais de saúde e familiares.

### **2.2 Específicos**

Analisar a organização de um serviço ambulatorial de continuidade do cuidado do recém-nascido de risco egresso da Unidade Neonatal, de um hospital escola do Estado de Mato Grosso do Sul.

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa.

A pesquisa descritiva envolve estudo observacional em que o processo descritivo visa identificar, registrar e analisar características, fatores ou variáveis que se relacionam a um fenômeno ou processo. A grande contribuição da pesquisa descritiva é fornecer novos olhares sobre uma realidade já conhecida (NUNES, NASCIMENTO, LUZ, 2016).

A pesquisa qualitativa busca compreender os fenômenos humanos, procurando obter dados detalhados e complexos por meio de análises científicas de pesquisadores. Este tipo de pesquisa envolve o significado dos fenômenos e processos sociais. Como uma análise, também está relacionada à subjetividade, considera a motivação, as crenças, os valores e as representações encontradas nas relações sociais (KNECHTEL, SILVA, 2014). Ela examina evidências baseadas em dados verbais e visuais para entender um fenômeno em profundidade. Portanto, seus resultados surgem de dados empíricos, coletados de forma sistemática.

A pesquisa qualitativa se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, de motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2014). Neste tipo de pesquisa o trabalho de campo é o elemento principal em que o pesquisador deve ter uma experiência direta e intensa com a situação em estudo, visando à compreensão das regras, costumes, e convenções que orientam a vida do grupo sob observação (GODOY, 1995).

Neste estudo, optou-se pelo estudo descritivo com abordagem qualitativa por considerar que essa escolha permitirá a melhor compreensão e descrição do fenômeno estudado. Ou seja, por possibilitar conhecer como a continuidade do cuidado ao RN de risco tem ocorrido em um determinado serviço de saúde na perspectiva do gestor, dos profissionais de saúde e familiares.

#### **3.2 Local do Estudo**

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS) na cidade de Campo Grande, Estado de Mato Grosso do Sul (MS), no período de maio a agosto de 2022.

O Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP) foi inaugurado em 13 de maio de 1971, com o objetivo de apoiar o curso de Medicina da então Universidade Estadual de Mato Grosso (UEMT). Por falta de recursos, o Hospital foi rapidamente fechado e reaberto em 03 de abril de 1975. Com a divisão do Estado de Mato Grosso, a instituição foi federalizada,

e pela Lei Federal nº 6.674, de 5 de julho de 1979, passou a se chamar Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

O HUMAP Abrange uma extensão de 35.350m<sup>2</sup>, com uma área útil de 28.300m<sup>2</sup>, inclui Ambulatórios de Especialidades, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, CTIs Adulto e Pediátrico, UTI Neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN), além de Unidade Coronariana (UCO), Pronto Atendimento Médico (PAM), Diagnóstico por Imagem, Serviço de Radiologia, Banco de Leite Materno, Hemodiálise, e conta com Programas de Residências Médica em 20 especialidades.

O HUMAP-UFMS é referência estadual em doenças infectocontagiosas e procedimentos de alta complexidade no tratamento de pacientes com HIV, terapia renal, diagnose, cirurgia cardiovascular, hemodiálise e neurologia, além de gestação de alto risco, urologia, tratamento com tomografia e litotripsia, ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O Hospital conta com 236 leitos inseridos no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), e 200 leitos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a diferença do quantitativo em relação aos dois cadastros é observada com relação aos leitos do pronto atendimento que não são considerados como internação pelo CNES e os leitos complementares, sendo sua distribuição realizada no HU, de acordo com plano diretor 2021-2023. Em 2019, o hospital realizou 11.073 internações, sendo 60% do sexo feminino e 40% do sexo masculino, sendo consideradas 76,15% como internações de urgência e 23,85% eletiva.

Por ser um hospital de referência, estar geograficamente localizado em região de fronteira, e considerando que o estado de MS não dispõe de grandes hospitais nas cidades do interior, nem serviços especializados, muitos recém-nascidos são encaminhados para atendimento no HUMAP, tanto para a UTIN quanto para o acompanhamento ambulatorial.

Em relação a UTIN o hospital dispõe de 6 leitos, e é composta por uma equipe de 21 médicos, sendo 3 pediatras e 18 neonatologistas, 20 enfermeiros, 10 técnicos de enfermagem, 5 fisioterapeutas e 1 secretária. O hospital conta ainda com uma UCIN que dispõe de 10 leitos, composta por uma equipe independente de 9 enfermeiros, 4 auxiliares de enfermagem, 16 técnicos de enfermagem, e 1 fonoaudióloga. A equipe médica é a mesma que atende a UTIN. A unidade Canguru encontra-se desativada a 5 anos, e embora haja mobiliários e estrutura para tal, o hospital não dispõe de recursos humanos para a sua manutenção e o seu funcionamento. Toda a mobília e equipamentos estão alojados em uma enfermaria que foi desativada e transformada em depósito.

Embora no DATASUS (2020) conste o registro de um serviço de seguimento do RN no hospital e a própria equipe do mesmo referir possuir o Programa de Seguimento de Recém-Nascidos, o mesmo não está organizado. A continuidade do cuidado ao RN no hospital ocorre no ambulatório de pediatria, e o atendimento aos bebês é realizado por uma equipe composta por: uma médica pediatra, dois médicos residentes em pediatria, uma enfermeira e 2 duas secretárias, sendo que a enfermeira e as secretárias atendem também as demais demandas do ambulatório. Outras informações sobre o seu funcionamento serão descritas nos resultados do estudo.

Quanto à presença da família nos cenários de cuidado ao RN no hospital, não existe uma normatização ou protocolo formalizado. A visita de familiares na UTIN e UCIN é diária, sendo permitida a entrada de 02 pessoas maiores de 14 anos (sem revezamento), e que não estejam apresentando sintomas gripais, em horários das 14:30h às 15:00h e das 20:00h às 20:30h. O uso de máscara é obrigatório. A visita de irmãos menores de 14 anos é permitida eventualmente, em dia específico, desde que autorizada previamente pelo médico ou enfermeiro, nos seguintes períodos: UTIN aos sábados, no período vespertino, UCIN anos domingos, no período vespertino. Porém, pai e mãe não são considerados visitas, portanto eles têm livre acesso às unidades neonatais. Os setores das UTIN e UCIN dispõe apenas de uma poltrona individual disposta no próprio setor, tanto para pai ou mãe acompanhar o bebê, e não possui acomodações de repouso, apenas uma sala para refeição e um banheiro.

Ao receber alta hospitalar, a família do neonato recebe uma carta impressa chamada “Carta de alta hospitalar” em que constam informações relativas ao período de internação na unidade de terapia intensiva e intermediária neonatal, com intercorrências e terapêutica, agendamento de consulta, o qual é realizado pela própria pediatra na unidade neonatal para o ambulatório de pediatria, orientações sobre cuidados gerais e prescrição de medicamentos para serem administrados em casa. Na carta, consta o agendamento da primeira consulta médica, a ser realizada no ambulatório de pediatria do hospital, sendo que as demais consultas são agendadas somente no ambulatório de pediatria junto a recepção.

### **3.3 Participantes do estudo**

Participaram da pesquisa profissionais de saúde e gestores que fazem parte da continuidade dos cuidados de recém-nascido de risco do HUMAP, além dos familiares (pais ou cuidadores) das crianças que estavam em acompanhamento ambulatorial no momento da coleta de dados.

Os critérios de inclusão para os profissionais foram: ter experiência mínima de seis meses na gestão ou na assistência do acompanhamento de recém-nascidos de risco; e de exclusão, ser profissional temporário e sem vínculo com o serviço de acompanhamento de recém-nascidos de risco.

Os critérios de inclusão para os pais/cuidadores foram: ser pai, mãe ou responsável legal pela criança acompanhada regularmente nos atendimentos de recém-nascido de risco do ambulatório do HUMAP e terem idade igual ou superior a 18 anos. Como critérios de exclusão: pais, mães ou responsáveis legais que apresentassem qualquer dificuldade cognitiva que os impossibilitasse de participar das entrevistas, e ter participado tão somente da primeira consulta de acompanhamento.

### **3.4 Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas direcionadas a partir de roteiros semiestruturados com gestor (superintendente do HUMAP), profissionais de saúde que compõem a equipe do Serviço de Acompanhamento de Recém-Nascido de Risco no HUMAP, pais/cuidadores de crianças que receberam alta da unidade neonatal e que são acompanhadas no ambulatório de pediatria (APÊNDICES A, B, C e D). Além disso, foram utilizados os prontuários dos RNs para se ter acesso ao histórico do atendimento e aos dados maternos, de maneira a possibilitar melhor caracterizar os achados.

Os roteiros semiestruturados continham questões de modo a permitir a identificação do funcionamento e organização do serviço, e a descrição e análise do atendimento oferecido aos neonatos de risco. Os roteiros foram aplicados pela pesquisadora por meio de entrevista.

Já as entrevistas com as famílias foram realizadas às quintas-feiras no período de maio a agosto do ano de 2022, na recepção do ambulatório de pediatria do HUMAP, sendo gravadas conforme autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Elas foram realizadas pela pesquisadora antes do atendimento do RN. As famílias foram identificadas no serviço através da agenda de atendimentos fornecida pela secretária do ambulatório de pediatria, nos dias de atendimento a esse grupo. Não foi possível obter informações sobre o número de RN inscritos nos atendimentos do serviço, nem o cronograma de atendimento, a adesão e o comparecimento às consultas, ou qualquer outra informação mais detalhada, pois o serviço não possui tal registro e organização.

A abordagem inicial com os pais/cuidadores se deu por meio de contato pessoal, ocasião em que se apresentava os objetivos e justificativa do estudo. Foi realizada apenas uma entrevista

com cada participante, e todas elas foram gravadas em mídia digital, somando um total de oito minutos em média. A coleta de dados foi encerrada pela saturação dos dados.

A amostragem por saturação é uma ferramenta referida nos estudos de análise temática e definida como redundância de informações. Para tanto, essa ferramenta é acionada após a análise dos dados (BRAUN; CLARKE, 2019). Então, a saturação de dados ocorreu quando não havia elemento novo ou quando havia redundância ou repetição dos dados, o que implicou em não ampliar a compreensão do fenômeno estudado.

### **3.5 Análise de Dados**

Os dados das entrevistas foram submetidos a análise de conteúdo (BARDIN, 2015).

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, as falas foram analisadas por meio de técnica de análise de conteúdo, de acordo com as seguintes etapas: escolha do documento (constando todas as entrevistas), leitura flutuante e preparação de material (transcrição das gravações das entrevistas), codificação (os participantes foram identificados por F = família, P= profissional de saúde e o gestor), categorização e inferência, e interpretação dos resultados (alicerçado nos objetivos do estudo, nas implicações do objeto de pesquisa e no arcabouço metodológico que sustenta o tema (BARDIN, 2015).

Foram extraídos dados do atendimento do RNR e maternos constantes nos prontuários, como: informações sobre parto (curso e intercorrências), Idade Gestacional, principais diagnósticos de internação e demais intercorrências, tanto maternas, quanto do RN. Esses dados subsidiaram a análise dos dados extraídos das entrevistas para melhor compreensão dos achados.

A análise dos dados será apresentada de forma descritiva, sendo que em um primeiro momento apresenta-se a perspectiva do gestor e dos profissionais e, posteriormente, a perspectiva dos pais/cuidadores quanto ao atendimento recebido e a continuidade do cuidado do recém-nascido. Os dados foram organizados em temas e categorias descritivas.

### **3.6 Apreciação Ética**

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, a proposta de pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso Sul e obteve parecer favorável sob número de CAEE 53123621.2.0000.0021 (ANEXO A e B) e autorização do Hospital universitário Maria Aparecida Pedrossian, setor ambulatório de pediatria para realização da pesquisa (ANEXO C).

A formalização dos participantes do estudo foi realizada após leitura, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e das cláusulas de autorização de imagem e voz (APÊNCICE E e F). Em relação aos riscos e benefícios, todas as pesquisas em humanos envolvem diferentes tipos e níveis de riscos, no entanto, esta pesquisa não trouxe risco, dano ou desconforto aos participantes.

Em todas as fases do estudo foram observadas as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O retorno social da pesquisa ocorrerá sob a forma de divulgação dos resultados, com a qual os autores se comprometem, através de envio de relatório aos serviços e gestores das secretarias de saúde, publicação em periódicos, eventos e outros meios considerados pertinentes.

Esta pesquisa é parte de um estudo multicêntrico sob o título “Seguimento de recém-nascidos de risco na região Centro-Oeste”, aprovado com CAAE 14164719.1.1001.5541 e parecer de aprovação nº 3.359.087.

#### **4 RESULTADOS**

Participaram do estudo um gestor, sendo o superintendente do hospital (identificado como P1), três profissionais de saúde vinculados ao HUMAP, sendo um diretor do setor da neonatologia (P2), um médico pediatra (P3), e uma enfermeira (P4), com idades que variaram de 40 a 56 anos, com tempo de formação mínima de 14 anos. O tempo de atuação dos profissionais de saúde no serviço de atendimento ao RN é em média 7 anos. Quanto aos familiares (pais/cuidadores), nove mães participaram do estudo.

Os resultados estão apresentados em duas etapas: em um primeiro momento descreve-se a organização da continuidade do cuidado ofertada ao RN, na perspectiva do gestor e dos profissionais integrantes do serviço; e em um segundo momento, a percepção da família, nesse estudo a família está representada pelas mães, quanto ao atendimento ofertado à criança pelos profissionais que atuam no serviço.

##### **Organização da continuidade do cuidado aos recém-nascido de risco no HUMAP**

Com a alta hospitalar da unidade neonatal, a continuidade do cuidado ao RN de risco ocorre no ambulatório de pediatria do HUMAP, em duas salas equipadas contendo em cada uma delas: uma maca, uma balança, uma régua infantômetro, uma fita métrica, 1 armário de vidro, uma mesa auxiliar, uma mesa de escritório, um computador, um ar condicionado, um estetoscópio, um otoscópio, um esfigmomanômetro, um termômetro, espátulas e uma lanterna.

A equipe profissional é formada por uma médica pediatra, acompanhada de dois residentes em pediatria, uma enfermeira e duas recepcionistas. Como se trata de um ambulatório de atendimento a crianças com outras condições clínicas, a enfermeira e as recepcionistas não são exclusivas para o acompanhamento dos recém-nascidos, atuando também nas demais demandas do ambulatório de pediatria. Vale ressaltar que no atendimento ao RN a enfermeira realiza apenas a pesagem do bebê. A consulta de enfermagem não é desenvolvida por ela no ambulatório.

Os atendimentos do RN no ambulatório são realizados de acordo com alguns critérios como ser recém-nascido de risco, pré-termo, baixo peso ao nascer, Apgar baixo de 7 no 5º minuto de vida, e os que apresentaram qualquer intercorrência durante o período de hospitalização na unidade neonatal.

O primeiro atendimento da criança no serviço ocorre por meio do encaminhamento realizado pelo profissional da unidade neonatal do hospital, responsável pela alta hospitalar. A continuidade do cuidado é realizada no ambulatório por profissional que, no momento, também faz parte da equipe da UTI neonatal. O atendimento é realizado todas as quintas-feiras no período matutino, sendo agendadas, em média, seis crianças a cada quinta-feira para a consulta médica. A continuidade do cuidado a esses bebês ocorre apenas por meio dessas consultas médicas, que são agendadas conforme a disponibilidade de vaga na agenda do serviço. Antes da consulta, as crianças são pesadas, algumas pela enfermeira, outras pelos médicos residentes. A pesagem é anotada manualmente na ficha de atendimento pelos profissionais que realizaram o procedimento, e a repassam ao médico. As demais informações sobre a saúde da criança são coletadas durante a consulta médica que são acompanhadas pelos residentes.

Quando há a necessidade de avaliação da criança por uma equipe multiprofissional como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, entre outros, ela é referenciada para um serviço especializado, via sistema de regulação do município (SISREG). Quando isso acontece, as crianças permanecem aguardando, no domicílio, serem chamadas para o atendimento que ocorre conforme a disponibilidade de vagas do serviço regulado.

Destaca-se que o acompanhamento da condição de saúde do RN, após a alta da unidade neonatal, não está formalizado em documentos ou fluxos do serviço. Por tanto, não há um fluxograma para a continuidade do cuidado ou para o atendimento da equipe, como também não há qualquer tipo de orientação ou protocolos de abordagem e apoio à família para os cuidados do RN no domicílio.

Desde a alta hospitalar, a família é orientada a procurar uma unidade de saúde mais próxima à residência, em caso de o bebê apresentar alguma intercorrência de saúde, bem como para as primeiras doses de vacina.

Fundamentalmente, a continuidade do cuidado ao RN egresso das unidades neonatais do HUMAP segue o seguinte ordenamento: recém-nascidos com peso igual a 1800g recebem alta da UCIN, porém continuam sendo acompanhados semanalmente ou quinzenalmente, conforme a avaliação médica, na própria unidade até completarem 2500g, devido à dificuldade de vagas na agenda de consultas médicas do ambulatório de pediatria. Quando completam 2500g eles recebem a “Carta de alta hospitalar” e são encaminhados para o ambulatório de pediatria, já com a primeira consulta agendada, sendo que as demais consultas são agendadas de acordo com a disponibilidade de vagas do ambulatório de pediatria.

O serviço não possui qualquer controle dos atendimentos realizados aos bebês no ambulatório, nem dos abandonos que ocorrem, bem como não há anotações sobre quantas crianças já foram atendidas, quantas permaneceram em atendimento e por quanto tempo, quantas necessitaram de atendimentos especializados, entre outras informações. Há ainda uma rotatividade da equipe, especialmente a dos médicos residentes e, por vezes, a não continuidade dos atendimentos quando o único médico vinculado ao serviço se afasta por motivos de férias ou outras condições.

Ressalta-se ainda que a enfermeira atua apenas e, eventualmente, na pesagem dos bebês, deixando de exercer importante papel no acompanhamento dessas crianças e no apoio às famílias.

A seguir, o Quadro 1 apresenta os dados sociodemográficos do gestor e da equipe profissional, o Quadro 2 sintetiza os dados sociodemográficos das famílias, e no Quadro 3 a caracterização dos RN segundo tipo de parto, idade gestacional, diagnósticos de internação.

Quadro 1. Dados sociodemográficos do gestor e da equipe profissional participante do estudo

<b>Profissionais de saúde</b>	<b>Idade (anos)</b>	<b>Sexo</b>	<b>Categoria Profissional /Cargo ocupado</b>	<b>Formação</b>	<b>Tempo formação (anos)</b>	<b>Tempo atuação na continuidade do cuidado do RN</b>
P1	56	M	Superintendente do hospital	Administração	34	
P2	51	F	Diretora do Serviço de Neonatologia	Medicina Pediatra	27	
P3	40	F	Médica pediatra	Medicina Pediatra	14	3 anos
P4	41	F	Enfermeira	Enfermagem	20	11 meses

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora

Legenda: M (masculino), F (feminino)

Quadro 2. Dados sociodemográficos das famílias dos recém-nascidos egressos das unidades neonatais

<b>Família</b>	<b>Mãe (anos)</b>	<b>Pai (anos)</b>	<b>Criança (anos)</b>	<b>Escolaridade</b>		<b>Irmãos (nº)</b>	<b>Total Fam.</b>	<b>Residência</b>
				<b>Materna</b>	<b>Paterna</b>			
F1	35	38	7 meses	EM	EM	2	4	CG (MS)
F2	36	45	1 ano e 7 meses	EMI	EMI	2	4	Corumbá (MS)
F3	36	50	5 meses	EM	EF	6	3	CG (MS)
F4	24	48	4 meses	EF	EM	4	3	Paranaíba (MS)
F5	27	25	8 meses	ESI	EMI	0	3	CG (MS)
F6	21	25	10 meses	EF	EMI	0	5	CG (MS)
F7	22	21	7 meses	EMI	EMI	1	4	CG (MS)
F8	31	34	1 ano e 2m	ES	EM	0	3	Jardim (MS)
F9	36	41	1 ano e 4m	ES	EMI	1	4	Costa Rica (MS)

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora

Legenda: EM (ensino médio), EMI (ensino médio incompleto), EF (ensino fundamental), ES (ensino superior), ESI (ensino superior incompleto), CG (Campo Grande), MS (Mato Grosso do Sul).

As nove famílias participantes do estudo foram identificadas como: F1 (Família 1) a F9 (Família 9), e são representadas pelas mães dos bebês, uma vez que foram elas que compareceram no atendimento.

Quadro 3 – Caracterização dos RN segundo tipo de parto, idade gestacional, diagnósticos de internação do bebê e da mãe.

<b>Família</b>	<b>Tipo Parto</b>	<b>IG</b>	<b>Diagnóstico do RN</b>	<b>Diagnóstico Maternos</b>
F1	Cesárea	28s3d	RNPT extremo baixo peso Traço falcêmico	Síndrome Help
F2	Vaginal	33s1d	Meningite Neonatal	Bolsa rota > 18h
F3	Cesárea	33s5d	Sepse Neonatal	DHEG + DMG
F4	Vaginal	32s6d	SDR, icterícia neonatal, seps	Trabalho de parto prematuro
F5	Cesárea	28s	Convulsão, retinopatia zona 2, broncodisplasia	Síndrome Help
F6	Cesárea	33s2d	SDR, anemia grave	Gemelar (G1 acardico)
F7	Cesárea	34s3d	Icterícia neonatal, exposição vertical a sífilis	Síndrome Help
F8	Vaginal	33sem1d	SDR	Hiperetensa
F9	Cesárea	36s3d	SDR, AIG	Restrição de crescimento intrauterino

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora

Legenda: IG (idade gestacional), s (semanas), d (dias), SDR (síndrome do desconforto respiratório, AIG (adequado para idade gestacional), Gêmeo Acardico (que não se desenvolve adequadamente).

A seguir, serão apresentadas as perspectivas do gestor e dos profissionais de saúde quanto a organização, o atendimento e a continuidade do cuidado ofertado aos recém-nascidos de risco, as quais seguem descritas a partir do tema “*A (des)continuidade do cuidado ao recém-nascido de risco*” composto pelas categorias: “*A (des)organização do serviço*”, e “*Dificuldades em atender a demanda*”.

### **A (des)continuidade do cuidado ao recém-nascido de risco**

Tanto o gestor quanto os profissionais de saúde entendem a importância de se ter o serviço de seguimento do RN organizado e funcionando no hospital. Demonstram esforços para suprir as necessidades de estruturação e de superar os desafios que encontram para

operacionalizar a continuidade do cuidado e ofertar apoio à família desses bebês. Porém, deparam-se com barreiras operacionais e de recursos humanos que culminam na (des)continuidade do cuidado ao recém-nascido de risco, considerando que há uma (des)organização do serviço e dificuldades em atender a demanda.

### **A (des)organização do serviço**

Para os profissionais a (des)organização do serviço e de um fluxo para nortear o atendimento e a continuidade do cuidado ao recém-nascido é preocupante. Eles desconhecem a existência de protocolos de atendimento e fluxogramas no serviço. Após a alta do RN e a realização da primeira consulta no ambulatório, consulta essa previamente agendada pela equipe na alta hospitalar, a família é orientada a prosseguir com os novos agendamentos para a consulta médica diretamente no ambulatório de pediatria do hospital. Porém, nem sempre esse atendimento ocorre, pois muitas famílias não compreendem a importância do acompanhamento da saúde do bebê, tem dificuldades com o agendamento, e outras não pertencem ao município e, portanto, tem dificuldade em retornar para dar continuidade aos atendimentos. Ademais, a continuidade do cuidado e a necessidade do acompanhamento do RN por outros profissionais de saúde é decidida pelo médico no primeiro atendimento realizado no ambulatório de pediatria, pois o serviço não dispõe de todas as especialidades médicas e de equipe multiprofissional.

A (des)organização do serviço fica clara quando os profissionais descrevem saber apenas que as crianças são acompanhadas, mas desconhecem como esse acompanhamento acontece na prática.

*[...]eles são acompanhados no hospital, só isso que eu sei. (Relato do P1)*

*Na verdade, eu não faço ideia de quantas crianças são escritas, mas todas as crianças que necessitam desse atendimento são agendadas nesse ambulatório. (Relato do P2)*

*[...]não escrita, né, ainda não [...] mas a gente, nesse momento, está sendo feito protocolos, ainda iniciando esses protocolos. (Relato do P2)*

*Não, não existe nenhum protocolo estabelecido dentro do hospital não, nada. (Relato do P3)*

*Olha não tem nada escrito, não tem o fluxograma do programa ou coisa assim, vejo que, na prática, as crianças, após a alta, os pais são orientados a virem no ambulatório marcar consulta, eles passam pela pediatria em puericultura e, após isso, eles veem a necessidade de algum outro acompanhamento conforme evolução da criança ou exames da criança. (Relato do P4)*

Para os profissionais da equipe, a inexistência de um fluxograma desenhado para melhor compreensão e condução dos atendimentos, de modo a uniformizar as ações dos mesmos, bem como a ausência de protocolos e normativas institucionais, dificultam a implantação e a operacionalização do programa de seguimento do RN, e a continuidade do cuidado pela equipe profissional. Do modo como o atendimento ambulatorial ao RN está funcionando atualmente, ele não possibilita o acompanhamento do bebê de forma eficaz, segundo a perspectiva dos profissionais. Muitas crianças são referenciadas para outros serviços para complementação da avaliação da condição clínica do bebê, e outras são atendidas em unidades de saúde do município.

*Esses pacientes são referenciados e atendidos em outros lugares, o paciente sai com o papel com a regulação para inserir a solicitação da vaga no SISREG e fica no aguardo da vaga em alguma clínica via SUS de Campo Grande, os que precisam por exemplo de fisioterapia, terapia ocupacional, normalmente são avaliados na APAE ou na FUNCRAF ou outros lugares que tem atendimentos multidisciplinares, mas não tem como acompanhar. (Relato do P3)*

*Às vezes o bebê é atendido aqui, mas ele precisa, ele tá por exemplo com muito baixo peso necessitando de acompanhamento mais contínuo, aí ele é atendido na rede básica, entendeu, ou o bebê, ele é um bebê que vomita sempre né, então ele é atendido também na rede básica ou ele adquire uma doença respiratória porque é muito frequente nesses prematuros que ficou muito tempo em ventilação mecânica, então também é atendido na rede básica. (Relato P2)*

*[...] eu nunca vi nada um fluxo escrito desse programa, não tenho conhecimento dele né até acho que se tivesse facilitaria muito a vida de todo mundo né, ficaria as coisas mais claras, mais objetivas, talvez a gente conseguia otimizar mais o serviço [...] a criança passa pela consulta, quando o médico detecta as necessidades da criança aí eles fazem os encaminhamentos, eu sei que as crianças saem encaminhadas e é tudo feito pela sistema de regulação. (Relato P4)*

Entretanto, embora haja a referência por parte da equipe de que há uma articulação do serviço com a rede municipal básica de atenção à saúde, essa informação fica contraditória na descrição dos participantes do estudo:

*Na verdade, além do atendimento aqui no ambulatório com a J., nós também deixamos amarrado com a SESAU próximo a unidade onde a paciente e o bebê moram, um acompanhamento, também, de mais de perto, por exemplo se o bebê é um bebê anoxiado, se ele precisar de uma passagem de sonda enteral ou aspiração ele vai encontrar apoio na rede básica. (Relato P2)*

*[...] a princípio desconheço que tenha uma articulação com a rede básica de atenção, então a unidade básica de saúde não, até desconheço que ele seja referenciado diretamente a unidade básica de saúde. (Relato P3)*

*[...] não tenho conhecimento e ninguém me falou, mas teria que ter o fluxo escrito desse programa e das articulações, uma disseminação, educação, para todo mundo que faz parte, que atende essas crianças terem conhecimento, saber como agir, quem procurar, onde procurar, de que forma, acho que ficaria mais fácil para todo mundo. (Relato P4)*

Por ser um hospital escola, os profissionais destacam que poderia haver maior organização e a participação de alunos da área da saúde, além de uma equipe multiprofissional atuando em conjunto, de modo a concentrar o atendimento e o acompanhamento dos bebês no próprio serviço.

*Eu acho que os maiores desafios são mesmos o da gente conseguir todos os profissionais dentro do mesmo espaço, dentro de um mesmo local de atendimento, porque esses pacientes são atendidos aqui pelos médicos, e outros lugares por fisios, ficam muitas vezes em vários lugares, em vez de serem acompanhados num mesmo local para continuidade do tratamento. Poderia haver mais organização e alguma integração entre os demais cursos da área da saúde. (Relato do P3)*

*Como não há equipe multiprofissional atuante no serviço, a parte de fono, fisioterapia era realizada pela UCDB (uma universidade da cidade) que acompanhava alguns pacientes. (Relato do P2)*

A (des)organização é evidenciada ainda quando não há clareza dos profissionais de quantas crianças estão inscritas e são acompanhadas no serviço, e em como elas vem sendo atendidas.

*Não, isso vai ser a equipe que trabalha com isso mesmo. (Relato do P1)*

*Na verdade, eu não faço ideia de quantas crianças são escritas, mas todas as crianças que necessitam desse atendimento são agendas nesse ambulatório. Nosso ambulatório funciona quinta-feira de manhã, toda quinta-feira de manhã. Agenda é feito pela Dra. J. e, então eu não posso saber quantos pacientes que é marcado. (Relato de P2)*

Os profissionais desconhecem a existência de estrutura ou apoio à família no serviço para o manejo e a continuidade do cuidado ao RN no domicílio. Quando avaliam ser necessário certo tipo de apoio, eles recorrem ao serviço social do hospital para que a família seja atendida em alguma demanda específica. Entretanto, iniciativa isolada relativa à orientação das mães sobre vacinas, é mencionada. Essas orientações, quando necessárias, ocorrem em uma sala do ambulatório de pediatria.

*Ainda não, talvez pela rede básica esse apoio familiar. (Relato P2)*

*Não, eu desconheço esse apoio direto a família, algumas vezes a gente consegue contato com o serviço social e eles fazem essa ponte entre o hospital e a família, mas uma ajuda direta não existe. (Relato P3)*

*[...] tem uma sala de vacina que eu tenho feito acompanhamento e orientação das mães que estão com a carteira atrasada de irem lá fazer, eu fiz uma pactuação com a enfermeira I., foi uma coisa pessoal, nada estruturado e tal, então eu e a técnica a gente sabe se alguma mãe precisar de vacina a gente encaminha para sala de vacinação da universidade. [...] Eu nunca ouvi falar, apoio psicológico nunca vi nenhuma psicóloga por aqui, eu sei que algumas crianças fazem, as médicas encaminham e é marcado consulta para as crianças, não sei se para as famílias também ou cuidador. (Relato P4)*

### **Dificuldades em atender a demanda**

Para os profissionais, o serviço da maneira como está estruturado não tem capacidade de atender à demanda atual. Na perspectiva deles, o fato de os atendimentos no ambulatório ocorrerem apenas uma vez por semana, com número reduzido de vagas, e os recursos humanos existentes não serem suficientes, dificulta o acompanhamento e a continuidade dos cuidados a todos eles.

*[...] você tem uma quantidade de pessoas e de profissionais para atender dentro da nossa estrutura e quando você é porta aberta aquilo dobra e triplica, se não tem como calcular, se precisa de gente pra atender aquilo ali, então isso gera transtornos. (Relato de P1)*

*Na verdade, esse programa existe, mas pelo número que tem de pacientes no momento, talvez ele ainda não comporta totalmente, então o paciente sai de alta hoje, às vezes não tem uma consulta tão próxima como a gente gostaria. Porque nós não temos, na verdade, capacidade de atender tanto paciente em um dia só da semana, talvez a gente tenha que aumentar esse número de dias de atendimento para poder comportar todos esses que tem aumentado muito número de prematuros, o número de bebês com algum tipo de problema doenças infecto contagiosas, como sífilis aumentou muito. (Relato de P2)*

*No ambulatório de seguimento a gente agenda 6 pacientes e eles são atendidos todas as quintas-feiras, 6 pacientes a cada quinta-feira, por mês atendidos 24 bebês ou crianças[...] o ideal seria até 6 meses que a consulta fosse mensal, mas infelizmente não temos quantidade de vagas para atender os bebês com essa frequência, então eles são reavaliados conforme a disponibilidade de vaga no ambulatório. Na verdade, facilidade não existe, não existe nenhuma facilidade. (Relato de P3)*

*[...]as mães vão marcando conforme calendário de consulta e disponibilidades dessas consultas. Nem sempre conseguem vaga. (Relato de P4)*

Por conta disso, os bebês permanecem na UCIN até que o peso deles atinja 2.500g e possam ser encaminhados para o ambulatório de pediatria para que sejam atendidos e

acompanhados. Até adquirirem esse peso, eles recebem cuidados e acompanhamento semanal na unidade neonatal. Entretanto, devido ao número insuficiente de vagas, o primeiro atendimento da criança no ambulatório ocorre, muitas vezes, após dois ou três meses após a alta, o que impacta na continuidade dos cuidados.

*[...] então esses bebês na alta, por exemplo com 1800g, ainda a gente os acompanha até 2500 aqui na unidade neonatal mesmo [...]. (Relato de P2)*

*Os bebês prematuros que receberam alta a baixo de 2500g na UCIN, até atingirem esse peso, eles são acompanhados semanalmente dentro do hospital, numa sala ao lado da UTI e são acompanhados, semanalmente, peso e questões relacionadas ao exame físico, até atingirem 2500g, depois de atingirem 2500g são acompanhados no ambulatório. Como a gente não tem quantidade de vaga suficiente, muitas vezes essas consultas são realizadas com tempo de espera muito longo, de 2 meses, 3 meses, depois das altas do paciente, então os residentes do hospital quando dão alta do paciente já agendam esse ambulatório. (Relato de P3)*

Para os profissionais, a dificuldade em atender a demanda poderia ser minimizada se melhorassem a infraestrutura, com o aumento do número de salas no ambulatório, o que possibilitaria o atendimento de maior número de crianças. Além disso, potencializar os recursos humanos disponíveis, tanto profissionais, quanto acadêmicos.

*Sugestão seria a ampliação do número de salas para atendimento, a gente tem disponível residentes para atender, acadêmicos para atendimentos também, se tivesse um local de atendimento maior a gente conseguiria aumentar o número de consultas mensais e outra sugestão seria o atendimento da equipe multidisciplinar no mesmo local, já que nós estamos dentro do hospital universitário de uma universidade em que a gente tem acadêmicos de outras especialidades que podem acompanhar no mesmo local. (Relato de P3)*

*Nós não temos capacidade de atender tanto paciente, talvez se melhorar a estrutura, e ter mais profissionais. (Relato de P2)*

A seguir, a perspectiva das famílias, aqui representadas pelas mães, quanto ao atendimento do serviço e a continuidade do cuidado ofertado ao RN após a alta hospitalar estão apresentadas por meio do tema: “**Satisfação com o atendimento**”. Para elas o bebê estar sendo acompanhado em um serviço de referência traz alívio e segurança. Sentem-se satisfeitas com o atendimento e a atenção dada pelos profissionais no acompanhamento do RN. O tema “**Satisfação com o atendimento**” é melhor compreendido nas categorias: “**Valorização do atendimento médico**”, uma vez que as mães tomam por base essencialmente a consulta médica como referência do acompanhamento do bebê; e “**Facilidades e dificuldades para o**

*acompanhamento do RN no serviço”, que diz respeito a acessibilidade e desafios para o comparecimento e a continuidade aos atendimentos do bebê.*

### **Valorização do atendimento médico**

Embora o atendimento do RN seja realizado por profissionais da equipe médica e pela enfermeira, as mães valorizam o atendimento do médico. A continuidade do cuidado é percebida por elas como sendo papel único e exclusivo do médico, não considerando a necessidade de outros atendimentos ou profissionais. Sentem-se satisfeitas, pois para elas o atendimento do médico é suficiente:

*Esse quadro que atende a L. hoje é suficiente, graças a Deus faz todos os exames, ela é bem acompanhada. (Relato da F1)*

*Pra mim é bom, a última vez que ele veio foi em outubro, e está voltando agora e está sendo ótimo. Não sinto falta de outros profissionais. (Relato da F2)*

*[...]estou bem satisfeita, ela está fazendo acompanhamento de 3/3 meses, a evolução dela está super ótima, não tenho nenhum problema com isso, os exames dela está dando tudo certo, e a médica acompanha super bem ela. (Relato da F3)*

*[...]a equipe é maravilhosa, sempre foi tudo maravilhoso, não tem nada pra acrescentar. (Relato da F5)*

*Tudo indo certinho, a médica examina, me explica, estou satisfeita. (Relato da F6)*

*Estou gostando, ele é atendido, acompanhado conforme os dias da consulta, estou gostando. (Relato da F7)*

Para as mães a valorização do atendimento médico é considerada também quando elas observam o domínio e a atenção dispensada na avaliação da criança o que as fazem sentirem-se confiantes e seguras. Elas consideram que as habilidades técnicas da equipe são compatíveis com um cuidado de excelência, pois a criança é assistida em suas necessidades de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, e prevenção de agravos à saúde.

*Eu estou gostando, achei excelente, sempre foi acompanhada desde que saiu da unidade neonatal[...]ela está desenvolvendo mais, essas coisas[...]está sendo bem acompanhada, evolução dela a cada dia está sendo bem e progredida graças a Deus[...]. (Relato da F1)*

*Não, pra mim está excelente, não tenho do que reclamar daqui não. A médica examina, pede exames se precisar. (Relato da F2)*

*Quando eles (a equipe médica) analisam, fazem os testes, a gente fica mais tranquila né, porque fica sabendo que está bem. (Relato da F4)*

*Sim, tem sido tranquilo, a pediatra atende, faz exames e tudo. (Relato da F5)*

*Pra mim de ser avaliado pela médica é essencial, até liberar ele muito bom, me deixa tranquila, pelo que ele já passou facilita bastante. (Relato da F8)*

*Está sendo bom, ela é bem assistida, acompanham o desenvolvimento, vê se está tudo certo porque eles entendem melhor. Não se compara a um atendimento particular, aqui é bem melhor, desde a uti até agora. (Relato da F9)*

Embora haja a participação da enfermeira e, eventualmente, de outros profissionais na equipe de acompanhamento do RN, as mães percebem a atividade da enfermeira como não essencial, pois a participação dela é apenas na pesagem do bebê. Para as mães, o atendimento do médico é valorizado:

*[...]a pediatra atende, a enfermeira ajuda na triagem, só pesa. (Relato da F1)*

*[...] A Dra., pediatra dele faz os atendimentos, a enfermeira ajuda na triagem. (Relato da F2)*

*A Dra. (médica) pediatra que atende, e ela (a criança) começou agora acompanhamento na APAE, com fisioterapeuta, nutricionista, aqui (o HUMAP) quem encaminha para lá. E também ela passa pela enfermeira aqui para pesar, o que as vezes é feito pela residente. (Relato da F3).*

*A pediatra atende, é suficiente para mim. (Relato da F4)*

*[...] Pediatra, neuro, fisio do projeto respira, a enfermeira só na triagem. (Relato da F5)*

*[...] atende a enfermeira só no peso e a pediatra que avalia ele. (Relato da F8)*

*De profissional que atende, só pediatra só. (Relato da F9)*

### **Facilidades e dificuldades para o acompanhamento do RN no serviço**

As mães consideram-se privilegiadas por conseguirem ser atendidas e ter consulta com o médico pediatra. Ao serem indagadas sobre a equipe multidisciplinar, as mães do estudo referem que o médico pediatra supri as necessidades e demandas da criança, pois observam o seu crescimento e desenvolvimento evoluírem. Por morarem longe da capital e, portanto, distantes de recursos em saúde para o bebê, consideram essencial virem ao atendimento quando

agendado. Ainda, ter infraestrutura e apoio são percebidos por elas como facilidades para o comparecimento aos atendimentos:

*Graças a deus estou sendo atendida, graças a Deus a L. está sendo bem acompanhada, a evolução dela a cada dia está sendo bem melhor e progredida graças a Deus. Ela está desenvolvendo mais. Eu venho tranquila, de boa, saio do serviço só para cuidar dela, tenho apoio. (Relato da F1)*

*A condução da prefeitura de corumbá trás, aqui temos a casa de apoio que traz e leva até aguardar o retorno pra nossa cidade. Isso facilita muito! (Relato da F2)*

*Eu tenho veículo próprio, é tranquilo para mim. (Relato da F3)*

*Pra mim está sendo tudo bom, já fica tudo agendado, venho pelo ônibus da saúde de Paranaíba. (Relato da F4)*

*[...] eu fico vendo o desenvolvimento dele. (Relato da F7)*

*É bom, acho bom, eu que sou de fora, na minha cidade não tem esses atendimentos, é escasso de pediatria. (Relato da F8)*

Entretanto, as mães residentes em cidades do interior do estado referem dificuldade financeira para comparecer ao atendimento, pois precisam gastar com combustível, hospedagem, transporte, além do deslocamento ser cansativo.

*A dificuldade é de ficar indo e voltando lá em Corumbá (cidade do interior do estado) para conseguir isso, porque tem que ser eu. É muito cansativo. (Relato da F2)*

*Não tenho facilidades, tenho dificuldade pra vir porque nem sempre consigo, porque gasto vinte e cinco reais pra vir e vinte e cinco para voltar de UBER e nem sempre tenho esse dinheiro. (Relato da F5)*

*Facilidades não tenho, tenho dificuldades porque moro na fazenda e gasto muito com combustível pra vir. (Relato da F6)*

*Dificuldade é pra vir, porque moro em outra cidade que é Jardim, tudo é muito caro e venho por conta própria, fico em hotel, é complicado. (Relato da F8)*

*[...] é ruim o deslocamento né, cansativo, venho de Costa Rica (cidade do interior do estado), venho com ônibus da escola, fico na casa de apoio aqui, mas é muito cansativo. (Relato da F9)*

Além disso, para algumas delas a ida para o atendimento implica em ter que organizar a dinâmica familiar, sendo que o marido precisa ficar em casa para cuidar das demais crianças

o que implica, por vezes, em um dia de trabalho sem receber. Além da organização da casa, há a necessidade de ajustes no trabalho:

*É em relação a serviço mesmo, em relação ao horário, pois preciso organizar as coisas em casa e no serviço, no meu trabalho. (Relato da F3)*

*Pra vir mesmo, pego ônibus cedo demais e tenho que deixar tudo organizado. (Relato da F7)*

*[...] e também temos que nos organizar eu e meu marido para não trabalhar no dia e vir. (Relato da F8)*

As mães relatam ainda que o contato telefônico com o serviço é muito difícil, gerando insegurança para elas se deslocarem de outra cidade para o atendimento do bebê sem que haja a confirmação do mesmo. Dessa forma, dependem sempre da colaboração de pessoas que moram em Campo Grande para que confirmem pessoalmente o agendamento da consulta.

*Outra dificuldade é que aqui é difícil atender o telefone, e pra quem mora fora fico preocupada até confirmar, pra não vir à toa, aí como a minha mãe está aqui pra cirurgia eu pedi para minha tia vir confirmar ontem para mim, pra ver se ela tinha consulta, porque vir, gastar gasolina, hotel e não ter a consulta é ruim. (Relato da F4)*

*Sobre o atendimento da recepção, muito difícil, não atendem telefone e quando a gente consegue são muito grossas, tem que melhorar, no meu caso que sou de fora é complicado, me disseram que sempre foi assim, mas esse sempre tem que mudar né. (Relato da F8)*

*Referente a contato aqui, a gente liga aqui e é difícil atender, tive que pedir pra uma pessoa de lá vir aqui pra confirmar, porque aqui não atende, tipo assim tinha que ter um canal mais direto. (Relato da F9)*

Embora as mães descrevam sua satisfação com o acompanhamento que o bebê recebe no ambulatório do HUMAP, elas relatam que precisam buscar atendimento complementar em outros serviços. Nem sempre as cidades dispõem do acompanhamento de que o bebê precisa, o que onera ainda mais a família que precisa buscar recursos na capital. Além do mais, os atendimentos no serviço são demorados e, por vezes a criança necessita de um acompanhamento mais frequente:

*[...] precisa acompanhar na APAE também, lá ela faz fisio e TO, aqui não tem esse atendimento. (Relato da F1)*

*[...] os outros atendimentos eu levo lá no CEM de Corumbá. (Relato da F2)*

*Alguns atendimentos fazemos na APAE, e quando precisa ou eu tenho dúvida eu marco consulta particular porque aqui é só a cada 3 meses. (Relato da F3)*

*De recursos complementares eu busco em Paranaíba por pediatra quando não venho aqui. Aqui o atendimento demora para ser agendado. (Relato da F4)*

*Sim, ela também vai na APAE, e no projeto respira, tudo encaminhado daqui. (Relato da F5)*

*Levamos ela na APAE, daqui do atendimento eles já mandam pra lá. Poderiam melhorar e ampliar o atendimento para ser mais rápido, porque demora muito para ela ser chamada, fica um tempo longo sem ser atendida. (Relato da F6)*

*Na APAE, aqui já sai encaminhado pra lá. Aqui não tem os atendimentos. (Relato F7)*

*Em caso de urgência buscamos o posto da minha cidade com clinico geral mesmo. Na minha cidade não tem esse atendimento de pediatra. (Relato da F8)*

*Não só aqui mesmo. Teve caso que ela precisou de avaliação porque estava gripada, ruinzinha, aí levei na minha cidade e eu levei num consultório particular. (Relato da F9)*

As mães buscam oferecer aos bebês os cuidados que estão ao seu alcance, acolhendo as orientações que recebem dos profissionais que atendem o RN. Estimulam o bebê e fazem exercícios de acordo com o que foi orientado. Entretanto, relatam necessitar de mais informações que nem sempre estão ao seu alcance:

*Ela faz fisioterapia, eu faço os exercícios com ela, eu coloco música pra ela, danço com ela, canto e faço canguru. (Relato da F1)*

*Me orientaram a não ficar dando suco, refrigerantes, doces, essas coisas, eu não dou, só a fruta mesmo, eu tento seguir o máximo que o pediatra passa pra ele. (Relato da F2)*

*Em relação a higiene e o desenvolvimento dela, que eu pegava muito e não deixava ela desenvolver, e a Dra. falou que tenho que soltar ela para o melhor desenvolvimento dela. (Relato da F3)*

*Gostaria de mais informação e orientação sobre as mamadas né, que eu só dou peito, não dou complemento, ela passou vitamina que foi bom e a lavagem do nariz que tem muita secreção. (Relato da F4)*

*Eu faço os exercícios para o desenvolvimento, eu faço em casa como a médica explicou. (Relato da F5)*

*Preciso de saber mais sobre postura, alimentação dele, pra ver se está tudo normal, pra ajudar no desenvolvimento dele em casa. (Relato da F7)*

*Questão dos exercícios para fazer com ele, tanto a fisio quanto a fono fala para fazer com ele, cardápio para alimentação dele, ele é difícil pra comer, logo tenho que ficar me reinventando todos os dias para dar coisas saudáveis pra ele. (Relato da F8)*

*Eu tenho dificuldade com a alimentação. Gostaria de saber mais em relação a alimentação saudável, porque hoje em dia é difícil né. (Relato da F9)*

## 5 DISCUSSÃO

Este estudo buscou analisar a continuidade do cuidado ofertado ao recém-nascido de risco na perspectiva do gestor, dos profissionais de saúde e familiares de um hospital escola de Mato Grosso do Sul.

Dos 13 participantes do estudo, um é gestor e três são profissionais de saúde, sendo três do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades que variaram de 40 a 56 anos, com tempo de formação mínima de 14 anos e tempo de atuação no programa de seguimento do RN média de 7 anos. Quanto aos familiares nove integraram o estudo, todos representados pela mãe, com idades que variaram de 21 a 36 anos.

Tanto o gestor quanto os profissionais de saúde entendem a importância de se proporcionar a continuidade do cuidado ao RN e o serviço de seguimento organizado e funcionando no hospital. Entretanto, deparam-se com barreiras operacionais e de recursos humanos e estruturais que culminam na **(Des)continuidade do cuidado** ao recém-nascido de risco, evidenciada pela **(Des)organização do serviço** e **Dificuldades em atender a demanda**. O modo como o serviço está organizado impossibilita o acompanhamento adequado a todos os RN, bem como o compartilhamento de informações e controles no próprio serviço, e com os demais serviços para os quais os RNs são encaminhados. A ausência de protocolos e fluxos dificultam a operacionalização dos atendimentos e a continuidade do cuidado.

Os atendimentos aos RNs ocorrem apenas uma vez por semana no ambulatório de pediatria do hospital, por tanto, não supre a necessidade e a demanda dos bebês que recebem alta das unidades neonatais. As crianças são acompanhadas e reavaliadas pelo médico pediatra, conforme vaga disponível. O agendamento dos atendimentos e retornos subsequentes à primeira consulta do bebê são realizados pelas próprias mães na recepção do ambulatório, sempre de acordo com a disponibilidade de agenda do serviço. Esses atendimentos, ocorrem em intervalo de três meses ou mais.

É consenso na literatura que neonatos de alto risco, incluindo RNPT, devem ser acompanhados de forma diferenciada, sistemática e frequente (BRASIL, 2004). Nesse sentido, recomenda-se programas estruturados e especializados de modo a garantir a continuidade do

cuidado, promover a saúde, e capacitar pais e familiares para o cuidado. Além disso, é necessário que haja o compartilhamento de informações entre os profissionais que atuam no atendimento do bebê, e entre os profissionais e a família, de maneira a prevenir e detectar precocemente possíveis complicações, doenças ou condições, reduzir a morbimortalidade, sequelas comportamentais, motoras e ou do neurodesenvolvimento infantil (WHO, 2018).

A falta de estrutura para o adequado atendimento, como as limitações de horário, e a periodicidade das consultas, fragiliza o vínculo com a mãe/cuidador/família e favorece a evasão deles nos atendimentos (DINIZ *et al.*, 2019). A dinâmica de determinados serviços pode dificultar o atendimento integral e de qualidade às crianças (VIEGAS, CARMO, LUZ, 2015).

O serviço estudado não possui fluxograma, nem qualquer protocolo documentado. Para os profissionais da equipe, a inexistência de um fluxograma desenhado para melhor compreensão e condução dos atendimentos, de modo a uniformizar as ações dos mesmos no serviço, bem como a ausência de protocolos e normativas institucionais, dificultam a implantação e a operacionalização do programa de seguimento do RN, e a continuidade do cuidado pela equipe profissional.

Para Almeida *et al.*, (2016) os protocolos podem ser utilizados como instrumentos norteadores nos serviços, permitindo um melhor direcionamento nas condutas adotadas pelos profissionais. Podem ser implementados como forma de organizar os serviços sistematizando a assistência, contribuindo para maior adesão dos profissionais, estabelecendo maior vinculação ao processo de cuidado.

Conforme relatos dos profissionais participantes do estudo não há troca de informações entre a equipe multiprofissional, sobre os atendimentos realizados às crianças, pois quando elas necessitam de atendimento de outros profissionais de saúde elas são encaminhadas via SISREG. Em sendo encaminhadas, elas aguardam a vaga e o local que será disponibilizado de acordo com a necessidade da criança. Esse sistema não possibilita uma devolutiva ou troca de informações quanto aos atendimentos que a criança recebe em outros serviços. De acordo com Beleza *et al.*, (2019) um acompanhamento ambulatorial deve ser estruturado e baseado no atendimento multiprofissional. Todos podem trabalhar em sua área de formação, mas quando os diversos profissionais unem seus esforços com participação, conhecimentos e compartilhamento de informações, os maiores beneficiados são as crianças e suas famílias.

Para Correia *et al.*, (2019) a rede de atenção deve atuar de modo integrado, permitindo que as estratégias para o cuidado sejam efetivadas de forma contínua, reconhecendo a interdependência entre as instâncias que assistem a criança, e a família, mantendo a comunicação entre todos os envolvidos.

Entretanto, a continuidade do cuidado, após a alta hospitalar do RN tem sido limitada, pois as crianças demandam cuidados especiais em saúde e critérios para o acompanhamento da condição de saúde tanto em casa, quanto nos serviços especializados. Para tanto, ainda existe uma lacuna no cuidado interdisciplinar e multiprofissional para os transtornos do desenvolvimento infantil. Essa lacuna também diz respeito à dificuldade de compartilhamento de informações entre os diversos setores da rede de atenção (KLOSSOSWSKI *et al*, 2016).

Segundo Kang e Cho (2021), os cuidados primários de acompanhamento após a alta do RN da UTIN inclui elementos como o acompanhamento, a participação e o apoio ao crescimento e desenvolvimento. A continuidade do cuidado deve ter abordagem centrada nos pais e na família e uma abordagem multidisciplinar.

Embora a equipe refira haver uma articulação do serviço de acompanhamento do RN do hospital com a rede municipal de saúde, especialmente em relação à atenção básica de saúde, essa informação fica contraditória na descrição dos participantes que embora alguns refiram existir um acordo para continuidade dos atendimentos ao RNR na rede, esse fato não é consenso entre os demais participantes que desconhecem haver qualquer articulação entre os serviços.

A articulação entre o hospital e a atenção básica de saúde deve se configurar como um leque de cuidados, começando pelo pré-natal, ainda na Unidade Básica de Saúde (UBS), identificando os riscos da gravidez, continuando com a internação da mãe e do recém-nascido e o acompanhamento contínuo do recém-nascido, da mãe e da família em diferentes locais de atendimento, incluindo UBS, serviços especializados ou visitas domiciliares (BRASIL, 2017).

Toda via, um estudo realizado na fronteira buscou compreender como ocorre a continuidade do cuidado ao recém-nascido pré-termo em uma rede de atenção à saúde, em que identificou a necessidade de planejar fluxos de referência e contrarreferência do RNPT, com articulação nos diferentes níveis de atenção em saúde e adequada orientação às famílias. Recomenda que a AB, juntamente com os demais serviços da rede de atenção à saúde, oriente a continuidade do cuidado ao RNPT e sua família. Além disso, aponta as estratégias necessárias para enfrentar as condições que interferem e restringem continuidade do cuidado ao RNPT. O estudo ainda aponta que é necessário o comprometimento dos gestores da saúde pública, pois a existência de serviços e profissionais suficientes para atender o RNPT, com estrutura própria de atendimento domiciliar e condições dignas de trabalho, pode garantir a continuidade do cuidado (BERRES, BAGGIO, 2020).

Ainda, conforme relato de participantes, o hospital em estudo por ser hospital escola poderia organizar melhor a inclusão e a participação de alunos da área da saúde, além de ampliar o quadro com uma equipe multiprofissional atuando em conjunto, de modo a concentrar o

atendimento e o acompanhamento dos bebês no próprio serviço. Para os profissionais, a dificuldade em atender a demanda poderia ser minimizada se melhorassem a infraestrutura, com o aumento do número de salas no ambulatório, o que possibilitaria o atendimento de maior número de crianças. Além disso, potencializar os recursos humanos disponíveis, tanto profissionais, quanto acadêmicos.

Os profissionais do estudo destacam que após a alta hospitalar os RNs permanecem em atendimento na unidade neonatal até que o peso deles atinja 2.500g, devido à ausência de vagas para o atendimento no ambulatório de pediatria. Recebem cuidados e acompanhamento semanal ou quinzenal, conforme a avaliação médica. Entretanto, devido ao número insuficiente de vagas, o primeiro atendimento da criança no ambulatório ocorre, muitas vezes, após dois ou três meses após a alta, o que impacta na continuidade dos cuidados.

Um estudo que objetivou analisar a continuidade do cuidado de prematuros em um município do interior de Minas Gerais revelou as diferentes formas de acesso das famílias às redes de atenção à saúde por meio do uso misto de serviços públicos e privados e serviços de saúde fragilizados. Também destaca a necessidade de melhorar o acesso aos serviços e mais apoio profissional diante de diversas condições para que a continuidade do cuidado ao prematuro seja realmente efetiva (OLIVEIRA et al., 2019).

Relativo à perspectiva das famílias, aqui representadas pelas mães, elas se dizem satisfeitas com o atendimento. A *Satisfação com o atendimento* decorre do fato de que o bebê está sendo acompanhado em um serviço de referência o que traz alívio e segurança. Sentem-se satisfeitas com o atendimento e a atenção dada pelos profissionais no acompanhamento do RN. Entretanto, valorizam o atendimento médico e discorrem sobre as facilidades e dificuldades que encontram. A *Valorização do atendimento médico* é evidenciada, pois as mães tomam por base essencialmente a consulta médica como referência do acompanhamento do bebê, pois é ele quem de fato realiza o atendimento. Para a continuidade de cuidado ao RN as *Facilidades e dificuldades para o acompanhamento do RN no serviço* apontadas por elas dizem respeito à acessibilidade e os desafios que enfrentam para o comparecimento aos atendimentos do bebê.

A acessibilidade ao profissional especialista para o atendimento ao bebê, aqui representado pelo médico pediatra, parece satisfazer a expectativa das mães e favorecer a adesão delas à continuidade do cuidado no serviço. Além disso, quando o profissional supre as necessidades de saúde da criança dispensando atenção e esclarecimentos sobre sua condição de saúde, as mães sentem-se satisfeitas, confiantes e seguras.

Embora haja a participação eventual da enfermeira do ambulatório de pediatria no acompanhamento do RN, as mães percebem a profissional como não essencial na equipe, pois a participação dela é apenas na pesagem do bebê. Desse modo valorizam o atendimento médico.

O enfermeiro, como parte da equipe profissional, deve desenvolver estratégias para considerar os fatores relacionados às necessidades de saúde do recém-nascido, a fim de garantir sua dignidade e respeito e evitar interrupções no acompanhamento dos familiares (DUARTE *et al.*, 2020).

Nesse contexto, o enfermeiro atua como o profissional capaz de articular as ações cabíveis, tais como o planejamento, a educação continuada, a orientação e treinamento dos pais, encaminhamentos para outras especialidades, visita domiciliar, dentre outras. Estudos revelam o trabalho do enfermeiro no ambulatório e salientam a efetividade de seu papel, evidenciando em seus resultados que a assistência do enfermeiro tende a melhorar o cuidado materno, bem como subsidiar o processo de crescimento e desenvolvimento do RN (BELEZA *et al.*, 2019).

Ao atuar no ambulatório de seguimento, o enfermeiro apresenta-se como articulador na integração do serviço ambulatorial com a maternidade, UTIN e a ESF, sustentando a responsabilidade compartilhada no cuidado à criança entre os diferentes serviços, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Uma estratégia de articulação entre os serviços é a visita domiciliar, que pode ser compartilhada entre os enfermeiros das unidades neonatais hospitalares e os da estratégia-saúde da família, durante o primeiro ano de vida destes bebês, fase em que estão expostos a maiores riscos de morbidades e vulnerabilidades. Tal estratégia comprova o papel efetivo desses profissionais na referência e contrarreferência (BELEZA *et al.*, 2019; XAVIER, BERNARDINO, GAÍVA, 2020).

O enfermeiro pode, ainda, elaborar estratégias que levem em consideração os fatores predisponentes quanto às carências na saúde do neonato como intuito de frear a descontinuidade do cuidado no seguimento. Aqui se ressalta a importância da compreensão dos riscos de alterações do crescimento e desenvolvimento e as peculiares necessidades da criança egressa de unidade neonatal, pelos pais ou cuidadores, fatos estes que são essenciais para a continuidade do cuidado (DUARTE *et al.*, 2020).

De acordo com a Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986, a consulta de Enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro. A Resolução COFEN 358/2009 resolve que, quando realizado em instituições prestadoras de cuidados de saúde ambulatoriais, nos domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o processo de enfermagem em saúde corresponde ao que é habitualmente referido nestes contextos como consulta de enfermagem (BRASIL, 2009). Ela é importante para avaliar o crescimento e desenvolvimento do RN, além

de ser uma oportunidade para identificar fatores fisiológicos, familiares e sociais, que podem impactar na qualidade de vida da criança.

O momento da consulta de Enfermagem privilegia a aproximação do profissional com a família em uma atmosfera de parceria no cuidado do RN (COSTA *et al.*, 2012). Está fundamentada, de acordo com Resolução nº 358/2009, na ação sistematizada do processo de enfermagem (PE) composto pelo histórico e exame físico, diagnósticos de enfermagem, prescrição de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem, em todos os ambientes, públicos ou privados, que possui cuidado profissional do enfermeiro (BRASIL, 2009).

Segundo Oliveira, (2014), a consulta de enfermagem à criança é entendida como uma abordagem de enfermagem que o enfermeiro utiliza para promover, proteger e restaurar a saúde da criança e de sua família. Para tanto, inclui as ações preconizadas na política nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a saber: acompanhamento regular e sistemático do crescimento e desenvolvimento infantil, imunizações, prevenção de acidentes e violências, atenção à Doença infantil prevalente, amamentação, alimentação complementar saudável e prevenção do óbito infantil. (BRASIL, 2015).

A mães participantes do estudo consideram-se privilegiadas por conseguirem ser atendidas e o bebê passar por consulta com o médico pediatra. Ao serem indagadas sobre a equipe multidisciplinar, referem que o médico pediatra supri as necessidades e demandas das crianças, pois observam o seu crescimento e desenvolvimento evoluírem. Porém, que eles são encaminhados para outros profissionais ou médicos especialistas conforme a necessidade. Esse fato traz transtorno na organização familiar e financeira, pois precisam lançar mão de diferentes serviços para o atendimento ao bebê, além de não haver integração multiprofissional e o desenvolvimento de um plano terapêutico singular para essas crianças.

Para Formiga, Silva, Linhares, (2018) a integração das equipes multidisciplinares na continuidade do cuidado, possibilita a identificação precoce intercorrências ou agravos a saúde, bem como para a definição de ações que minimizem atrasos e/ou consequências em um estágio inicial, o que proporciona atenção integral ao bebê e sua família. Cada profissional tem um papel importante, e a troca de informações entre os profissionais da equipe e a família é necessária para se ter um engajamento, e para que a continuidade do cuidado ocorra de forma eficaz (FORMIGA, SILVA, LINHARES, 2018).

Em relação ao deslocamento, as mães participantes deste estudo mencionaram a distância do domicílio ao serviço, o longo tempo dispendido, a insuficiência do sistema de transporte público, a limitação financeira para custear as passagens e diárias, a fragilidade da

rede de apoio e a impossibilidade de ausentar do trabalho, como sendo importantes dificuldades para o acompanhamento do RN no serviço.

A distância do serviço de saúde, a ausência de apoio familiar, a dificuldade de se ausentar do trabalho, a organização do próprio serviço de saúde, a deficiência do transporte público, as condições de saúde da mãe, a falta de compreensão materna sobre a necessidade de cuidados diferenciados de seus filhos são fatores que favorecem a evasão ao seguimento (DINIZ *et al.*, 2019). Um estudo canadense corrobora com este ao apontar que o isolamento e a sobrecarga materna, pouco apoio familiar, a dificuldade de atendimento por limitação de recursos financeiros, e a vulnerabilidade social são fatores que favorecem a evasão ao seguimento; já o apoio familiar, a assistência centrada na família, mãe com recursos financeiros adequados e situação de vulnerabilidade da criança são fatores que favorecem a adesão ao seguimento (BALLANTYNE, *et al.*, 2015).

Já a acessibilidade ao ambulatório, flexibilidade das consultas, comunicação e interação profissional, suporte e orientações para suprir as necessidades das crianças são fatores que favorecem a adesão ao seguimento. Entretanto, as mães sentem a necessidade de mais informações sobre cuidados em saúde, alimentação, e métodos que auxiliam na estimulação do desenvolvimento da criança em casa.

São necessários serviços organizados, com suporte multiprofissional e multidisciplinar, com incentivo para o manejo do AM, ação educativa durante a internação na unidade neonatal e durante o preparo para a alta, incluindo o acompanhamento após a alta (ROSSETO *et al.*, 2018). Além do atendimento aos bebês em clínicas de reabilitação, a atenção primária à saúde deve atuar em conjunto com as equipes multidisciplinares, e com os profissionais que atendem nos ambulatórios para potencializar as ações de proteção, apoio e manutenção do cuidado (FUJINAGA, 2013).

Ademais, o contato telefônico com o serviço é muito difícil, o que gera insatisfação e insegurança nas mães, pois quase sempre não são atendidas. O suporte telefônico e/ou visita domiciliar são estratégias adicionais para atender às necessidades do RN e família após a alta da UTIN. Por exemplo, o suporte telefônico melhora a acessibilidade e a eficiência dos cuidados de saúde, é bem aceito por famílias de crianças vulneráveis e geralmente é aceito por grandes segmentos da população (SILVA *et al.*, 2020)

Moreira, Gaiva (2016) afirmam que a comunicação deve ser mediada pelo diálogo sustentado por relações horizontais de ouvir, comunicar, respeitar valores, saberes, opiniões e modos de ser e agir pautadas na confiança, conexão e participação dos usuários no processo de cuidar.

Se tratando de recém-nascidos de risco, os desafios de manutenção da vida vão além da sobrevivência e dos cuidados prestados em ambiente hospitalar. Uma delas é a garantia da continuidade do cuidado após a alta, assegurando assistência integral e abordando questões específicas de saúde sem interromper a evolução dos eventos, o que transcende o âmbito pessoal e subjetivo do recém-nascido e de sua família (FREITAS et al., 2014).

Ressalta-se que o processo de alta deve envolver articulação da equipe de saúde e famílias a partir do diálogo e vínculo profissional, para facilitar, negociar e acomodar diversos conhecimentos, experiências e desejos, prevendo a construção de planos de alta especializado e individualizado para cada bebê e sua família (GOES, CABRAL, 2017). Assim como o Cuidado individualizado e condicional, presente no diálogo de saberes da equipe multiprofissional, é recomendado por políticas públicas e sustentadas principalmente pelos resultados alcançados nas unidades neonatais (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A continuidade do cuidado de recém-nascidos de risco necessita de organização e implementação de fluxos para o ordenamento do serviço e o atendimento da demanda. O atendimento ao RN é realizado exclusivamente pelo médico, não havendo conexão, nem organização de um plano terapêutico, entre os demais profissionais de saúde que atendem o bebê. A distância do serviço em que a continuidade do cuidado é realizada, e a ausência de apoio às famílias é fator dificultador para a continuidade do cuidado ao RN. Dessa forma, esta pesquisa contribui para se pensar em ações que fortaleçam os serviços e a continuidade do cuidado ao RN após a alta hospitalar. Recomenda-se o desenvolvimento conjunto de protocolos e fluxograma para subsidiar as ações, tanto da gestão ambulatorial, quanto da equipe multiprofissional, e vinculá-las às políticas públicas atuais.

Como limitações do estudo, têm-se a ausência de informações por escrito sobre o serviço estudado e a coleta de dados ter sido realizada apenas em um hospital escola da capital, o que não permite conhecer os demais serviços existentes. Entretanto, o estudo possibilita planejar e implementar uma força tarefa no Hospital Universitário Maria Pedrossian (HUMAP), para que haja ampla cobertura de atendimento e continuidade do cuidado dos RN após a alta das unidades neonatais.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. R. et al. Relato sobre a construção de um protocolo de enfermagem em puericultura na atenção primária. **Rev enferm UFPE** online., v. 10, n. 2, p.683-91, 2016. Disponível em: 10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201640. Acesso em: 20 out. 2022.
- ALVES, T. F.; COELHO, A. B..Mortalidade infantil e gênero no Brasil: uma investigação usando dados em painel. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, Abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.04022019>. Acesso em: 10 mar. 2022.
- AIRES, L. C. DOS P. et al.. Kangaroo-mother care method: a documentary study of theses and dissertations of the Brazilian nurse (2000-2017). *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. Rev. Bras. Enferm., 2020 73(2), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0598>. Acesso em: 26 out. 2022.
- BALLANTYNE, M. et al.. Mothers' and Health Care Providers' Perspectives of the Barriers and Facilitators to Attendance at Canadian Neonatal Follow-Up Programs. **Child Care Health Dev**, v. 41n. 5, p. 722-33, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/cch.12202>. Acesso em: 18 dez. 2022.
- BARRETO, M. S.; ARRUDA, G. O.; GARCIA-VIVAR, C.; MARCON, S. S. Cuidado centrado na família em unidades emergenciais: percepção de enfermeiros e médicos brasileiros. **Escola Anna Nery**, São Paulo, v. 21, n. 2, Nov. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170042>. Acesso em: 12 jan. 2021.
- BELEZA, L. DE O. *et al.*. Profile of at-risk newborns attended by nurses in outpatient follow-up clinic: a retrospective cohort study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, Out. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2301.3113>. Acesso em: 15 mar. 2021.
- BERRES, R.; BAGGIO, M. A.. (Dis)continuation of care of the pre-term newborn at the border. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 3, Mar. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0827>. Acesso em: 18 dez. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações 30 anos/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 208 col.: il. – (Série C. Projetos e Programas e Relatórios). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_30\\_anos\\_pni.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf). Acesso em: 21 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade: módulo 2 / Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 128 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_integrada\\_doencas\\_prevalentes\\_infancia\\_2ed\\_m2.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_integrada_doencas_prevalentes_infancia_2ed_m2.pdf). Acesso em: 22 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil [manual na Internet]. Brasília D.F.: Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno; 2004. 80 p.: il.: color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf). Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução no. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, público ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): COFEN; 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen3582009_4384.html). Acesso em 16 de dez 2022.

BRASIL. [Estatuto da criança e do adolescente (1990)]. Estatuto da criança e do adolescente : lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata[recurso eletrônico]. – 9. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 207 p. – (Série legislação; n. 83). Disponível em: [https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto\\_crianca\\_adolescente\\_9ed.pdf](https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf). Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Portaria nº 1.459, de 24 de junho 2011. Portaria consolidada da Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 27 jun. 2011b, p. 109. Correção na portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, publicada no DOU de 1 jul. 2011, Seção 1, p. 61.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_crescimento\\_desenvolvimento.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf). Acesso em 24 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. Atual - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 4 v.: il. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_recem\\_nascido\\_v1.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf). Acesso em: 23 fev. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html). Acesso em: 10 mar.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html). Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual

técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 340 p. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_metodo\\_canguru\\_manual\\_3e\\_d.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3e_d.pdf). Acesso em: 15 mar 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido : Método Canguru : manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 340 p. : il. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_metodo\\_canguru\\_manual\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf). Acesso em: 20 mar.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Método canguru: diretrizes do cuidado – 1a ed. revisada – [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 80 p.: il. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo\\_canguru\\_diretrizes\\_cuidado\\_revisada.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_diretrizes_cuidado_revisada.pdf). Acesso em: 16 abr. 2021.

BRASIL. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde da Criança. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2021. 72 p.: il. Disponível em: [https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/notatecnica\\_crianca-1-1.pdf](https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/notatecnica_crianca-1-1.pdf). Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Continuidade do cuidado é essencial para prematuros. **Cofen**, Nov. 2022. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/continuidade-do-cuidado-e-essencial-para-prematuros\\_104294.html](http://www.cofen.gov.br/continuidade-do-cuidado-e-essencial-para-prematuros_104294.html). Acesso em: 10 de dez. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 715 de 4 de abril de 2022. Institui a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2022. Disponível em <https://brasilus.com.br/wp-content/uploads/2022/04/portaria715.pdf>. Acesso em 28 nov. 2022.

BARDIN L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2015.

BOURKE-TAYLOR; Helen M.; JANE, Fiona M. Mothers' experiences of a women's health and empowerment program for mothers of a childwith a disability. **J Autism Dev Disord**, v.

48, n. 6, p. 2174-2186, Fev. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3486-0>. Acesso em: 10 mai. 2022.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. **Qualitative Research in Sport, Exercise and Health**, v. 13, 2 ed., p. 201-216, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1704846>. Acesso em: 20 abr. 2021.

CASTRO, A. C. O.; DUARTE, E. D.; DINIZ, I. A. Intervenção do enfermeiro às crianças atendidas no ambulatório de seguimento do recém-nascido de risco. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1159>. Acesso em: 11 jan. 2022.

CHAWANPAIBOON, *et al.*. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. **Lancet Glob Health**, v 7, n 1, e37–46, 2019. Disponível em: 10.1016/S2214-109X(18)30451-0. Acesso em: 20 mai. 2021.

COSTA, L. *et al.*. Significado da consulta de enfermagem em puericultura: percepção de enfermeiras de estratégia saúde da família. **Cienc Cuid Saude**, v 11, n 4, p 792-798, 2012. Disponível em: : 10.4025/cienccuidsaude.v11i4.19414. Acesso em: 15 jun 2022.

CORRÊA, A. R. *et al.*. As práticas do Cuidado Centrado na Família na perspectiva do enfermeiro da Unidade Neonatal. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 4, Out 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150084>. Acesso em: 13 out. 2020.

CORREIA, A.; LOURENÇO, M. Promoção do sono em unidades de cuidados intensivos neonatais: scoping review . **Enfermería Global**, v. 19, n. 1, 527–575., 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.19.1.370941>. Acesso em: 30 jun. 2022.

CRUZ AC, ANGELO M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 4, p 861-865, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i4.18333>. Acesso em: 15 nov. 2020.

DAVIDSON, J. E. *et al.*. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. **CritCare Med**, v. 45, n. 1, p. 103-28, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000002169>. Acesso em: 19 jul. 2022.

DELGADO G. M.; VILLAMIZAR CARVAJAL B. Coping in mothers of premature newborns after hospital discharge. **Newborn Infant Nurs Rev**, v. 16, n. 3, p. 105-9, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.08.007>. Acesso em: 11 ago. 2021.

DINIZ, I. A. *et al.*. Descontinuidade do seguimento ambulatorial de crianças de risco: perspectiva das mães. **Esc Anna Nery**, v. 23, n. 2, e20180248, 2019. Disponível em: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0248. Acesso em: 15 set. 2021.

DUARTE, E. D. *et al.*. Factors associated with the discontinuance of outpatient follow-up in neonatal units. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 3, e20180793, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0793>. Acesso em: 10 out. 2022.

FLORENCIO, G. D. *et al.*. F. Cuidado de enfermagem ao recém-nascido prematuro em um centro especializado: Relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 9, n.11,

e639119539, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9539>. Acesso em: 20 set. 2022.

FREIRE, L. M. *et al.*. Factors associated with non-adherence to outpatient follow-up of neonatal intensive care discharge. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03372, 2019. Disponível em: 10.1590/s1980-220x2017029703372. Acesso em: 7 mai. 2021.

FREITAS, L.F.C.; MOREIRA DA; BRITO, M.J.M. The continuity of care from the perspective of the being cared for. **Cogitare Enferm**, v. 49, n. 4, 2014. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35993/23929>. Acesso em: 20 out. 2021.

FORMIGA, C.K.M.R., SILVA, L.P., LINHARES, M.B.M. Identificação de fatores de risco em bebês participantes de um programa de Follow-up. **Rev. CEFAC**, v. 20, n. 3, p 333-341, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-021620182038817>. Acesso em: 17 abr. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Cuidados Individualizados ao Recém-nascido de Risco. Rio de Janeiro, 21 jan. 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/cuidados-individualizados-ao-rn-de-risco>. Acesso em: 15 nov. 2022.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n.3, p. 20-29 Mai./Jun.1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGrqYfVhr7LvVyDBgdb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 out.2022.

GÓES, F.G.B.; CABRAL, I.E. A alta hospitalar de crianças com necessidades especiais de saúde e suas diferentes dimensões. **Rev enferm UERJ**, v. 25, e18684, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.18684>. Acesso em: 20 jul. 2022.

HAGGERTY, J. et al.. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ (Clinical Research ed.)**, v.327, n. 7425, p. 1219–1221, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>. Acesso em: 16 nov. 2022.

IBGE. Ministério da Saúde. DATASUS/ TABNET. Epidemiológicas e mordidades e estatísticas vitais [Internet]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/> Acesso em: 10 ago. 2022.

INSTITUTE FOR PATIENT – AND FAMILY – CENTERED CARE [IPFCC]. Partnering with patients and families to design a patient – and family – centered health care system: recommendations and promising practices, 2008.

JOHNSON BH, ABRAHAM MR, SHELTON TL. Patient-and Family-Centered Care: Patnerships for Quality and Safety. **NC Med J**, v.70, n. 2, p 125-30, 2009. Disponível em: 10.4025/ciencucidsaude.v10i4.18333. Acesso em: 15 mai. 2021.

KLOSSOSWSKI, D. G. et al.. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Revista CEFAC**, v. 18, n. 1, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-021620161814515>. Acesso em: 10 set. 2019.

KNECHTEL, M. R.; SILVA, G. L. F. Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada. Curitiba: Intersaberes. Práxis Educativa, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 531–534, 2014. DOI: 10.5212/PraxEduc.v.11i2.0013. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/praxiseducativa/article/view/8846>. Acesso em: 10 out. 2021.

KUO, D.Z. *et al.*. Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. **Matern Child Health J.** v. 16, n. 2, p 297-305, 2012. Disponível em: 10.1007/s10995-011-0751-7. Acesso em: 20 mar. 2021.

LEAL, I. P. Psicologia da gravidez e parentalidade. Lisboa, Portugal: Fim de Século, 2005.

LEE, SHOO K *et al.*. “Outcomes and care practices for preterm infants born at less than 33 weeks' gestation: a quality-improvement study.” **CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne**, v. 192, n. 4, e81-E91, 2020. Disponível em: 10.1503/cmaj.190940. Acesso em: 14 abr. 2021.

MELEIS, A. I. Theoretical nursing: Development & progress (4th ed.). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

MENEZES, L.G. *et al.*. A criança e sua família na atenção primária em saúde. **Rev enferm UFPE** v.13, e241426, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241426>. Acesso em: 19 set. 2021.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2014. 408 p.

MOREIRA, M. D. DE S.; GAÍVA, M. A. M. Comunicação do enfermeiro com a mãe/família na consulta de enfermagem à criança. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 4, p. 677-684, 1 out. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v15i4.32093>. Acesso em: 11 ago. 2022.

NIETSCHE, E.A. *et al.*. Método Kanguru: Estratégias de Educação Permanente para sua implementação e execução. **Revista Cuidarte**, v. 11, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuide-se.897>. Acesso em: 10 jul. 2022.

NUNES, G. C.; NASCIMENTO, M. C. D.; LUZ, M. A. Pesquisa Científica: conceitos básicos. *Id on Line Revista de Psicologia*, v.10, n. 29. p. 144-151, 2016.

OLIVEIRA, J.A.D. *et al.*. Continuidade no cuidado da prematuridade. **Revista Saúde (Sta. Maria)**, v. 45, n.1, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/23912/pdf>. Acesso em: 30 mai. 2021.

OLIVEIRA, V.B.; VERÍSSIMO, M.L. Consulta de enfermagem e participação da família no cuidado à criança. In: Kalinowski CE, Crozeta K, Fonseca RM, organizadores. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: atenção primária e saúde da família. Ciclo 3. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2014. p. 43-79. Disponível em: <https://portal.secad.artmed.com.br/artigo/consulta-de-enfermagem-e-participacao-da-familia-no-cuidado-a-crianca>. Acesso em: 20 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE. OMS promove novas diretrizes para cuidados com bebês prematuros. *ONU News*, Nov. 2022. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2022/11/1805477>. Acesso em 05 de dez. de 2022.

PATEL R. *et al.* Homecare and Healthcare Utilization Errors Post-Neonatal Intensive Care Unit Discharge. **Adv Neonatal Care**, v. 17, n. 4, p. 258-264, 2017. Disponível em: [10.1097/ANC.0000000000000390](http://dx.doi.org/10.1097/ANC.0000000000000390). Acesso em: 18 jun. 2021.

PHILLIPS C. *et al.* Risk of recurrent spontaneous preterm birth: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, v. 7, n. 6, e015402, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015402>. Acesso em: 14 out. 2021.

PINTO JP, RIBEIRO CA, PETTENGILL MM, BALIEIRO MMFG. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Rev Bras Enferm**. v.63, n.1 p.132-5, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100022>. Acesso em: 12 mar. 2020.

PACHECO, S.T.A. *et al.*. Cuidado centrado na família: aplicação pela enfermagem no contexto da criança hospitalizada. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 21, n. 1, p.106-12, 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6443>. Acesso em: 13 mai. 2021.

REID, R.J.; HAGGERTY, J.; MC.KENDRY, .R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. **Final Report**. March 2002. Disponível em: <http://www.chspr.ubc.ca/node/213>. Acesso em: 20 mar. 2021.

ROSSETO, E.G. *et al.*. Manejo do aleitamento materno para o recém-nascido pré-termo. In: Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras; Morais SCR, Souza KV, Duarte ED, organizadoras. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde Materna e Neonatal: Ciclo 10. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018. p. 75–103. (Sistema de Educação Continuada a Distância; v. 1). Disponível em: <https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Livro-cuidado-SOBEP-2.x66310.x19092.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2022.

SHIELDS L. *et al.*. Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 Years: A systematic review of quasi-experimental studies. 10th. Cochrane Database of Systematic Reviews, p. 1-18, 2012. Disponível em: [10.1002/14651858](https://doi.org/10.1002/14651858). Acesso em: 10 abr. 2021.

SILVA, R. M. M. *et al.*. Oportunidades de cuidados à criança prematura: visita domiciliar suporte telefônico. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.28, e3308, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3520.3308>. Acesso em: 18 dez. 2022.

SMITH, V.; STEWART, J. Discharge planning for high-risk newborns. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/discharge-planning-for-high-risk-newborns>. Acesso em: 15 out. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Monitoramento do crescimento de recém-nascidos pré-termo. 2017. [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2017/03/Neonatologia-Monitoramento-do-cresc-do-RN-pt-270117.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Neonatologia-Monitoramento-do-cresc-do-RN-pt-270117.pdf). Acesso em: 30 jun. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Seguimento ambulatorial de prematuro de risco. 2012. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/pdfs/seguimento\\_prematuro\\_ok.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/seguimento_prematuro_ok.pdf). Acesso em: 20 de mar 2022

SILVA, I. O. A. M. *et al.*. Cartilha sobre o prematuro como tecnologia educacional para família: estudo quase experimental. **Acta Paul Enferm**, v. 31, n. 4, p. 334-41, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800048>. Acesso em: 16 set. 2022.

SOUSA E SILVA, C.; CARNEIRO, M. Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho Referência - **Revista de Enfermagem**, v. IV, n. 3, noviembr-diciembre, 2014, pp. 17-26. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Coimbra, Portugal. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239973002.pdf>. Acesso em: 20 set. 2022.

UIJEN, A. A. et al. How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts, **Family Practice**, v. 29, n. 3, p. 264-271, 2012. Disponível em: 10.1093/fampra/cm104. Acesso em: 27 out. 2021.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. DA .. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>. Acesso em: 10 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preterm birth. 19 fev. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Acesso: 6 jan. 2022.

XAVIER, J. S. .; BERNARDINO, F. B. S. .; GAÍVA, M. A. M. . Seguimento do recém-nascido de risco: revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 11, p. e579119515, 2020. Disponível em: 10.33448/rsd-v9i11.9515. Acesso em: 10 mai. 2021.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A - ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS – GESTOR E RESPONSÁVEL  
PELAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO**

- 1- O hospital tem um Programa para o atendimento dos recém-nascidos de risco pós-alta hospitalar?

---

- 2- Se houver algum Programa em funcionamento, quando foi criado? Quantas crianças estão inscritas atualmente? Como está estruturado? Quais ações estão sendo desenvolvidas?

---

---

---

- 3- Quais e quantos são os profissionais que atuam no Programa?

---

---

- 4- Quais os critérios para inserção da criança no Programa?

---

---

---

- 5- Quais as estratégias de operacionalização do programa: dias e horário de funcionamento, cronograma de consultas; condições da alta; articulação com atenção básica e outros serviços, dentre outros aspectos.

---

---

---

---

---

- 6- O hospital possui algum protocolo para o acompanhamento das crianças de risco? Se sim qual?

- 
- 
- 
- 
- 7- Como se dá a articulação do Programa com a rede básica de saúde? Como as crianças são encaminhadas?

- 
- 
- 
- 8- Gostaria de dar mais alguma informação sobre o Programa, como por exemplo desafios e facilidades para seu funcionamento?

**APÊNDICE B - ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS – RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA**

- 1- Você pode estimar hoje, dentre as crianças menor de um ano de idade, qual o número de neonatos de risco (prematuros, baixo peso, filhos de mães adolescentes, filhos mães com baixa escolaridade, crianças que apresentaram intercorrências ao nascer, crianças com Apgar menor 7 no 5º minuto, etc) no hospital?
- 2- O hospital desenvolve algum programa, ação política ou serviço direcionados ao atendimento dos recém-nascidos de risco pós-alta hospitalar?
- 3- Se sim, por favor, detalhe cada uma dessas ações.
- 4- Poderia relatar como o programa está estruturado? Quais ações desenvolvidas?

- 5- Quais são os profissionais que atuam?
- 6- Quais as estratégias de operacionalização do programa: critérios para inscrição das crianças; cronograma de consultas; articulação com atenção básica e outros serviços, dentre outros aspectos.
- 7- Existe algum protocolo para o acompanhamento das crianças de risco no hospital? Se sim, qual?
- 8- O hospital está pactuado a Rede Cegonha do MS? Como se dá a articulação da rede básica?
- 9- O programa oferece apoio à família dos recém-nascidos? Que tipo de apoio?
- 10- Você poderia descrever os desafios e as facilidades para o seguimento dos RN no programa?

**APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATENDEM NO AMBULATÓRIO DO PROGRAMA**

**1 Caracterização do profissional:**

Nome:

---

Formação/Especialidade:

---

Tempo de formação/especialidade:

---

Idade:

---

Sexo:

---

Pós-graduação: \_\_\_\_\_ Qual:

---

Tempo atuação no programa:

---

**2 Questões norteadoras:**

- Como funciona o programa de seguimento de crianças de risco no qual atua?

---

---

---

---

- Você pode me falar como se dá o atendimento às crianças de risco egressas das UTIN pelas unidades básicas/unidades de saúde da família no município?

---

---

---

---

- Relate as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde na atenção ambulatorial a criança de risco?

---

---

---

---

- Quais as facilidades?

---

---

---

---

- Tem sugestões para melhoria do programa?

---

---

---

---

**APÊNDICE D - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM FAMILIARES DE CRIANÇAS INSCRITAS NO PROGRAMA DE SEGUIMENTO DO RN**

**1 Composição familiar:**

Quem compõe a família?

---

---

---

---

Nome da mãe:

---

Nome do pai:

---

Idade materna:

---

Idade paterna:

---

Escolaridade:

---

Irmãos: -

---

Endereço:

---

Cidade:

---

**2-Dados da criança:**

Nome:

---

Local/Hospital de nascimento:

---

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Unidade de saúde que frequenta/pertence: \_\_\_\_\_

**3- Critérios de risco ao nascer**

Peso nascimento < 2.500g

Idade gestacional < 37 semanas

Apgar 5º minuto < 7

Internação ou intercorrências na maternidade ou em unidade neonatal. QUAIS?

---

---

---

---

---

Doenças graves [doenças genéticas, malformações múltiplas congênitas, lesões neurológicas, deficiências estabelecidas desde o nascimento. Qual(is):

---

---

---

---

---

( ) Sequelas? Quais?

---

( ) Uso de tecnologias assistivas e ou medicamentos? Quais?

---

---

---

---

---

( ) Mãe ou pai < 18 anos

( ) Mãe ou pai com < 8 anos de estudo

( ) Mãe com número de consultas pré-natais menor 3

( ) História de morte de criança menor de cinco anos na família

( ) Outros.

---

**4- Questão norteadora:**

- Como está sendo o acompanhamento de saúde de seu filho realizado pelo programa de seguimento do Hospital?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Quais facilidades vocês têm para o acompanhamento do bebê no programa?

---

---

---

- Quais dificuldades vocês têm para o acompanhamento do bebê no programa?

---

---

---

Por quais profissionais seu filho é atendido no programa?

---

---

---

- Quais orientações você considera que foram importantes para que cuidassem do bebê em casa?

---

---

---

Além do atendimento no programa do hospital, onde mais você busca recursos em saúde para complementar o acompanhamento do bebê?

---

---

---

Você poderia dar sugestões para melhoria do programa?

---

---

---

---

## **APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Eu, Maria Angélica Marcheti, Pesquisadora do Instituto Integrado de Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (INISA/UFMS) e coordenadora da pesquisa; venho convidá-lo(a) para participar voluntariamente da pesquisa "A continuidade do cuidado de recém-nascido de risco em um hospital escola do estado de Mato Grosso do Sul". O objetivo geral do estudo é "Analisar a continuidade do cuidado ofertado ao recém-nascido de risco de um hospital escola de Mato Grosso do Sul, na perspectiva do gestor, dos profissionais de saúde e familiares." Sua participação nesta pesquisa será por meio de entrevista com o pesquisador para responder questões sobre o programa de seguimento de crianças de risco no qual atua. A entrevista se dará como uma conversa informal, direcionada pelo pesquisador. Esta participação será registrada em gravações do áudio por meio de equipamento próprio, a fim de possibilitar a transcrição e análises necessárias ao estudo. Essa pesquisa possui riscos mínimos ao seu participante. Porém, podem ocorrer constrangimento ou incomodo ao você relatar sua experiência no atendimento a essas crianças. É resguardado a você o direito de não participar/retirar se da pesquisa a qualquer momento, bem como, de não responder à alguma pergunta feita pelo pesquisador que julgar desconfortável para você. Os benefícios da pesquisa para você são indiretos, mas constituem-se em traçar um panorama da atenção a essas crianças e contribuir para discussão de estratégias para melhor atender esse grupo no município. O conhecimento produzido na pesquisa será debatido com os serviços que prestam esse tipo de atendimento e secretaria de saúde e poderão auxiliar na busca de melhorias da atenção, O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Entretanto, caso sejam identificados e comprovados danos morais provenientes desta pesquisa, o (a) Sr. (a) tem assegurado o direito a atendimento específico na Clínica Escola Integrada do Instituto Integrado de Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. A realização deste estudo respeita a regulamentação para pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde), prevista na Resolução nº 466 de 2012 (que lhe será disponibilizada se você a quiser). O conteúdo de sua participação e a pesquisa concluída serão postos à sua disposição, caso queira. Os dados relacionados à sua identificação serão confidenciais, serão destruídos após cinco anos do estudo, e garantimos o anonimato de sua participação durante a pesquisa e na divulgação da mesma. Caso aceite fazer parte deste estudo faz-se necessário assinar este documento em duas vias, uma para você e outra para o pesquisador responsável. Ao assina-lo você autoriza a sua participação voluntária na pesquisa, julgando-se adequadamente informada e concordando em participar da mesma. Em

caso de recusa, você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição à qual a pesquisa está vinculada.

\_\_\_\_\_

Rubrica do Pesquisador

\_\_\_\_\_

Rubrica do Participante

Além disso, em qualquer momento, você poderá solicitar sua exclusão da pesquisa e, se desejar obter maiores informações, poderá entrar em contato com o coordenador da pesquisa pelo telefone (67) 99985-8993, e-mail: mamarcheti@gmail.com ou para esclarecer as dúvidas/denúncias relacionadas à Ética da Pesquisa, poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul localizado no prédio das Pró Reitorias 'Hércules Maymone' - 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande - MS. e-mail: cepconep.propp@ufms.br; telefone: 3345-7187; atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino.

Eu \_\_\_\_\_, portador do RG no \_\_\_\_\_, tel ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ autorizo a gravação de áudio/vídeo: ( ) Sim ( ) Não.

Assinatura do Pesquisadora: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FAMILIARES**

Eu, Maria Angélica Marcheti, Pesquisadora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (INISA/UFMS) e coordenador da pesquisa; venho convidá-lo(a) para participar voluntariamente da pesquisa “A continuidade do cuidado de recém-nascido de risco em um hospital escola do estado de Mato Grosso do Sul”. O objetivo geral do estudo é “Analisar a continuidade do cuidado ofertado ao recém-nascido de risco de um hospital escola de Mato Grosso do Sul, na perspectiva do gestor, dos profissionais de saúde e familiares.” Sua participação nesta pesquisa será por meio de entrevista com o pesquisador para responder questões sobre sua opinião sobre o acompanhamento de saúde de seu filho após a alta do hospital pelo programa do Seguimento. A entrevista se dará como uma conversa informal, direcionada pelo pesquisador. Esta participação será registrada em gravações do áudio por meio de equipamento próprio, a fim de possibilitar a transcrição e análises necessárias ao estudo. Essa pesquisa possui riscos mínimos ao seu participante. Porém, podem ocorrer constrangimento ou incomodo ao você relatar suas vivencias na busca por assistência a seu filho. É resguardado a você o direito de não participar/retirar-se da pesquisa a qualquer momento, bem como, de não responder à alguma pergunta feita pelo pesquisador que julgar desconfortável para você. Os benefícios da pesquisa para você são indiretos, mas constituem-se em traçar um panorama da atenção a essas crianças e contribuir para discussão de estratégias para melhor atender esse grupo no município. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Entretanto, caso sejam identificados e comprovados danos morais provenientes desta pesquisa, o (a) Sr. (a) tem assegurado o direito a ser atendido para tal contexto, na Clínica Escola Integrada do Instituto Integrado de Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. O conhecimento produzido na pesquisa será debatido com os serviços que prestam esse tipo de atendimento e secretaria de saúde e poderão auxiliar na busca de melhorias da atenção. A realização deste estudo respeita a regulamentação para pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde), prevista na Resolução nº 466 de 2012 (que lhe será disponibilizada se você a quiser). O conteúdo de sua participação e a pesquisa concluída serão postos à sua disposição, caso queira. Os dados relacionados à sua identificação serão confidenciais, serão destruídos em cinco anos, e está garantido o anonimato de sua participação durante a pesquisa e na divulgação da mesma.

Rubrica da Pesquisadora

Rubrica do Participante

Caso aceite voluntariamente a fazer parte deste estudo faz-se necessário assinar este documento em duas vias, uma para você e outra para o pesquisador responsável. Ao assina-lo você autoriza a sua participação voluntária na pesquisa, julgando-se adequadamente informada(o) e concordando em participar da mesma. Em caso de recusa, você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição à qual a pesquisa está vinculada.

Além disso, em qualquer momento, você poderá solicitar sua exclusão da pesquisa e, se desejar obter maiores informações, poderá entrar em contato com o coordenador da pesquisa pelo telefone (67) 99985-8993, e-mail: mamarcheti@gmail.com ou para esclarecer as dúvidas/denúncias relacionadas à Ética da Pesquisa, poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul localizado no prédio das Pró-Reitorias 'Hércules Maymone' – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS. e-mail: cepconep.propp@ufms.br; telefone: 3345-7187; atendimento ao público: 07:30 -11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino.

Eu \_\_\_\_\_,  
portador do RG no \_\_\_\_\_, tel ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ autorizo a gravação de  
áudio/vídeo: ( ) Sim ( ) Não.

Assinatura do Participante:

Assinatura do Pesquisador:

Campo Grande, de de 2021.

ANEXOS

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Seguimento de recém-nascidos de risco em Mato Grosso do Sul

**Pesquisador:** MARIA ANGÉLICA MARCHETI

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 53123621.2.0000.0021

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

**Patrocinador Principal:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.243.612

#### Apresentação do Projeto:

Avaliar como se estrutura o seguimento dos recém-nascidos de riscos egressos de Unidade Neonatal e UTINeo no Mato Grosso do Sul (MS). Por ser um projeto amplo, a investigação está organizada em três etapas, com diferentes objetivos e metodologias específicas, de acordo com o foco investigativo de cada um deles.

#### Objetivo da Pesquisa:

- 1ª ETAPA:

Objetivo geral: Caracterizar os serviços de seguimento para recém-nascidos de risco egressos de Unidade Neonatal e UTIN, no Mato Grosso do Sul (MS).

Objetivos específicos:

- Levantar o número de serviços, vínculo institucional dos mesmos, número de crianças inscritas, equipe multiprofissional, cronograma de consultas e protocolos assistenciais nos serviços de seguimento de recém-nascidos de risco, egressos de Unidade Neonatal e UTIN no estado de Mato Grosso do Sul (MS);
- Identificar os critérios de risco para inserção nos programas de seguimento de recém-nascidos de risco existentes em Mato Grosso do Sul (MS);
- Caracterizar como é realizado o monitoramento das crianças nos serviços de seguimento de recém-nascidos de risco existentes em Mato Grosso do Sul (MS);
- Identificar se existe articulação dos programas de seguimento de recém-nascidos de risco com a

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros - Prédio das Pró-Reitorias - Hércules Maymone - 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.243.612

rede de serviços do sistema de saúde;

- Estimar a demanda de recém-nascidos de risco que estão sendo assistidos em programas de seguimento em Mato Grosso do Sul (MS).

- 2ª ETAPA

Objetivo geral: Avaliar um programa de seguimento de recém-nascido de risco em um dos municípios de Mato Grosso do Sul, por meio de um estudo de coorte retrospectiva. Objetivos específicos:

- Identificar os fatores de risco para a mortalidade infantil nas crianças inscritas no programa avaliado;
- Identificar a cobertura e a distribuição proporcional dos critérios de risco em crianças inscritas no programa avaliado;
- Comparar as causas e os componentes da mortalidade infantil entre as crianças inscritas e não inscritas no programa avaliado;
- Verificar o padrão da mortalidade infantil com relação à análise de sobrevivência e as causas básicas dos óbitos na coorte de nascidos vivos de risco de mães residentes no município do programa avaliado, nos últimos cinco anos.

3ª ETAPA

Objetivo geral: Analisar a atenção prestada pelos programas de seguimento de recém-nascidos de risco, na perspectiva dos profissionais, gestores e familiares. Objetivos específicos:

- Conhecer as percepções dos profissionais de saúde da atenção básica, dos profissionais da equipe multiprofissional dos programas e de gestores da atenção básica sobre o seguimento do bebê de risco e a interface com a terceira etapa do Método Canguru;
- Conhecer as percepções dos familiares de recém-nascidos de risco sobre o acompanhamento de seu filho por um programa de seguimento.
- Analisar a atuação do enfermeiro em um programa de seguimento.
- Analisar a adaptação da família de recém-nascidos de risco acompanhados em programa de seguimento frente às demandas de cuidado no domicílio

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O projeto de pesquisa registra:

Riscos:

Famílias: Essa pesquisa possui riscos mínimos ao seu participante. Porém, podem ocorrer constrangimento ou incomodo ao familiar participante por relatar suas vivencias na busca por assistência a seu filho.

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∟ Prédio das Pró-Reitorias ∟ Hércules Maymone ∟ 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.243.612

Profissionais: Essa pesquisa possui riscos mínimos ao participante. Porém, podem ocorrer constrangimento ou incomodo ao relatar a experiencia no atendimento a essas crianças.

**Benefícios:**

Famílias: Os benefícios da pesquisa para o familiar são indiretos, mas constituem-se em traçar um panorama da atenção a essas crianças e contribuir para discussão de estratégias para melhor atender esse grupo no município/Estado. O conhecimento produzido na pesquisa será debatido com os serviços que prestam esse tipo de atendimento e secretaria de saúde e poderão auxiliar na busca de melhorias da atenção. Profissionais: Os benefícios da pesquisa para o participante são indiretos, mas constituem-se em traçar um panorama da atenção a essas crianças e contribuir para discussão de estratégias para melhor atender esse grupo no município/Estado. O conhecimento produzido na pesquisa será debatido com os serviços que prestam esse tipo de atendimento e secretaria de saúde e poderão auxiliar na busca de melhorias da atenção.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- 1ª ETAPA:

Tipo de estudo: descritivo exploratório de abordagem quantitativa.

Local do estudo: a pesquisa será desenvolvida nos municípios de Mato Grosso do Sul (MS) que possuem Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de acordo com a base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do ano de 2018.

Coleta de dados: será realizado levantamento no banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dos serviços neonatais de MS, registrados no ano de 2018, para construir um banco de dados das UTIN, para subsidiar o levantamento dos programas de seguimento dos recém-nascidos de risco na região. Após a construção do banco será realizado contato via telefone com os serviços para coleta de informações sobre a existência de programas de seguimento vinculado a UTIN, com o intuito de caracterizar o serviço, os critérios e locais de encaminhamentos dos neonatos de risco após a alta hospitalar. Será feito inquérito junto às secretarias de saúde acerca dos programas, políticas e serviços oferecidos para o atendimento dos recém-nascidos de risco após a alta hospitalar.

As informações serão coletadas por meio de questionário com questões fechadas e abertas, contemplando os seguintes aspectos: estrutura e estratégias de operacionalização do programa, critérios para inscrição das crianças, composição da equipe, esquema de consultas, articulação com atenção básica e outros serviços, dentre outros aspectos. Essas informações farão parte de

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∟ Prédio das Pró-Reitorias ∟ Hércules Maymone ∟ 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconepp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.243.612

outro banco de dados, para o mapeamento dos serviços de seguimento, caracterização do atendimento prestado às crianças de risco nos estados e análise da cobertura frente à demanda de crianças.

Análise dos dados: Para análise da demanda de crianças será realizada a comparação entre as crianças identificadas pelo programa e os registros no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), por meio de estatística descritiva com uso de frequências, médias, percentual e desvio padrão. Testes de 2 e Exato de Fisher serão aplicados para verificar as associações. Serão consideradas estatisticamente significantes, as diferenças em que p foi menor que 5% ( $p < 0,05$ ). Os dados coletados serão analisados segundo a frequência absoluta e relativa, e as tabelas e gráficos construídos no Microsoft Office Excel.

- 2ª ETAPA:

Local do estudo: a pesquisa será desenvolvida em um dos municípios de MS.

Tipo de estudo: coorte retrospectiva a ser realizada com a população de nascidos vivos de risco de mães residentes no município do programa a ser avaliado, considerando os últimos cinco anos.

Coleta e análise dos dados: Os dados serão obtidos dos livros de registro do programa e de prontuários das crianças elegíveis para o período a ser estudado. O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

(SINASC) e registros dos óbitos infantis da Secretaria Estadual de Saúde também serão utilizados como fonte de dados, para extrair os seguintes dados: nome da criança, nome da mãe, data de nascimento, data de óbito, causa básica do óbito, idade gestacional, peso de nascimento e presença de malformação congênita. O padrão da mortalidade será avaliado de acordo com a análise de sobrevivência, e a identificação das causas do óbito, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), 10ª Revisão e as causas básicas dos óbitos serão categorizadas de acordo com a Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções no SUS em menores de cinco anos (Malta et al., 2007). Para análise de sobrevivência dos recém-nascidos inscritos e não inscritos no programa será usado o método de KaplanMeier.

3ª ETAPA

Tipo de estudo: descritivo de abordagem qualitativa.

Local do estudo: a pesquisa será desenvolvida em um dos municípios do MS.

Coleta e análise dos dados: Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com pais e profissionais.

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∟ Prédio das Pró-Reitorias ∟ Hércules Maymone ∟ 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconepp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.243.612

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta as seguintes autorizações institucionais: ambulatório de Pediatria do HUMAP/EBSERH (assinado pela chefia do setor); Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (um documento foi assinada pela Diretoria e outro pela Coordenação da Comissão de Ética em Pesquisa); Santa Casa de Campo Grande (assinada pela gerência de Ensino, Pesquisa e Educação permanente); Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS (assinada pela Gerência de educação permanente); Maternidade "Cândido Mariano" (assinada pelo Diretor presidente). Apresenta também Termo de Compromisso para utilização de informações de prontuários em projeto de pesquisa e Termo de Compromisso para utilização de informações de banco de dados. Apresenta TCLE (para profissionais e familiares).

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram devidamente apresentadas no sistema Plataforma Brasil, analisadas e aprovadas por este CEP.

TCLE:

[ATENDIDO] - Sugere-se usar esse texto com as informações de contato deste CEP: "Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias 'Hércules Maymone' – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS." e-mail: cepconep.propp@ufms.br; telefone: 3345-7187; atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino.

[ATENDIDO] - Quando houver registro/gravação de áudio e/ou imagem, é necessária uma autorização específica, além do TCLE. Sugere-se que, no próprio texto do TCLE, conste tal autorização. Ex.: "Autorizo gravação de áudio/vídeo: ( ) Sim ( ) Não".

[ATENDIDO]- Atentar para a formatação final do documento, pois o campo de assinatura/rubrica que deve constar em todas as páginas não consta na primeira página.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

CONFIRA AS ATUALIZAÇÕES DISPONÍVEIS NA PÁGINA DO CEP/UFMS

1) Regimento Interno do CEP/UFMS

Disponível em: <https://cep.ufms.br/novo-regimento-interno/>

2) Calendário de reuniões

Disponível em <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2022/>

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∩ Prédio das Pró-Reitorias ∩ Hércules Maymone ∩ 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.243.612

3) Etapas do trâmite de protocolos no CEP via Plataforma Brasil

Disponível em: <https://cep.ufms.br/etapas-do-tramite-de-protocolos-no-cep-via-plataforma-brasil/>

4) Legislação e outros documentos:

Resoluções do CNS.

Norma Operacional nº001/2013.

Portaria nº2.201 do Ministério da Saúde.

Cartas Circulares da Conep.

Resolução COPP/UFMS nº240/2017.

Outros documentos como o manual do pesquisador, manual para download de pareceres, pendências frequentes em protocolos de pesquisa clínica v 1.0, etc.

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/legislacoes-2/>

5) Informações essenciais do projeto detalhado

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/informacoes-essenciais-projeto-detalhado/>

6) Informações essenciais – TCLE e TALE

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/informacoes-essenciais-tcle-e-tale/>

- Orientações quanto aos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aos Termos de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) que serão submetidos por meio do Sistema Plataforma Brasil versão 2.0.

- Modelo de TCLE para os participantes da pesquisa versão 2.0.

- Modelo de TCLE para os responsáveis pelos participantes da pesquisa menores de idade e/ou legalmente incapazes versão 2.0.

7) Biobancos e Biorrepositórios para armazenamento de material biológico humano

Disponível em: <https://cep.ufms.br/biobancos-e-biorrepositorios-para-material-biologico-humano/>

8) Relato de caso ou projeto de relato de caso?

Disponível em: <https://cep.ufms.br/662-2/>

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∟ Prédio das Pró-Reitorias ∟ Hércules Maymone ∟ 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.243.612

9) Cartilha dos direitos dos participantes de pesquisa

Disponível em: <https://cep.ufms.br/cartilha-dos-direitos-dos-participantes-de-pesquisa/>

10) Tramitação de eventos adversos

Disponível em: <https://cep.ufms.br/tramitacao-de-eventos-adversos-no-sistema-cep-conep/>

11) Declaração de uso de material biológico e dados coletados

Disponível em: <https://cep.ufms.br/declaracao-de-uso-material-biologico/>

12) Termo de compromisso para utilização de informações de prontuários em projeto de pesquisa

Disponível em: <https://cep.ufms.br/termo-de-compromisso-prontuarios/>

13) Termo de compromisso para utilização de informações de banco de dados

Disponível em: <https://cep.ufms.br/termo-de-compromisso-banco-de-dados/>

**DURANTE A PANDEMIA CAUSADA PELO SARS-CoV-2, CONSIDERAR:**

Solicitamos aos pesquisadores que se atentem e obedeçam às medidas de segurança adotadas pelos locais de pesquisa, pelos governos municipais e estaduais, pelo Ministério da Saúde e pelas demais instâncias do governo devido a excepcionalidade da situação para a prevenção do contágio e o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).

As medidas de segurança adotadas poderão interferir no processo de realização das pesquisas envolvendo seres humanos. Quer seja no contato do pesquisador com os participantes para coleta de dados e execução da pesquisa ou mesmo no processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido-TALE, incidindo sobre o cronograma da pesquisa e outros.

Orientamos ao pesquisador na situação em que tenha seu projeto de pesquisa aprovado pelo CEP e em decorrência do contexto necessite alterar seu cronograma de execução, que faça a devida "Notificação" via Plataforma Brasil, informando alterações no cronograma de execução da pesquisa.

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∟ Prédio das Pró-Reitorias ∟ Hércules Maymone ∟ 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.243.612

**SE O PROTOCOLO DE PESQUISA ESTIVER PENDENTE, CONSIDERAR:**

Cabe ao pesquisador responsável encaminhar as respostas ao parecer pendente, por meio da Plataforma Brasil, em até 30 dias a contar a partir da data de sua emissão. As respostas às pendências devem ser apresentadas em documento à parte (CARTA RESPOSTA). Ressalta-se que deve haver resposta para cada uma das pendências apontadas no parecer, obedecendo a ordenação deste. A carta resposta deve permitir o uso correto dos recursos "copiar" e "colar" em qualquer palavra ou trecho do texto, isto é, não deve sofrer alteração ao ser "colado".

Para que os protocolos de pesquisa sejam apreciados nas reuniões definidas no Calendário, o pesquisador responsável deverá realizar a submissão com, no mínimo, 15 dias de antecedência. Observamos que os protocolos submetidos com antecedência inferior a 15 dias serão apreciados na reunião posterior. Confira o calendário de reuniões de 2020, disponível no link: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2021/>

**SE O PROTOCOLO DE PESQUISA ESTIVER NÃO APROVADO, CONSIDERAR:**

Informamos ao pesquisador responsável, caso necessário entrar com recurso diante do Parecer Consubstanciado recebido, que ele pode encaminhar documento de recurso contendo respostas ao parecer, com a devida argumentação e fundamentação, em até 30 dias a contar a partir da data de emissão deste parecer. O documento, que pode ser no formato de uma carta resposta, deve contemplar cada uma das pendências ou itens apontados no parecer, obedecendo a ordenação deste. O documento (CARTA RESPOSTA) deve permitir o uso correto dos recursos "copiar" e "colar" em qualquer palavra ou trecho do texto do projeto, isto é, não deve sofrer alteração ao ser "colado".

Para que os protocolos de pesquisa sejam apreciados nas reuniões definidas no Calendário, o pesquisador responsável deverá realizar a submissão com, no mínimo, 15 dias de antecedência. Observamos que os protocolos submetidos com antecedência inferior a 15 dias serão apreciados na reunião posterior. Confira o calendário de reuniões de 2020, disponível no link: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2021/>

**EM CASO DE APROVAÇÃO, CONSIDERAR:**

É de responsabilidade do pesquisador submeter ao CEP semestralmente o relatório de atividades desenvolvidas no projeto e, se for o caso, comunicar ao CEP a ocorrência de eventos adversos

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∟ Prédio das Pró-Reitorias ∟ Hércules Maymone ∟ 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconepp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.243.612

graves esperados ou não esperados. Também, ao término da realização da pesquisa, o pesquisador deve submeter ao CEP o relatório final da pesquisa. Os relatórios devem ser submetidos através da Plataforma Brasil, utilizando-se da ferramenta de NOTIFICAÇÃO. Informações sobre os relatórios parciais e final podem acessadas em <https://cep.ufms.br/relatorios-parciais-e-final/>

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1734404.pdf	26/01/2022 16:59:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEProfissionais.pdf	01/12/2021 13:10:43	Marisa Rufino Ferreira Luizari	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	01/12/2021 13:06:58	Marisa Rufino Ferreira Luizari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFamiliarsModificado.pdf	01/12/2021 12:55:27	Marisa Rufino Ferreira Luizari	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoPesquisaSeguimento.pdf	18/10/2021 15:00:44	MARIA ANGÉLICA MARCHETI	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	18/10/2021 12:05:15	MARIA ANGÉLICA MARCHETI	Aceito
Outros	Termodecompromissobancodados.pdf	04/10/2021 12:57:13	MARIA ANGÉLICA MARCHETI	Aceito
Outros	Termodecompromissoutilizacaodeinformacoes.pdf	04/10/2021 12:56:02	MARIA ANGÉLICA MARCHETI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	04/10/2021 12:51:05	MARIA ANGÉLICA MARCHETI	Aceito
Outros	Maternidade_Candido_Mariano.pdf	09/09/2021 10:49:48	MARIA ANGÉLICA MARCHETI	Aceito
Outros	Autorizacao_cep_hrms.pdf	09/09/2021 10:48:41	MARIA ANGÉLICA MARCHETI	Aceito
Outros	HRMS_Carta_de_anuencia.pdf	09/09/2021 10:48:03	MARIA ANGÉLICA MARCHETI	Aceito

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∩ Prédio das Pró-Reitorias ∩ Hércules Maymone ∩ 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconeppropp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.243.612

Outros	Termo_de_parceriaria_SESAU.pdf	09/09/2021 10:44:42	MARIA ANGÉLICA MARCHETI	Aceito
Outros	Santa_Casa_CG.pdf	09/09/2021 10:42:14	MARIA ANGÉLICA MARCHETI	Aceito
Declaração de concordância	Hospital_Universitario.pdf	09/09/2021 10:37:09	MARIA ANGÉLICA MARCHETI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPO GRANDE, 15 de Fevereiro de 2022

---

**Assinado por:**  
**Juliana Dias Reis Pessalacia**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ∟ Prédio das Pró-Reitorias ∟ Hércules Maymone ∟ 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br

## ANEXO B – PARECER DA GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN



### RESOLUÇÃO Nº 21, DE 16 DE MARÇO DE 2022

**O COLEGIADO EXECUTIVO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO “MARIA APARECIDA PEDROSSIAN” DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, nos termos do art. 6º da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, dos arts. 60, 61 e 62 do Regimento Interno da Ebserh e dos arts. 6º, 7º e 8º do Regimento Interno do Humap-UFMS, conforme reunião ordinária realizada no dia 16 de março de 2022, **RESOLVE:**

Art. 1º - Aprovar os projetos de pesquisa abaixo relacionados:

#### **Protocolo GEP 10/2022**

- a) Título do projeto: Seguimento de recém-nascidos de risco em Mato Grosso do Sul
- b) Pesquisador: Ana Paula Denis Barbosa
- c) Orientador: Maria Angélica Marcheti
- d) Categoria: Mestrado - Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
- e) Período de coleta de material no Humap-UFMS: março a dezembro de 2022
- f) Financiamento: Recursos Próprios
- g) Local de execução: Unidade de Gestão e Processamento da Informação Assistencial e Unidade da Criança e do Adolescente
- h) CAAE: 53123621.2.0000.0021

#### **Protocolo GEP 11/2022**

- a) Título do projeto: Modulação autonômica e capacidade aeróbica em mulheres com fibromialgia segundo nível de atividade física
- b) Pesquisador: Ana Plácida marino Chamani Almanza
- c) Orientador: Paula Felipe Martinez
- d) Categoria: Mestrado – Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
- e) Período de coleta de material no Humap-UFMS: março de 2022 a março de 2023
- f) Financiamento: Recursos Próprios
- g) Local de execução: Unidade de Especialidades Clínicas (Ambulatório Reumatologia) e Unidade de Gestão e Processamento da Informação Assistencial

*S*



- a) Título do projeto: Impacto do uso de Natalizumabe em pacientes com esclerose múltipla
- b) Pesquisador: Erica Freire de Vasconcelos Pereira
- c) Orientador: Vanessa Terezinha Gubert de Matos
- d) Categoria: Doutorado – Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
- e) Período de coleta de material no Humap-UFMS: junho de 2022 a junho de 2025
- f) Financiamento: Recursos Próprios
- g) Local de execução: Unidade de Gestão e Processamento da Informação Assistencial e Unidade de Especialidades Clínicas (Ambulatório de Neurologia)
- h) CAAE: 52444621.5.0000.0021

**Protocolo GEP 15/2022**

- a) Título do projeto: A Espiritualidade e Religiosidade de Pessoas em Tratamento Hemodialítico
- b) Pesquisador: Denise Barcelos de Pádua Paz
- c) Orientador: Soraia Geraldo Rozza Lopes
- d) Categoria: Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto Integrado de Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
- e) Período de coleta de material no Humap-UFMS: março a junho de 2022
- f) Financiamento: Recursos Próprios
- g) Local de execução: Unidade Multiprofissional e Unidade do Sistema Urinário
- h) CAAE: 53949421.9.0000.0021

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

  
 CLÁUDIO CÉSAR DA SILVA

## ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
Avenida Senador Filinto Muller, nº 355 - Bairro Vila Ipiranga  
Campo Grande-MS, CEP 79080-190  
- <http://humap-ufms.ebserh.gov.br>

Despacho - SEI

Processo nº 23538.011885/2021-42

Interessado: Maria Angélica Marcheti

Ciente e de acordo para realização do projeto de pesquisa no ambulatório de  
Pediatría do HUMAP/EBSEERH.



Documento assinado eletronicamente por **Oreste Angelo Ferra Neto, Chefe de Unidade**, em 02/08/2021, às 11:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **15267754** e o código CRC **B078F6DD**.

**Referência:** Processo nº 23538.011885/2021-42 SEI nº 15267754