



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



**ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE UM PROGRAMA DE SEGUIMENTO**  
**DOS RECÉM-NASCIDOS DE RISCO: PERSPECTIVA DE GESTORES,**  
**PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMILIARES**

**PATRICIA HARUMI UENO**

**CAMPO GRANDE, MS**

**2024**

PATRICIA HARUMI UENO

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE UM PROGRAMA DE SEGUIMENTO  
DOS RECÉM-NASCIDOS DE RISCO: PERSPECTIVA DE GESTORES,  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMILIARES

Dissertação apresentada 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: Laboratório de Estudos e Pesquisas em Intervenção Familiar – LEPIF.

Orientador: Profa Dra Maria Angélica Marcheti.

**CAMPO GRANDE, MS**

**2024**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado força e sabedoria para concluir o mestrado, principalmente nos momentos mais difíceis em que pensei em desistir pela sobrecarga de funções exercidas, especialmente na reta final onde enfrentei o desafio de conciliar dias de internação de um familiar, com o trabalho e a conclusão da dissertação.

Sou grata também aos meus pais Edney e Lilian, meu irmão Marcos e minhas filhas Juliana e Helena por toda paciência e apoio tanto emocional como incentivo a continuar nessa trajetória, vibrando e comemorando cada conquista e etapa vencida. Além de me ajudarem com as minhas filhas quando eu precisava dedicar mais do meu tempo na escrita da dissertação.

Gratidão ao meu namorado Yuri por ter me aguentado em momentos de surtos querendo desistir de tudo, choradeira por achar que não conseguiria concluir mais essa etapa e também por ser meu maior incentivador e conselheiro durante esses dois anos que se passaram e, se hoje ele sabe alguma coisa sobre recém-nascido de risco e o Programa de Seguimento é porque foi o responsável pela revisão da minha escrita antes de enviar para correção.

Não posso deixar de agradecer o meu sogro Dr. Izaias que também me apoiou e incentivou a continuar quando achei que não conseguiria, sobretudo no momento mais complicado que foi a internação do Yuri. Ele se preocupou com o meu bem-estar para eu poder fazer o melhor possível na etapa final da escrita e vibrou comigo ao final da defesa.

Agradeço também aos meus colegas de turma: Alberth, Ana, Andrezza, Cynthia, Daniela, Dayane, Ivair, Jessica, Jhonifer, Maria Eduarda, Mayara e Sofia por terem sido os melhores companheiros de jornada nos desesperos quando achávamos que não seria possível terminar no tempo estipulado pelo programa e nas alegrias principalmente quando a primeira pessoa conseguiu concluir essa etapa árdua que foi o mestrado.

E, por fim, mas não menos importante, agradeço eternamente à Prof<sup>ª</sup> Dra Maria Angelica, por ter aceitado o desafio de me orientar, eu sendo enfermeira obstetra e ela enfermeira pediatra, duas especialidades que caminham lado a lado, mas são um tanto quanto diferentes e mesmo assim conseguimos trabalhar em um tema que fosse pertinente às duas. Sou grata pela paciência, compreensão dos momentos que estava passando, pelos ensinamentos, por ter me dado a oportunidade de conhecer melhor e trabalhar atendendo

os bebês egressos de uma unidade neonatal do qual irei sentir falta e por ter me orientado muito melhor do que eu poderia imaginar.

## RESUMO

Todo bebê nascido antes de 37 semanas de gestação é considerado pré-termo e requer acompanhamento em saúde por equipe multiprofissional. Além disso, alguns bebês a termo também precisam de cuidados especiais devido às condições de nascimento ou por apresentarem risco de morte sendo classificados como recém-nascidos de risco. Nas últimas décadas houve significativa melhora na sobrevivência de recém-nascidos pré-termos após a alta hospitalar. Entretanto, esses bebês necessitam de atenção diferenciada, e de serem acompanhados de forma sistemática por equipe multiprofissional, de modo a garantir uma assistência especializada e a continuidade dos cuidados em âmbito ambulatorial e em domicílio. Objetivou descrever a organização e funcionamento de um programa de seguimento do recém-nascido de risco na perspectiva do gestor, profissionais de saúde e familiares. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com gestor, profissionais de saúde e familiares de recém-nascidos de risco egressos das unidades neonatais de um hospital público de Campo Grande, MS. As entrevistas foram realizadas nos meses de março a junho de 2023, gravadas e transcritas na íntegra, e submetidas à análise de conteúdo. Participaram do estudo dois gestores, dois profissionais de saúde e nove familiares. Os dados foram organizados em uma categoria central “*Organização do serviço para a garantia da assistência ao recém-nascido de risco e à família*” composta por três subcategorias “*Funcionamento do programa de seguimento do recém-nascido de risco*”, “*Acolhimento familiar*” e “*Dificuldades enfrentadas e sugestões para a melhoria da assistência*”. O programa funciona com apenas duas profissionais de saúde, demonstrando a falta de uma equipe multidisciplinar completa no ambulatório. Além disso, não há o compartilhamento dos cuidados após a alta do bebê com a equipe da atenção básica. Também foi observado que o distanciamento do domicílio até os locais de atendimento é um fator que pode favorecer a descontinuidade do cuidado. Em contrapartida, foi consenso das famílias o bom atendimento e relacionamento com a pediatra que atende no programa. Sendo assim, para melhorar a efetividade do *follow up*, faz-se necessário abordar questões como implementação de protocolos, atenção continuada, construção de vínculos entre profissionais de saúde e família, comunicação entre equipes no intuito de melhorar a qualidade do atendimento.

**Descritores:** Recém-nascido Prematuro; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Instituições de Assistência Ambulatorial; Alta do paciente; Criança de risco; Continuidade da Assistência ao Paciente; Enfermagem Pediátrica.

## ABSTRACT

Every baby born before 37 weeks of gestation is considered preterm and requires health monitoring by a multidisciplinary team. Additionally, some full-term babies also need special care due to birth conditions or because they are at risk of death, classified as high-risk newborns. In recent decades, there has been a significant improvement in the survival of preterm newborns after hospital discharge. However, these babies require differentiated attention and systematic follow-up by a multidisciplinary team to ensure specialized care and continuity of care in outpatient and home settings. The aim was to analyze a high-risk newborn follow-up program from the perspective of management, healthcare professionals, and families. This is a descriptive study with a qualitative approach. Semi-structured interviews were conducted with managers, healthcare professionals, and families of high-risk newborns discharged from neonatal units of a public hospital in Campo Grande, MS. The interviews took place from March to June 2023, recorded, transcribed verbatim, and subjected to content analysis. The study included two managers, two healthcare professionals, and nine family members. The data were organized into a central category "Organization of the service to guarantee assistance to high-risk newborns and families," consisting of three subcategories: "Functioning of the high-risk newborn follow-up program," "Family reception," and "Difficulties faced and suggestions for improving care." The program operates with only two healthcare professionals, indicating a lack of a complete multidisciplinary team in the outpatient clinic. Additionally, there is no sharing of care after the baby's discharge with the primary care team. It was also observed that the distance from home to care facilities is a factor that may contribute to care discontinuity. On the other hand, families unanimously praised the good care and relationship with the pediatrician who attends the program. Therefore, to enhance the effectiveness of follow-up, it is necessary to address issues such as protocol implementation, continuous attention, building bonds between healthcare professionals and families, and communication among teams to improve the quality of care.

**Descriptors:** Newborn; Neonatal Intensive Care Units; Ambulatory Care Facilities; Patient Discharge; Child; Continuity of Patient Care; Pediatric Nursing

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAMI	Associação de Amparo à Maternidade e à Infância
AIDIPI	Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
MC	Método Canguru
MS	Mato Grosso do Sul
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PNAISC	Política de Assistência Integral à Saúde da Criança
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PRMI	Projeto de Redução de Mortalidade Infantil
RAMI	Rede de Atenção Materna e Infantil
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré-termo
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal
UCINCa	Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	4
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	6
<b>2. OBJETIVO</b>	9
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b>	10
<b>3.1. Recém-nascido de risco e prematuridade: classificação e fatores de risco</b>	10
<b>3.2. Assistência ao recém-nascido de risco no Brasil: políticas</b>	14
<b>3.3. Programa de Seguimento do Recém-nascido risco</b>	19
<b>4. METODOLOGIA</b>	22
<b>4.1. Tipo de estudo</b>	22
<b>4.2. Local de estudo</b>	22
<b>4.3. Participantes do estudo</b>	23
<b>4.4. Coleta de dados</b>	24
<b>4.5. Análise dos dados</b>	25
<b>4.6. Aspectos éticos</b>	26
<b>5. RESULTADOS</b>	27
<b>5.1. Artigo: ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE UM PROGRAMA DE SEGUIMENTO DOS RECÉM-NASCIDOS DE RISCO: PERSPECTIVA DOS GESTORES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMILIARES</b>	27
<b>9. REFERÊNCIAS</b>	50
<b>APÊNDICE A</b>	58
<b>APÊNDICE B</b>	60
<b>APÊNDICE C</b>	62
<b>APÊNDICE D</b>	64
<b>APÊNDICE E</b>	67
<b>APÊNDICE F</b>	69
<b>ANEXO A</b>	71



## APRESENTAÇÃO

O interesse pelo cuidado ao recém-nascido surgiu a partir de minha trajetória na enfermagem. Em busca de qualificação profissional, me inscrevi em um curso para formação em técnico em enfermagem (2010-2012), ocasião em que descobri a área materno-infantil e, desde então, meu objetivo era atuar nessa especialidade do cuidado.

Ainda, no ano de 2012 eu ingressei no curso de graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Este ano foi também o ano de nascimento da minha primeira filha. Esse momento era para ser lembrado com muita alegria e entusiasmo. Porém, o tratamento que eu recebi no hospital em que ela nasceu, desperta em mim lembranças traumáticas e de sofrimento. Essa experiência foi decisiva para minha escolha em atuar na enfermagem obstétrica.

Desse modo, motivada pela minha experiência pessoal, ingressei em 2020, no curso de residência profissional em enfermagem obstétrica, também da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Durante a residência, que ocorreu no auge da pandemia, pude acompanhar o nascimento de muitos bebês pré-termo e atuar diretamente no cuidado deles, o que despertou em mim o interesse pela enfermagem neonatológica. Como proposta para o trabalho de conclusão da residência, desenvolvi uma pesquisa de campo do tipo quantitativa sobre violência obstétrica, tema que sempre me chamou bastante atenção.

Ao finalizar a residência, ingressei no mestrado em enfermagem da mesma universidade, e tive a oportunidade de ter como orientadora a professora Maria Angélica Marcheti, que atua na área da enfermagem pediátrica e família, vindo ao encontro de minha formação e meu desejo em estudar temáticas voltadas ao público infantil. Fui apresentada ao estudo multicêntrico sobre a avaliação dos programas de seguimento dos recém-nascidos de risco na região Centro-Oeste, coordenado por ela no estado de Mato Grosso do Sul, o que me motivou ainda mais na busca por conhecer a realidade do atendimento aos neonatos de risco e suas famílias, e com os resultados dessa pesquisa contribuir para qualificar essa atenção. Uma oportunidade ímpar.

Durante a minha trajetória na escrita da dissertação, encontrei certa dificuldade quanto à pesquisa qualitativa, uma vez que essa era a primeira vez que estava de fato tendo contato com essa abordagem e, como já havia mencionado anteriormente, minha

experiência foi com a pesquisa quantitativa. Porém com o auxílio e orientação singular da minha orientadora, foi possível superar esse obstáculo.

Durante os dois anos do mestrado ainda tive a oportunidade de conhecer de perto a realidade dos atendimentos aos bebês egressos das unidades neonatais do hospital vinculado à universidade realizando consultas de enfermagem em parceria com os alunos e professora do curso de fisioterapia na Clínica Escola. Essa experiência me permitiu entender melhor a dinâmica e a importância do acompanhamento dos bebês e da abordagem familiar.

Para melhor compreender a assistência aos recém-nascidos de risco após a alta das unidades neonatais, foi realizada uma ampla revisão da literatura, uma visita aos principais conceitos e políticas públicas existentes em âmbito nacional, direcionadas a esse público, bem como a contextualização dos programas de seguimento do recém-nascido no estado de Mato Grosso do Sul. Tal caminho foi necessário para o alcance do objetivo deste estudo que foi analisar a assistência ofertada por programa de seguimento de recém-nascidos de risco, na perspectiva do gestor, profissionais de saúde e familiares, assim como, o funcionamento do mesmo.

Desse modo, este estudo tem o potencial de identificar o funcionamento e o fluxo do cuidado prestado pela equipe profissional de saúde aos recém-nascidos que necessitam de acompanhamento, cujas famílias requerem orientações para o cuidado domiciliar. Espera-se fornecer informações que contribuam para a melhor organização dos programas de seguimento ao recém-nascido de risco no estado de Mato Grosso do Sul.

Vale ressaltar ainda, que esta dissertação está dividida em introdução, objetivo, revisão de literatura com as principais informações sobre a temática, metodologia. Os resultados e a discussão estão apresentados em forma de manuscrito de acordo com as normas da revista Contexto & Saúde.

## 1. INTRODUÇÃO

Considero importante iniciar este estudo com a conceituação de recém-nascido de risco utilizada na literatura e uma introdução na temática sobre prematuridade e programa de seguimento do recém-nascido de risco.

É considerado pré-termo todo recém-nascido (RN) vivo com menos de 37 semanas completas de gestação. Os partos prematuros têm incidência de 20 a 30% e ocorrem quando há complicações como, por exemplo, o descolamento prematuro da placenta, a restrição de crescimento fetal e o sofrimento fetal (SOUZA et al, 2019).

No Brasil, nos anos de 2017 a 2021, um total de 1.571.455 partos foram prematuros, sendo que na região Centro-oeste nasceram 130.838 recém-nascidos prematuros com idade gestacional entre 22 a 36 semanas. Destes, 6.409 nasceram em Campo Grande (DATASUS, 2023).

Destaca-se alguns fatores de risco que estão relacionados ao parto prematuro, a saber: idade materna, nível de escolaridade, baixo nível socioeconômico, estado civil, desnutrição materna, uso de substâncias psicoativas, pré-natal inadequado, infecção intrauterina, infecção do trato urinário, hipertensão, infecções sexualmente transmissíveis, ruptura prematura de membranas, primiparidade, curto intervalo entre partos, multiparidade e histórico de parto prematuro (SOUZA et al., 2019; RUTAYISIRE et al., 2023).

Nesse sentido, e considerando a complexidade que envolve o nascimento prematuro, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2016) afirma que esta é a segunda maior causa de morte de crianças com idade inferior a cinco anos, sendo o período neonatal considerado como um momento de vulnerabilidades e morbidades.

Bebês pré-termos requerem acompanhamento em saúde por equipes multiprofissionais. Além disso, existem outras situações em que bebês a termo necessitam de atendimento especializado, devido às condições de nascimento ou por apresentarem risco de morte, sendo classificados como RN de risco aqueles que apresentam: restrição de crescimento fetal, anomalias congênitas e asfixia ao quinto minuto - Apgar < 7, além de situações que envolvem eventos intraparto e infecções agudas e crônicas, mãe adolescente, pais com baixa escolaridade, pré-natal incompleto ou não realizado e vulnerabilidade socioeconômica (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2021; SEGUNDO et al., 2018; KALE; FONSECA, 2023).

Diante desse contexto, é necessário que haja um cuidado sistematizado e especializado, direcionados tanto ao bebê quanto à sua família. Os locais onde eles recebem os primeiros cuidados em saúde são as Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) e as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), sendo a última especializada na assistência a RNs criticamente enfermos, altamente vulneráveis, que necessitam de cuidados especiais e contínuos em saúde para a garantia da sobrevivência (SEGUNDO et al., 2018).

Estudos realizados nas últimas décadas demonstraram melhora na sobrevivência de recém-nascidos de risco, especialmente os de muito baixo peso ao nascer e os pré-termos extremos. Porém, a fase de transição e adaptação do bebê e da família, da unidade hospitalar para o domicílio ainda é considerada crítica, pois requer mudanças com impactos emocionais, sociais, econômicos e familiares. Essa adaptação requer acompanhamento multiprofissional, pois caso ela não seja bem sucedida a condição do bebê pode se agravar, levando a agravos de saúde e até a morte (MIATELLO et al., 2019; BELEZA et al., 2019).

Por isso, os RNs egressos de UTIN necessitam de uma atenção diferenciada, devendo ser acompanhados de forma sistemática e contínua nos ambulatórios, de modo a garantir uma assistência especializada e resolutiva (BELEZA et al., 2019; XAVIER; BERNARDINO; GAÍVA, 2020).

Esse atendimento diferenciado, por equipe multiprofissional e especializada, composta principalmente por neonatologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, oftalmologistas, neurologistas, psicólogos e cardiologistas, nos primeiros anos de vida de um recém-nascido pré-termo (RNPT) e sua família, é indispensável para a prevenção de agravos, e para a identificação precoce de atrasos em seu desenvolvimento, no intuito de garantir diagnóstico diferencial, tratamento e reabilitação em tempo oportuno. Para tanto, a importância de programas de seguimento especializados que garantam a continuidade dos cuidados, promovam a saúde e capacitem pais e familiares para o cuidado domiciliar dessas crianças (BELEZA et al., 2019; MEDEIROS, 2021).

De modo a contribuir com a organização dos serviços e preparo da equipe, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) (2012) elaborou o Manual de Seguimento do Prematuro de Risco, no qual sugere o acompanhamento do RN com equipe multidisciplinar e avaliações periódicas quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor, a

avaliação oftalmológica, nutricional, cardiológica e com otorrinolaringologista, além de realização de ultrassom de transfontanelas.

Esses ambulatórios visam acompanhar o desenvolvimento, o crescimento e a adaptação dos RN de risco após a alta hospitalar. Estudos mostram que os bebês que não têm acesso a esses serviços apresentam resultados e condições de saúde menos favoráveis (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2021; CASTRO; DUARTE; DINIZ, 2017).

Como descrito anteriormente, o acompanhamento é realizado por uma equipe multiprofissional e todos os profissionais devem participar do primeiro ciclo de atendimento, para então poder elaborar um plano de cuidado adequado para cada situação, e as demais consultas devem seguir as definições do plano de cuidados (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2021).

Esta pesquisa faz parte de um estudo multicêntrico que visa caracterizar os programas de seguimento do RN na região Centro-Oeste do Brasil e sugerir melhorias na atenção ao recém-nascido de risco no país. Dito isso, sabe-se que na capital há quatro programas de seguimento ao RN de risco, sendo a cidade de Campo Grande considerada a maior rede de atenção especializada do estado (MATO GROSSO DO SUL, 2019). Estes quatro programas existentes, todos na capital, estão vinculados a instituições públicas, e possuem corpo técnico especializado e atividades de ensino de graduação e pós-graduação em obstetrícia e neonatologia. Entretanto, há a necessidade de se identificar como esses programas estão estruturados e funcionando.

Frente a esse contexto, identificou-se a necessidade de analisar um programa de seguimento de recém-nascido de risco em Campo Grande, Mato Grosso do Sul (MS). Espera-se ainda que o estudo possa contribuir com a identificação, organização e funcionamento de programas de seguimento do RN de risco da capital.

## **2. OBJETIVO**

Descrever a organização e funcionamento de um programa de seguimento do recém-nascido de risco na perspectiva do gestor, profissionais de saúde e familiares

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

A seguir serão apresentados tópicos referentes a revisão de literatura, compostos pelos seguintes elementos: “Recém-nascido de risco e prematuridade: classificação e fatores de risco”, “Assistência ao recém-nascido de risco no Brasil: políticas públicas” e “Programa de Seguimento do Recém-nascido de risco”

#### 3.1. Recém-nascido de risco e prematuridade: classificação e fatores de risco

Este tópico se propõe a caracterizar o RN de risco, dando ênfase para a prematuridade, sua classificação, fatores de risco e epidemiologia.

O termo RN de risco caracteriza o bebê que possui maior risco morbidade e mortalidade quando comparado aos demais (BRASIL, 2014). Dentre os RNs que são considerados de risco, predominam os nascidos prematuros e/ou com baixo peso. Porém, ainda existem outros fatores condicionados ao estado clínico do bebê, que também demandam acompanhamento especial, sendo eles: neonatos pequenos para a idade gestacional, com encefalopatia neonatal, bebês a termo que necessitam de ventilação mecânica por tempo maior que 24 horas, aqueles que reprovaram no teste de triagem auditiva neonatal, portadores de infecções neonatais do sistema nervoso central, malformações congênitas cerebrais ou cardíacas, hiperbilirrubinemia, anormalidades neurocomportamentais observadas no período neonatal (DOYLE et. al, 2014).

Em 2014, o Ministério da Saúde elaborou um guia para os profissionais de saúde classificando como alto risco ao nascer um RN com os seguintes sinais: peso ao nascer <2.000g ou >4.000g, idade gestacional <35 semanas, dificuldade respiratória, febre materna ou corioamnionite, palidez ou pletora, infecção intrauterina, anomalias congênitas graves, lesão grave devido ao parto, reanimação com ventilação mecânica.

Complementando o guia do Ministério da Saúde, em 2021 foi elaborado uma Nota técnica pelo hospital Albert Einstein classificando o risco dos RN em:

- Afecções peri e neonatais:
  - **Apgar  $\leq$  6 no quinto minuto;**
  - Asfixia perinatal;
  - Infecções crônicas do grupo ZTORCHS (Zika, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes Simples, Sífilis), confirmadas ou em investigação;

- Malformações congênitas graves;
- Cromossomopatias;
- Doenças metabólicas;
- Fatores maternos:
  - Mãe e/ou pai com dependência de álcool e outras drogas;
  - Depressão materna;
  - Doenças maternas graves e/ou não controladas;
- Fatores sociofamiliares:
  - Gravidez não aceita;
  - Mãe adolescente;
  - Mãe com baixa escolaridade (<5 anos de estudo);
  - Pai com baixa escolaridade (<5 anos de estudo);
  - Mãe que não realizou acompanhamento pré-natal ou o fez de forma incompleta;
  - Irmãos <5 anos com internação de repetição ou óbito por causas evitáveis;
  - Mãe e/ou pai com condições que comprometam o cuidado da criança;
  - Mãe e/ou pai com comportamentos que comprometam o cuidado da criança;
  - Mãe ausente por doença, abandono ou óbito;
  - Indícios de violência física, sexual ou psicológica;
  - Negligência com relação às necessidades da criança;
- Fatores relacionados ao ambiente:
  - Exposição à fumaça ambiental do tabaco;
  - Condições de moradia desfavoráveis;
  - Vulnerabilidade socioeconômica;
  - Dificuldade de acesso aos serviços de saúde e sociais;

Com relação à prematuridade, é importante destacar que no início do século XX os recém-nascidos com peso inferior a 2.500g ao nascer eram considerados pré-termo, baseado principalmente no comportamento neonatal e na progressão para a mortalidade neonatal, hemorragia intracraniana e outras condições. Em 1950 a OMS definiu RNPT aquele que apresenta peso inferior a 2.500g ao nascer ou aquele nascido antes de 37 semanas de gestação (SOUZA; CECATTI, 2020).



Souza et.al. (2019) conceituam pré-termo como o feto nascido antes do tempo normal de gestação, devido a fatores diversos, muitas vezes imprevisíveis. Classificam a prematuridade como espontânea, em decorrência do trabalho de parto espontâneo ou ruptura prematura de membranas, e eletiva, quando se dá por indicação médica em decorrência de risco para o feto ou para a mãe.

A Organização Mundial da Saúde (2016) divide os bebês nascidos prematuros em três subcategorias: prematuros extremos (<28 semanas de gestação), muito prematuro (28 a <32 semanas de gestação) e os prematuros moderados a tardios (32 a <37 semanas). Nessa mesma perspectiva, Souza e Cecatti (2020) descrevem que o pré-termo, é caracterizado também pela idade gestacional em: prematuro tardio (entre 34 semanas a 37 semanas e 6 dias), prematuro moderado (de 32 semanas a 33 semanas e 6 dias), muito prematuro (de 28 semanas a 31 semanas e 6 dias) e extremamente prematuro (<28 semanas).

Para Rutayisire et al., (2023) a prematuridade é a principal causa de doenças perinatais e mortalidade em todo o mundo, sendo um dos maiores desafios da saúde pública e está associada à incapacidade de longo prazo, como mau desenvolvimento neurológico, paralisia cerebral, anormalidades da visão, entre outros, e ainda os altos custos financeiros dos cuidados.

Nesse sentido, torna-se importante destacar os fatores de risco para a prematuridade. Algumas causas que levam ao parto prematuro ainda são desconhecidas e variadas, dentre elas incluem, principalmente, àquelas relacionadas ao aparelho genital feminino, às alterações placentárias, ao excesso de líquidos amnióticos, à idade materna (extremos de idade), às infecções maternas, à primiparidade, e à gestação gemelar (SOUZA et al, 2019; SOUZA; CECATTI, 2020).

A gravidez na adolescência também pode ser considerada um fator de risco para a prematuridade por estar associada à imaturidade biológica, como a idade ginecológica jovem e o não completo desenvolvimento. Além disso, gestantes adolescentes frequentam menos as consultas no período pré-natal (CARVALHO et al., 2021). O mesmo autor destaca que uma assistência pré-natal deficitária e intercorrências clínicas na gestação, aumentam de 4 a 5 vezes as chances de parto prematuro, uma vez que as mulheres deixam de receber informações necessárias e adequadas.

Ainda, de acordo com Carvalho et al. (2021), a baixa escolaridade materna está associada ao baixo padrão socioeconômico e a dificuldade em obter acesso às informações e orientações, à restrição da capacidade de cuidado e assistência, ao início tardio ou ausência de pré-natal, à alimentação inadequada e hábitos prejudiciais na gravidez, podendo resultar num parto prematuro.

Araújo, Barros e Sousa (2023) reforçam que os riscos para o parto prematuro relacionados à mãe estão ligados ao baixo peso pré-gestacional e ganho de peso insuficiente durante a gravidez. Além disso, algumas doenças maternas também estão comumente associadas à prematuridade, como por exemplo: diabetes, hipertensão, doença da tireoide, obesidade, depressão e estresse emocional.

Algumas doenças rastreáveis, preveníveis e de fácil tratamento, também estão associadas ao parto prematuro, entre elas estão as conhecidas pelo mnemônico TORCHS (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes simples e Sífilis) (CARVALHO et al., 2021).

No que diz respeito às consequências do nascimento prematuro, estudos destacam que o uso de substâncias alcoólicas, pode impedir e dificultar o crescimento intra-uterino. Em relação ao tabaco, já foi relatada a presença de substâncias que podem atravessar a barreira placentária, como o monóxido de carbono, que danifica a hemoglobina fetal, impedindo a ligação do oxigênio causando hipoxemia fetal e, conseqüentemente, retardo do crescimento intra-uterino e o descolamento prematuro da placenta. A nicotina que também retarda o crescimento fetal, além de atingir o sistema nervoso central (MAIA et al., 2022).

Estudos realizados já comprovaram que bebês pré-termo têm maior probabilidade de ter conseqüências graves após o nascimento, como cegueira, paralisia cerebral, problemas de aprendizagem e desenvolvimento. A curto prazo, podem apresentar instabilidade de temperatura, hipoglicemia, desconforto respiratório, icterícia, dificuldades de alimentação, retinopatia, doença pulmonar crônica (MAIA et al., 2022; MENDES; ALCÂNTARA, 2023).

Estima-se que a cada ano, 2,6 milhões de partos prematuros ocorram no mundo, principalmente em países de baixa e média renda. Em 2014, a taxa global de nascimentos prematuros foi de 10,6 por 100 nascidos vivos, sendo que neste mesmo ano, o Brasil ocupava o nono lugar no ranking dos 10 países com as maiores taxas de prematuridade sendo, essa taxa de 11,2 por 100 nascidos vivos (FONSECA et al, 2019; DIAS et al, 2022).

De acordo com o DATASUS, no ano de 2020, houve 308.702 partos prematuros com idade gestacional entre 22 a 36 semanas. Destes, 25.727 ocorreram na região Centro-Oeste do Brasil e 5.032 no estado de Mato Grosso do Sul. Neste período, a capital do estado, Campo Grande, registrou o total de 1.267, representando, aproximadamente, 25,17% dos nascimentos prematuros do estado (BRASIL, 2020). Ressalta-se que a principal causa de internações e morte de RN em UTINs é prematuridade, seguido de desconforto respiratório e baixo peso ao nascer.

O Ministério da Saúde (MS) reitera que a prematuridade é a principal causa de morte no primeiro mês de vida e o impacto desse evento repercute nos indicadores de saúde infantil. Por isso, faz-se necessário adotar medidas que identifiquem precocemente determinadas condições para que os profissionais de saúde sejam capazes de planejar suas ações e tomada de decisão, visando o aperfeiçoamento e a qualidade da atenção à saúde dos RNs, no intuito de tratar ou reduzir esses agravos (PENHA et al, 2019; SOUZA et al, 2019; SOUSA et al., 2020).

Nesse sentido, torna-se fundamental conhecer as políticas direcionadas a assistência ao recém-nascido no Brasil, de modo a melhor compreender os avanços e as lacunas atualmente existentes.

### **3.2. Assistência ao recém-nascido de risco no Brasil: políticas**

Este tópico aborda o percurso histórico das políticas públicas referentes aos cuidados da criança, principalmente do RN, com destaque para o Método Canguru, especificamente a terceira etapa.

Devido aos impactos da prematuridade para a saúde pública, pois o bebê pré-termo requer hospitalizações, tratamentos prolongados, equipes especializadas, entre outros, o Brasil tem desenvolvido políticas, pactos e programas de assistência a gestantes e RNs, direcionando ações para a promoção da saúde, e para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (FILHO, 2022).

Como a prematuridade é um dos principais fatores que contribui para o elevado índice de morbimortalidade infantil, os neonatos requerem cuidados mais especializados e maior qualificação profissional, no intuito de auxiliar na sobrevivência e no desenvolvimento dessa população (PILGER et al, 2022). Nesse sentido, destaca-se, a

seguir, as principais políticas públicas brasileiras direcionadas à saúde da criança e do neonato.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi formulado em 1973, como um instrumento de organização e implementação do calendário vacinal básico, devido às altas taxas de mortalidade de crianças por doenças imunopreveníveis. Porém, ele só foi institucionalizado em 1975 através da Lei 6.259/75 e do Decreto 78.231/76 (BRASIL, 2013; MARINHO; FERREIRA, 2021). Neste mesmo ano, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil que tinha como foco a atenção ao pré-natal e puerpério, e objetivava reduzir a mortalidade materna e infantil (AIRES, 2020).

Em 1983, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), que tinha a intenção de qualificar o atendimento e melhorar as condições de saúde da mulher e da criança. Em 1984, ele foi desmembrado em Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (FERREIRA, 2020).

A partir da criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, a saúde da criança passa a receber atenção mais específica, garantindo avanços significativos no seguimento do crescimento e desenvolvimento das crianças, além de ações controladoras de condições como diarreias, desidratação e infecções prevalentes nessa população, principalmente as Infecções Respiratórias Agudas (FERREIRA, 2020; MARINHO; FERREIRA, 2021).

Em 1990, após a Reunião da Cúpula Mundial em Favor da Infância, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em Nova Iorque, percebeu-se que as taxas de mortalidade infantil ainda estavam elevadas no Brasil e em outros 158 países, levando os integrantes a assinarem a Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança. A partir desse movimento em defesa da população infantil, foi elaborado no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), visando garantir o direito à proteção, à vida, e à saúde destes, além de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana (BRASIL, 1990; MARINHO; FERREIRA, 2021).

No ano de 1995, com o intuito de intensificar os esforços em favor da infância, foi lançado o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) aliado à estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), implantada em 1996,

objetivando prevenir e promover a saúde a partir de ações de educação em saúde e identificação de situações de risco (FERREIRA, 2020; MARINHO; FERREIRA, 2021).

Já no ano 2000, o Ministério da Saúde institui a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru por meio da Portaria nº 693, com o intuito de promover a atenção humanizada ao RN de baixo peso e que, posteriormente, em 2007, é revogada pela Portaria nº 1.683 e passa a ser considerada uma política pública, a qual será abordada detalhadamente mais adiante (BRASIL, 2000; BRASIL, 2007).

Seguindo no mesmo contexto da portaria descrita anteriormente, em 2011 foi criada no Brasil, a Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº 1.459, que consistiu em assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada a gravidez, parto e puerpério, bem como à criança, o direito ao nascimento seguro, e crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

No ano de 2015, o Ministério da Saúde (MS) institui a Portaria nº 1.130, lançando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com o objetivo de promover e proteger a saúde de crianças até os nove anos de idade, por meio de ações como o aleitamento materno, cuidados integrais e integrados na gestação, com atenção especial à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade. Tem por objetivo ainda, reduzir a morbimortalidade e garantir um ambiente com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

Em 2022, foram criadas as Portarias nº 715 e nº 2.228 que alteraram a Rede Cegonha e instituem a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). Porém, como a RAMI tinha foco apenas na atuação do médico obstetra, não tendo sido levado em consideração os problemas que tais mudanças causariam na assistência à saúde das mulheres, em 2023, entra em vigor a Portaria nº 13 que revoga as duas anteriores propondo o retorno da Rede Cegonha, uma vez que esta tratava de forma mais adequada à saúde materno-infantil (BRASIL, 2022; BRASIL, 2023).

Sabe-se que bebês pré-termos exigem que o sistema de saúde implemente estratégias que forneçam estrutura assistencial, capacidade técnica e equipamentos que nem sempre estão disponíveis. Esses bebês, necessitam ainda de cuidados neonatais intensivos para que possam se adaptar de maneira satisfatória à vida extrauterina. Com isso, a assistência ao pré-termo exige cuidados de maior complexidade, sendo necessário,

na maioria das vezes, um período de internação em UTIN (ALMEIDA et al, 2018; CARVALHO et al, 2021; PILGER et al, 2021).

As UTIN são setores do hospital destinados ao atendimento de RNs pré-termos e/ou baixo peso, e de neonatos que necessitam de assistência de alta complexidade, e que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas (FREITAS et al., 2018). Busato et al. (2021) afirmam que o enfermeiro possui habilidades de gerenciamento do cuidado do pré-termo e desenvolve atividades em conjunto com a equipe multiprofissional para que a família construa a autonomia para o cuidado da criança.

O enfermeiro atua também esclarecendo as dúvidas e os anseios dos pais, incentivando o envolvimento da família na hospitalização e nos cuidados, discutindo prognósticos, estimulando os pais no cuidado ao recém-nascido, além de focar no acompanhamento da saúde do pré-termo e da família. Essas intervenções são direcionadas, principalmente, para ajudar o bebê na transição da vida intrauterina para a extrauterina, e do hospital para casa (NASCIMENTO et al., 2022).

No intuito de auxiliar nessa transição da vida intrauterina para a extrauterina, foi proposto nos anos de 1970, o Método Canguru (MC) na cidade de Bogotá na Colômbia, sendo adotado no início dos anos 2000 como política pública brasileira para recém-nascidos pré-termo de baixo peso (BRASIL, 2019). Esse método preconiza um atendimento acolhedor e humanizado, que promove intervenções ambientais, aproximando os pais e familiares que frequentam o espaço da UTIN e os diversos estabelecimentos de saúde responsáveis pelo cuidado do recém-nascido pré-termo. A política objetiva fortalecer o crescimento e desenvolvimento desses recém-nascidos e o amparo a sua família (BRASIL, 2015).

O MC visa promover a participação dos pais e da família nos cuidados neonatais, tendo como foco, o contato pele a pele, que começa de forma precoce, ainda na UTIN, evoluindo até a posição canguru após a alta no domicílio (BRASIL, 2017; SILVA, 2018).

O Método compreende três etapas, que serão apresentadas a seguir, e se adequa a cada momento evolutivo do RN (BRASIL, 2019):

1ª etapa: inicia-se no pré-natal identificando a gestação de alto risco e indicando a necessidade de cuidados especializados, os quais podem ou não, acarretar na internação do RN em UTIN e/ou UCIN. Já com o bebê na UTIN, a equipe deve preocupar-se em

aproximar a família do RN, diminuindo os riscos quanto à formação de vínculo entre os pais e o bebê. Recomenda-se a posição canguru e a inclusão dos pais nos cuidados o mais precocemente possível.

2ª etapa: nessa etapa, o RN é transferido para a UCINCa, momento em que ele já está estável clinicamente, e os pais passam a assumir a maior parte dos cuidados com o seu filho. É indicado a posição canguru pelo máximo de tempo possível, de acordo com a disponibilidade dos cuidadores.

3ª etapa: essa etapa tem início com a alta hospitalar do RN pré-termo, sendo acompanhado de forma compartilhada pela equipe hospitalar de origem e a Unidade Básica de Saúde (UBS) e para isso, o RN necessita ter um peso mínimo de 1.600g, ter ganho de peso nos três dias que antecedem a alta, e estar em aleitamento materno exclusivo ou que a família esteja habilitada a realizar a complementação. Neste momento, o ideal é que a criança seja atendida em três consultas na primeira semana, duas na segunda semana e uma vez por semana até atingir 2.500g, momento que será novamente avaliada podendo receber alta da 3ª etapa do MC e encaminhada para ambulatórios de seguimento ou de reabilitação. Após a alta, a atenção básica deve ainda garantir o primeiro retorno ao hospital de origem, em até 72 horas.

Estudo realizado em um hospital público aqui no estado de Mato Grosso do Sul (MS), apontou que alguns profissionais de saúde relacionam o MC apenas ao contato pele a pele (MATOZO et al, 2021). Porém, sabe-se que a posição canguru é apenas um dos cuidados proposto pelo MC que, segundo Brasil (2007), tem como vantagens: aumentar o vínculo entre mãe e filho e reduzir o tempo de separação entre eles; melhorar a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do RNPT; estimular o aleitamento materno; permitir um controle térmico adequado; favorecer a estimulação sensorial adequada do RN; contribuir para a redução do risco de infecção hospitalar; reduzir o estresse e a dor dos RN; propiciar um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilitar maior competência e confiança dos pais no manuseio e cuidado do seu filho; e contribuir para a otimização dos leitos de UTIN e UCIN.

Preconiza-se que após a alta hospitalar do RN, o MC continue na atenção primária com o acompanhamento dos profissionais da UBS. Estes por sua vez, tem um papel importante, pois conseguem avaliar a dinâmica e o funcionamento familiar, identificar

situações de risco e vulnerabilidade, reforçar orientações à família, além de sanar dúvidas e dificuldades que surgirem com a nova rotina familiar (BRASIL, 2016).

A continuação do MC no ambiente domiciliar promove alegria aos pais. Entretanto, estes relatam sentimentos de medo e dúvidas quanto à sua capacidade para cuidar do bebê, pois esse cuidado requer mudanças e adaptações na vida e no cotidiano da família (GOMES et al. 2021; CAÑEDO et al. 2021).

É importante considerar que mesmo após a alta hospitalar, o risco de morbimortalidade desses bebês ainda preocupa, pois eles necessitam de cuidados diários da família e do acompanhamento dos profissionais de saúde. Dessa forma, é necessário que haja o planejamento de ações conjuntas desenvolvidas pela equipe multiprofissional de saúde, tanto com a participação da família do bebê, quanto com o envolvimento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), para ao acompanhamento do bebê (CARVALHO et al, 2021). Nesse sentido, é fundamental compreender o que é um programa de seguimento do RN de risco e como ele funciona, o que será apresentado na sequência.

### **3.3. Programa de Seguimento do Recém-nascido risco**

Neste tópico será abordado sobre a finalidade, objetivo e como deve ser o atendimento do RN de risco egresso da UTIN.

O cuidado ao RN egresso da UTIN, após a alta hospitalar, faz parte da terceira etapa do Método Canguru. Esse cuidado é imprescindível para a prevenção de agravos, identificação de atrasos em seu crescimento e desenvolvimento e a promoção da saúde integral, requerendo o acompanhamento contínuo em ambulatórios especializados em conjunto com a APS (SBP, 2012; AIRES et al., 2015).

Esse seguimento ambulatorial, também conhecido em alguns países como *follow-up*, é considerado a melhor ferramenta para seguimento e avaliação do desenvolvimento dos RNs de risco. O programa tem como objetivo a promoção da atenção humanizada, abrangendo a evolução do desenvolvimento neuropsicossocial, identificando as necessidades de seguimento especializado. Deve ser assegurado que as consultas sejam realizadas em consultórios disponibilizados pelo hospital onde a criança nasceu, além de oferecer suporte para a família, identificar e corrigir situações de risco nas habilidades



motoras, comportamentais, visuais, auditivas e de fala da criança (BRASIL, 2013; FORMIGA; SILVA; LINHARES, 2018).

O atendimento a esses bebês deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar composta por: pediatras e/ou neonatologistas, obstetras, oftalmologista, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista e técnicos de enfermagem (Brasil, 2013). O enfermeiro atua no planejamento da assistência, educação continuada da equipe de enfermagem, orientação e treinamento dos pais, encaminhamentos para outras especialidades, visita domiciliar, ajudando a melhorar o cuidado materno, além de contribuir para o crescimento e desenvolvimento adequados (XAVIER; BERNARDINO; GAIVA, 2020).

Os atendimentos ao bebê e à família são individuais, devendo estes ser acompanhados por, pelo menos, até dois a três anos de idade, considerando que as sequelas mais graves do desenvolvimento já terão sido detectadas. Há que se considerar que há fatores que influenciam na periodicidade das consultas, podendo ser datas mais próximas, ou mais distantes, sendo o peso do RN um dos principais critérios. Entretanto, deve-se considerar também os fatores de risco, como agravos clínicos, situação sociofamiliar e a integração do serviço com a APS (MEDEIROS, 2021).

Em relação a periodicidade e frequência das consultas, elas são definidas segundo a avaliação clínica e o plano de cuidados, podendo ainda serem alternadas as ações de acompanhamento na atenção especializada e na APS (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2021).

A continuidade do cuidado após a alta hospitalar para melhor qualidade de vida do RN de risco é fundamental, porém a continuidade no contexto brasileiro ainda possui fragilidades tanto estruturais como de recursos. Um estudo realizado em uma unidade neonatal no Distrito Federal apontou que os profissionais de saúde reconhecem a importância do MC, porém relataram que o déficit de profissionais torna-se um obstáculo para a implementação (SOUZA et al., 2019).

Mesmo que o MC esteja estruturado através de políticas públicas de humanização, sabe-se que ainda não é realidade na maioria das maternidades públicas e privadas do Brasil (CASTRAL; BRAGA; MENDONÇA, 2021). Nesse sentido, o presente estudo justifica-se por possibilitar conhecer a organização e o funcionamento de um programa de seguimento de recém-nascido de risco implantado em ambulatório de um hospital de referência para partos e para atendimento a recém-nascidos de risco.



## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Para Proetti (2017), a pesquisa qualitativa busca respostas que possibilitem entender, descrever e interpretar fatos, permitindo ao pesquisador manter contato direto com o seu objeto de estudo. Geralmente é utilizada para estudar fenômenos ou fatos que envolvam seres humanos em suas relações sociais, e em seus diversos ambientes.

A pesquisa qualitativa é descrita como aquela que se preocupa com fatos da sociedade que estão centrados na interpretação e explicação da dinâmica das relações sociais, ou seja, seu foco é voltado para o indivíduo e para suas relações e interações com o ambiente (SOUSA; SANTOS, 2020).

A pesquisa qualitativa tem um olhar mais aprofundado sobre os acontecimentos sem perder a cientificidade e ainda apresenta uma análise dos fatos pesquisados na perspectiva dos participantes envolvidos no estudo (MARQUES; VIANA; SCABELLO, 2020). A abordagem permite ainda explorar o contexto em que a assistência é prestada podendo ser utilizadas na avaliação da qualidade da assistência.

Nos métodos qualitativos é importante a interpretação por parte do pesquisador, com suas opiniões sobre o fenômeno em estudo, em que a coleta de dados normalmente se dá por meio de entrevistas com questões abertas (PEREIRA et al., 2018).

Por fim, optou-se por utilizar o método qualitativo por ele permitir explorar e compreender a assistência aos RN de risco e suas famílias nas diversas perspectivas, aqui no caso, pelas percepções e experiências dos gestores, profissionais de saúde e familiares.

### **4.2. Local de estudo**

A pesquisa foi desenvolvida em um ambulatório integrado a uma maternidade de hospital público de Campo Grande/MS, no período de março a junho de 2023.

O referido hospital é uma entidade beneficente de Assistência Social da Área da Saúde e foi fundada no ano de 1938, em Campo Grande/MS. É considerada uma entidade de direito privado, sob a forma de associação sem fins lucrativos, e reconhecida como de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal. A primeira unidade de trabalho criada foi a instalação de um posto de puericultura, um lactário e um ambulatório maternal onde

eram atendidas gestantes e crianças até 10 anos de idade. Em 1944 a entidade foi entregue à população, sendo a primeira maternidade de Campo Grande. Atualmente, ela é considerada referência estadual para partos e terapia intensiva neonatal.

A instituição possui 143 leitos distribuídos para tratamento ginecológico, obstetrícia e neonatologia, dos quais 26 são de terapia intensiva neonatal e 12 leitos semi-intensivos. Dispõe ainda de um centro cirúrgico com 6 salas e Centro Obstétrico com 5 salas. A equipe multiprofissional do hospital é composta por médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogas, assistentes sociais e nutricionistas.

O ambulatório de pediatria, onde são realizadas as consultas de *follow-up*, encontra-se vinculado ao hospital e está localizado no centro da capital, sendo que o atendimento aos RNs de risco é desenvolvido apenas por uma pediatra cedida pela prefeitura de Campo Grande e uma assistente social.

### **4.3. Participantes do estudo**

O estudo foi desenvolvido com gestores do hospital, que diretamente influenciam nas políticas do hospital voltadas para a atenção ao neonato, profissionais de saúde que fazem parte do programa de seguimento de recém-nascido de risco do hospital, além de familiares das crianças que estavam em acompanhamento no momento da coleta de dados.

O hospital dispõe de diretores eleitos a cada três anos de acordo com votação de profissionais associados. Para esta pesquisa foram entrevistados o presidente e o diretor clínico, ambos médicos, sendo o primeiro ginecologista e obstetra, e o segundo pediatra e neonatologista.

As profissionais de saúde entrevistadas neste estudo foram a pediatra que realiza os atendimentos aos recém-nascidos, e também é a coordenadora do programa, e a assistente social responsável pelo primeiro agendamento dos RNs após a alta. Ela ainda é encarregada de solicitar, via Sistema Nacional de Regulação (SISREG), os encaminhamentos feitos pelos médicos. As duas participantes são as únicas profissionais que atuam diretamente no atendimento aos bebês egressos das unidades neonatais.

Foram entrevistadas a pediatra que realiza os atendimentos e a assistente social, visto que são as únicas profissionais de saúde que atuam no programa. Quanto aos gestores, foram entrevistados o presidente e o diretor clínico, pois são os cargos de maior relevância da instituição.

Para pais/cuidadores, os critérios de participação no estudo foram: ser pai, mãe ou responsável legal pela criança que fazia acompanhamento regularmente no programa de seguimento de neonatos de risco egressos da UTIN e ter idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos, pais, mães ou responsáveis com qualquer dificuldade cognitiva que os impossibilitava de participar das entrevistas.

#### **4.4. Coleta de dados**

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais de saúde e familiares (APÊNDICE A, B, C, D), em local privativo e reservado para tal finalidade, para que não ocorressem interrupções e nem constrangimentos com entrada e saída de pessoas.

As entrevistas foram direcionadas por roteiro com questões que permitiram caracterizar e descrever o serviço, seu funcionamento e a assistência prestada ao RNR e família. Estas foram gravadas em aplicativo de gravação de áudio no celular da pesquisadora responsável pelo projeto, mediante o aceite dos participantes e, após, transcritas na íntegra para análise, as quais ficarão em posse das pesquisadoras, pelo período de cinco anos e, depois, as mesmas serão descartadas.

A entrevista com os diretores foi agendada de acordo com as suas disponibilidades, sendo que o presidente concedeu a entrevista em seu consultório particular, após várias tentativas de agendamento. Já o diretor clínico foi entrevistado no auditório da instituição. As entrevistas com as duas profissionais de saúde que atuam no programa foram previamente agendadas e realizadas em suas salas de trabalho.

Quanto à seleção dos familiares para participar da investigação, esta se deu por conveniência, ou seja, foram entrevistados todos aqueles que estavam presentes na sala de espera do ambulatório, nos dias do atendimento médico, e que aceitaram participar após a abordagem inicial. As entrevistas foram realizadas antes das consultas, na sala de espera do ambulatório, e direcionadas por roteiro com itens referentes à composição familiar, local e data de nascimento da criança, unidade de saúde que frequenta quando necessita de atendimento para o bebê; além de critérios de risco ao nascer, dados referentes aos atendimentos e facilidades/dificuldades encontradas pelos familiares nos atendimentos realizados tanto na instituição estudada como nos atendimentos complementares.

Foram utilizados dados dos prontuários dos RNs, de modo a melhor complementar as informações fornecidas pela família durante a entrevista. Para isso, lançou-se mão de prontuários eletrônicos onde foram obtidas informações relacionadas ao tipo de parto, intercorrências neonatais e maternas. A coleta de dados foi realizada no período de março a junho de 2023.

#### **4.5. Análise dos dados**

Os dados das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo proposto por Bardin, percorrendo três principais etapas (BARDIN, 2016):

1. Pré-análise: essa etapa consistiu na organização do material propriamente dito e na sistematização das ideias iniciais que balizaram a análise. Nesta etapa as entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra e reunidas com os dados coletados dos prontuários, para posterior análise.
2. Exploração do material: envolveu a aplicação sistemática do que foi estabelecido na etapa anterior, com vistas à classificação do conteúdo reunido. Nesta etapa, ocorreu a codificação, recorte, classificação e categorização dos dados. As entrevistas foram codificadas e os participantes identificados como P = pais, já que os familiares que compuseram a população do estudo eram apenas pais e/ou mães e E = equipe de saúde pois a assistente social também integrou como profissional de saúde e também foram incluídos os gestores, uma vez que os mesmos são médicos da instituição e para preservar o anonimato destes.
3. Tratamento dos resultados e interpretações: essa etapa consistiu em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado. A análise comparativa é realizada por meio da justaposição das diversas categorias existentes em cada análise, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes. Após a categorização, as entrevistas foram novamente analisadas por duas pesquisadoras, sendo a primeira, enfermeira obstetra, e a segunda enfermeira e doutora com experiência em análises de dados qualitativos. Por meio de inferência, as entrevistas foram agrupadas de modo a dar significado aos achados dentro das categorias já estabelecidas, sempre levando em consideração os objetivos do estudo e o objeto de pesquisa.

A partir da análise dos resultados que as entrevistas foram submetidas, seguiu-se para a Análise de Conteúdo, em que foi realizado a pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, a fim de buscar um rigor na organização da investigação, a validade dos achados e uma coerência interna e sistemática entre as fases. (BARDIN, 2016).

Diante disso, realizou-se a análise das narrativas separadamente, agrupando aquelas que fossem semelhantes e, ao final, emergiram 1 categoria central e 3 subcategorias.

#### **4.6. Aspectos éticos**

O presente estudo respeitou as diretrizes e critérios estabelecidos na Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A proposta de pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e obteve parecer favorável sob o número de CAAE 53123621.2.0000.0021 (ANEXO A).

Antes de iniciar a coleta de dados, foi informado a todos os participantes os objetivos da pesquisa, sendo esclarecido que os mesmos tinham o direito de não participar da entrevista, bem como poderiam solicitar a desistência a qualquer momento do desenvolvimento do estudo.

Foi solicitada a autorização dos participantes através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E), em duas vias, permanecendo uma com o entrevistado e outra com a pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas perante o aceite dos participantes, sendo que os mesmos foram informados sobre a finalidade/objetivo e estratégias metodológicas da pesquisa. Os participantes do estudo foram esclarecidos quanto à possibilidade de desistirem da participação voluntária a qualquer momento do estudo, sem qualquer dano a sua pessoa e sem represálias em relação ao atendimento do seu familiar na instituição.

Esta pesquisa é parte de um estudo multicêntrico sob o título “Seguimento de recém-nascido de risco na região Centro-Oeste” sob a coordenação geral da Prof Dra Maria Aparecida Munhoz Gaiva com CAAE 14164719.1.1001.5541 e parecer de aprovação n° 3.359.087; e coordenação local da Prof Dra Maria Angélica Marcheti.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Artigo: ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE UM PROGRAMA DE SEGUIMENTO DOS RECÉM-NASCIDOS DE RISCO: PERSPECTIVA DOS GESTORES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E FAMILIARES

#### ORGANIZATION AND OPERATION OF A HIGH-RISK NEWBORN FOLLOW-UP PROGRAM: PERSPECTIVES OF MANAGERS HEALTHCARE PROFESSIONALS AND FAMILIES

**Resumo:** Este estudo teve como objetivo analisar um programa de seguimento de recém-nascidos de risco, na perspectiva dos gestores, profissionais de saúde e familiares. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa realizada com duas profissionais de saúde que atuam no programa, gestores e nove familiares de recém-nascidos de risco egressos de unidades neonatais de um hospital público. A coleta de dados ocorreu no período de março a junho de 2023 por meio de entrevistas semiestruturadas e interpretadas pela análise de conteúdo proposto por Bardin sendo identificada uma categoria central “Organização do serviço para assistência ao recém-nascido de risco e à família”, composta por três subcategorias “Funcionamento do programa de seguimento do recém-nascido de risco”, “Acolhimento familiar” e “Dificuldades enfrentadas e sugestões de melhoria para a assistência”. Com isso, pode-se identificar fragilidades que podem interferir na qualidade da assistência, mas também alguns pontos positivos em relação aos atendimentos. Os resultados mostraram que ainda existe uma falha no que tange o cuidado continuado do recém-nascido de risco na instituição estudada de acordo com o Método Canguru. Além disso, a falta de comunicação entre as equipes de saúde da Atenção Primária à Saúde e do referido hospital compromete a qualidade do cuidado prestado. Portanto, faz-se necessário abordar mais sobre as dificuldades enfrentadas no programa com os gestores e profissionais de saúde da instituição, bem como com os profissionais da Atenção Primária à Saúde em estudos posteriores.

Palavras-chave: Recém-nascido prematuro; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Instituições de assistência ambulatorial; Continuidade da assistência ao paciente; Enfermagem pediátrica; Neonatologia.

**Abstract:** This study aimed to analyze a high-risk newborn follow-up program from the perspective of managers, healthcare professionals, and families. It is a descriptive research with a qualitative approach conducted with two healthcare professionals working in the program, managers, and nine relatives of high-risk newborns discharged from neonatal units of a public hospital. Data collection took place from March to June 2023 through semi-structured interviews interpreted using content analysis proposed by Bardin, identifying a central category "Organization of the service for high-risk newborn and family care," composed of three subcategories: "Operation of the high-risk newborn follow-up program," "Family reception," and "Difficulties faced and suggestions for improvement in care." Thus, it was possible to identify weaknesses that may interfere with the quality of care, but also some positive points regarding the services provided.



The results showed that there is still a failure regarding the continued care of high-risk newborns in the institution studied according to the Kangaroo Method. Furthermore, the lack of communication between the Primary Healthcare teams and the hospital's healthcare teams compromises the quality of care provided. Therefore, it is necessary to address the difficulties faced in the program with the institution's managers and healthcare professionals, as well as with Primary Healthcare professionals in subsequent studies.

Keywords: Infant Premature; Intensive care units neonatal; Ambulatory care facilities; Continuity of patient care; Pediatric nursing; Neonatology.

## **Introdução**

São considerados recém-nascidos de risco (RNR) aquelas crianças que apresentam maior risco de morbidade e mortalidade nos primeiros anos de vida. Dentre os fatores estão: recém-nascido (RN) de baixo peso ao nascer, prematuridade e suas complicações, eventos intraparto e infecções agudas e crônicas<sup>1</sup>.

Dentre os fatores citados anteriormente destaca-se a prematuridade, que é o nascimento do bebê vivo com menos de 37 semanas de gestação<sup>2</sup>. Estima-se que ocorrem cerca de 30 milhões de partos prematuros no mundo anualmente, sendo que, em 2014, o Brasil apresentava uma taxa de nascimentos prematuros de 11,2% e ocupava o nono lugar entre os dez países que possuíam as maiores taxas de prematuridade<sup>3</sup>.

Além disso, esses fatores podem ocasionar uma evolução clínica desfavorável com risco de sequelas após o nascimento como por exemplo: alterações no padrão de crescimento, atrasos no desenvolvimento sensorial, motor e cognitivo e problemas psíquicos<sup>4</sup>.

Portanto, as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são destinadas aos RNR, principalmente os prematuros e/ou baixo peso ao nascer. Além disso, com os avanços tecnológicos dos últimos anos, a sobrevivência dos RNR tem aumentado e as taxas de mortalidade dessa população tem diminuído<sup>5-6</sup>.

Porém, mesmo após a alta hospitalar, os RNR ainda necessitam de uma continuidade de cuidados de uma equipe multiprofissional em ambulatórios específicos,

também conhecidos como ambulatório de *follow up*, que visa o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento bem como, a identificação de possíveis intercorrências em tempo oportuno<sup>6-7</sup>.

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) surgiu com o objetivo de proteger a saúde da criança com cuidados integrais e integrados, visando a redução da morbimortalidade infantil e, um dos seus eixos temáticos, propõe ainda o compartilhamento do cuidado do RNR entre a Atenção Especializada e a Atenção Básica, sendo que deve ocorrer com maior frequência desde a primeira semana após a alta da maternidade<sup>8-9</sup>.

Desse modo, a continuidade do cuidado após a alta hospitalar é fundamental para os RN de risco, mas ainda possui fragilidades que comprometem seu atendimento. Sabe-se ainda que na capital estudada há quatro programas de seguimento, vinculados a instituições assistenciais públicas sendo considerada a maior rede de atenção especializada do estado<sup>10</sup>. Essas instituições possuem corpo técnico especializado e atividades de ensino de graduação e pós-graduação em obstetrícia e neonatologia, porém pouco se sabe sobre o funcionamento desses programas.

Frente a esse contexto, surge o questionamento: Como está organizado e como se dá a assistência em um programa de seguimento, na perspectiva dos profissionais de saúde que aí atuam, gestores e familiares? Neste sentido, este estudo objetivou analisar um programa de seguimento de recém-nascido de risco, na perspectiva dos gestores, profissionais de saúde e familiares.

## **Método**

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em um ambulatório vinculado a um hospital público de Campo Grande/MS. O hospital é uma entidade beneficente de Assistência Social da Área da Saúde e foi fundado em 1938. A instituição possui 26 leitos de terapia intensiva neonatal e 12 leitos semi-intensivos. O ambulatório de pediatria, onde são realizadas as consultas de *follow up*, encontra-se vinculado ao hospital e está localizado no centro da capital.

Participaram do estudo dois gestores da instituição que não tem atuação direta no programa, duas profissionais de saúde vinculadas ao programa de seguimento de recém-nascido de risco do hospital. O critério de inclusão era ter experiência mínima de seis meses na assistência ou na gestão tanto da instituição como do programa de seguimento de recém-nascido de risco. Foram excluídos os profissionais sem vínculo direto com o programa, uma vez que a pediatra contava com a ajuda de duas técnicas de enfermagem que realizavam a antropometria das crianças, mas não faziam parte do programa.

Para os profissionais de saúde, as entrevistas foram direcionadas por roteiros com questões que permitiram caracterizar e descrever o serviço, seu funcionamento e a assistência prestada ao RNR e família.

Também foram entrevistados nove familiares de crianças que estavam em acompanhamento no momento da coleta de dados, selecionados por conveniência e que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: pais, mães ou responsável legal pela criança que fazia acompanhamento regularmente no programa de seguimento de neonatos de risco egressos da UTIN e possuir idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos pais, mães ou responsáveis com qualquer dificuldade cognitiva que os impossibilitasse de participar das entrevistas. Foi realizada apenas uma entrevista por família, pois os dados produzidos foram considerados suficientes para abarcar as múltiplas dimensões do fenômeno de estudo e responder ao objetivo.

O roteiro norteador das entrevistas para as famílias contou com questões referentes à composição familiar, critérios de risco ao nascer, dados referentes aos atendimentos no ambulatório, bem como, as facilidades/dificuldades encontradas pelos familiares nos atendimentos. Além disso, foram retirados dados dos prontuários eletrônicos dos RN, de modo a complementar as informações relacionadas ao tipo de parto, intercorrências neonatais e maternas fornecidas pela família.

O trabalho de campo ocorreu no período de março a junho de 2023, sendo que as entrevistas com os profissionais foram realizadas em local privativo e reservado para tal finalidade e com os familiares na sala de espera do ambulatório. As entrevistas tiveram duração média de 13 minutos, sendo gravadas em áudio mediante o consentimento dos participantes.

As entrevistas foram transcritas e após organizadas foram submetidas à análise de conteúdo proposto por Bardin percorrendo as três principais etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretações<sup>11</sup>.

### **Aspectos éticos**

O presente estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob o número do parecer 5.243.612. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes foram identificados como P para pais seguidos dos números de 1 a 9 e E para equipe de saúde seguidos dos números de 1 a 4. Os gestores também foram identificados como E para preservar o anonimato, já que, esses profissionais poderiam ser facilmente identificados.

### **Resultados**

Dos quatro profissionais de saúde entrevistados, dois eram gestores da instituição, sendo um presidente médico ginecologista e obstetra, um diretor clínico pediatra e neonatologista, uma médica pediatra e coordenadora do programa de seguimento do recém-nascido de risco e uma assistente social. O tempo de atuação dos profissionais de saúde no programa variou de 2 anos e 4 meses a 9 anos, com uma média de 5 anos.

Quanto às famílias, participaram tanto pais, como mães, pois em algumas consultas os dois cônjuges estiveram presentes e contribuíram com a entrevista. Sendo assim, a pesquisa contou com a colaboração de 3 pais e 9 mães dos quais alguns residiam no interior do estado.

A seguir serão apresentadas as características gerais do programa de seguimento segundo relato dos profissionais de saúde, posteriormente, os resultados da análise das entrevistas.

Os atendimentos aos neonatos de risco egressos do hospital ocorrem a aproximadamente 15 anos em um consultório no ambulatório anexo à maternidade e conta com a colaboração de uma pediatra, uma assistente social e duas técnicas de enfermagem que realizam a antropometria dos bebês. Ressalta-se que as essas duas últimas profissionais, apesar de desenvolverem essas atividades, não estão vinculadas ao programa.

O agendamento da primeira consulta desses RNs é realizado diretamente com a assistente social, no momento da alta hospitalar. Os atendimentos ocorrem todas às quartas e quintas-feiras, em período integral, sendo agendados, em média, 11 pacientes por dia para a consulta médica. As consultas são mensais até os seis meses e, após, são realizadas a cada dois ou três meses, a depender da necessidade de cada criança, até esta completar dois anos de idade.

Destaca-se que o programa não possui critérios de elegibilidade definidos para inclusão no programa, a pediatra responsável orienta o encaminhamento de todos os neonatos que recebem alta da UCIN. Assim, algumas crianças, mesmo que não se enquadrem como de risco ou não apresentem atraso no desenvolvimento, mesmo que recebam alta após a primeira consulta, se a família opta por permanecer no follow up, ela pode prosseguir com o acompanhamento.

Da análise dos dados, emergiu uma categoria central: “Organização do serviço para assistência ao recém-nascido de risco e à família”, composta por três subcategorias: “Funcionamento do programa de seguimento do recém-nascido de risco”; “Acolhimento familiar”; e “Dificuldades enfrentadas e sugestões de melhoria para a assistência”.

### **Organização do programa de assistência ao recém-nascido de risco e à família**

O programa de acompanhamento pós-alta hospitalar dos RN de risco analisado é uma iniciativa que busca fornecer cuidados contínuos aos bebês que enfrentam alterações clínicas durante o período neonatal. Sua organização e funcionamento são decorrentes do comprometimento de gestores e profissionais de saúde.

Mesmo não havendo nenhum protocolo formalizado de funcionamento e reconhecendo que o programa tem suas fragilidades, os profissionais da equipe enfatizam

a importância do acompanhamento, principalmente para os neonatos pré-termos, destacando os benefícios na prevenção de complicações futuras e no desenvolvimento dessas crianças, e contam com as instituições de reabilitação que compõem a RAS.

Para a família, o programa atua como um importante apoio no cuidado do neonato no domicílio e traz esperança para o desenvolvimento saudável do bebê e de sua condição clínica. Sente-se acolhida em suas demandas de informações. Apesar do programa não seguir todas as recomendações preconizadas pelo MS, as famílias referem o atendimento como satisfatório, especialmente pelo acompanhamento e a avaliação do desenvolvimento do RN. Entretanto, apontam dificuldades quanto ao encaminhamento para outras especialidades e oferecem sugestões de melhoria para a melhoria da assistência.

### **Funcionamento do programa de seguimento do recém-nascido de risco**

Os profissionais de saúde descrevem o fluxo de atendimento ao neonato no serviço, desde a sua alta da unidade neonatal, até o encaminhamento para o programa de seguimento no ambulatório do hospital, onde é realizada uma triagem pela pediatra, que decide quais darão continuidade ao atendimento no ambulatório, e aqueles que serão encaminhados para o acompanhamento na Atenção Básica de Saúde.

[...] Eles entregam um resumo de alta, né? E... solicitando para que seja encaminhado para o *follow up* [...] (E2)

Todos da UTIN. [...] todas as crianças vêm, a gente... a triagem é feita aqui. Não é feita antes. [...] todos os bebês vêm. Mas tem bebê que não precisa do ambulatório de *follow up*. (E3)

[...] Ele vai a partir da alta, né? Ele vai ao seguimento, continuidade da criança da UCIN. [...] Ele vai participar de uma triagem com o médico [...] (E4)

Porém, há divergências de informações entre a equipe, sobre a existência de protocolo para o funcionamento do seguimento. Os profissionais não sabem informar se existe um fluxograma ou normativas aprovadas no hospital:

Não sei dizer se existe esse protocolo, né? A gente tá... procura estar fazendo alguns protocolos, né? (E1)

Não, a dra G., ela fez todo um programa com fluxograma. [...] fez o retorno, a estrutura, agendamento, né? Tudo isso tá lá no ambulatório, né? (E2)

[...] Tem um fluxograma de consultas só. (E3)

Alguns critérios para a alta do programa de seguimento são definidos pela própria pediatra que atende aos neonatos, porém esses critérios não estão claros ou são do conhecimento de todos os profissionais. Um dos critérios utilizados é se a criança está bem e se é acompanhada por outro pediatra.

Não, eu não sei qual é o critério que a dra G. faz, né? Para dar alta para essas crianças. (E1)

[...] Ela dá uma filtrada nisso aí, para ela ver o que precisa se manter no *follow up*, né?

[...] Então a dra encaminha para UBS [...] (E2)

[...] Esse neném vai passar aqui, eu vou ver que 'tá' tudo bem, quando ele tem um pediatra, eu dou alta. Eu não dou alta não tendo outro pediatra. (E3)

O funcionamento do programa ocorre independentemente dos demais serviços da rede de atenção à saúde (RAS), pois não há o compartilhamento do cuidado ao neonato com as equipes das UBS. Os profissionais preferem que ele seja acompanhado exclusivamente pelo programa. Entretanto, eles acreditam que estejam auxiliando a rede pública, uma vez que realizam encaixes para o atendimento do RN quando necessário.

Não, é até melhor que acompanhe com um pediatra só. Porque o acompanhamento aqui, ele é bem frequente, né? Eu faço a puericultura também [...] (E3)

Esses dias ele foi atendido no hospital X, porque estava com uma gripe. Mas acompanhamento mesmo, só aqui. (P6)

Então, eles conseguem encaixe, né? [...] se a criança está doente, ajuda também a desafogar um pouco os postos de saúde [...] (E3)

A pesagem dos neonatos é feita previamente à consulta, por duas técnicas de enfermagem. O programa é desenvolvido exclusivamente por meio do atendimento médico, que é realizado por uma única profissional. Ademais, o ambulatório de *follow up* não possui equipe multidisciplinar, o que dificulta o acesso dos neonatos que necessitam de estímulo precoce e de atendimentos de outras especialidades.

Da pediatria é só ela (Dra. G), né? (que atende no ambulatório)(E2)

[...] no ambulatório de *follow up* tem só eu [...] (E3)



Eu sei que tem uma moça que pesa e faz a medição, mas não sei quem é. (P3)

Quando o neonato necessita de atendimento de outras especialidades, tanto médica, quanto da equipe multiprofissional e de reabilitação em saúde, ele precisa ser encaminhado via o Sistema de Regulação do município.

[...] A gente tem os profissionais (equipe multidisciplinar) nas unidades internas do hospital sim, mas infelizmente para o seguimento ambulatorial... não. É realmente pelo SUS e por SISREG. (E2)

[...] Via SISREG. Tudo tem que ser regulado [...] A não ser que a unidade que tem o *follow up* tem essa equipe 'multi', que a gente não tem [...] (E4)

[...] Assim nesse caso, quando precisa de outros profissionais, a gente depende do SISREG, querendo ou não [...] (P9)

Nessa situação de encaminhamentos, algumas famílias optam por pagarem alguns exames e atendimentos, ou buscam por planos de saúde.

A gente tá tentando fazer particular ainda, pois demora muito (via SISREG), eles falam que tem muita demanda. Então tá demorando bastante para conseguir fazer. (P9)

[...] a gente fez o plano de saúde para ela e já procurou por fora mesmo porque é muito demorado. (P5)

Quando há a necessidade de encaminhamento para a equipe de reabilitação e para exames especializados, para a reavaliação ou diagnóstico, os neonatos são encaminhados e atendidos, via sistema de regulação, especialmente no Centro Especializado em Reabilitação/Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (CER/APAE). Entretanto, não há contrarreferência dos atendimentos realizados fora do hospital.

A grande maioria vai 'pro' CER/APAE. (E3)

[...] eu venho e coloco a unidade desejada. Aí ele joga aqui, Pestalozzi, FUNCRAF, Orionópolis, Ismac [...] E o Juliano Varela. (E4)

A depender da condição clínica da criança e da demora do SISREG em chamar a criança para atendimento especializado, a pediatra do programa, em conjunto com a família, busca outros meios para que a criança seja atendida. Neste caso, lançam mão dos atendimentos oferecidos pelos centros de saúde das universidades que atuam no município.

[...] a gente consegue, às vezes, mandar para as faculdades. UNIDERP [...] (E3)

[...] Até ano passado, a fisioterapia dela eu tinha conseguido lá na UCDB. (P3)

### **Acolhimento familiar**

Os profissionais implementam estratégias para aprimorar o atendimento de acordo com suas possibilidades, procurando fornecer um atendimento de qualidade, acolhendo e orientando a família do neonato. No contato com a família, buscam identificar a compreensão da mesma sobre a condição clínica da criança, pois consideram importante a participação da rede familiar para o cuidado do RN.

[...] Eu pego o prontuário de alta e eu pergunto a primeira coisa é o que você entendeu do que aconteceu com o seu bebê? E aí se constrói uma boa relação entre médico e paciente. Porque eu reexplico. Eu reoriento aquilo que... eu conversei... sobre todas as especialidades... eu vou sempre checando o que que a gente 'tá' esperando, o que que 'tá' faltando [...]. (E3)

[...] Não adianta eu ficar pedindo uma coisa aqui, uma coisa lá, outra coisa lá (atendimento multidisciplinar). Aí eu 'tô' desassistindo a rede familiar. Eu comprometo isso [...] A gente mandar 'pra' rede essa mãe e esse pai, essa vó, porque nós temos a família substituta, né? E essa rede familiar apoia essa criança 'pra' ela ter os cuidados que ela precisa, né? [...] Porque é o comprometimento da saúde, é uma continuidade, se 'tá' comprometida a gente precisa resolver. (E4)

As famílias reconhecem a atenção dispensada pela médica pediatra durante as consultas ao neonato, e sentem-se à vontade para esclarecer dúvidas.

[...] já aconteceu de eu ficar meia hora, quarenta minutos, da dra explicar tudo muito bem, tirar todas as dúvidas, ela não tem essa de 'vai, vamos saindo que eu tenho que ir embora'. (P3)

É bem atenciosa, ela pergunta assim o peso dela, faz muitas perguntas, como que 'tá' sendo no dia a dia, como que 'tá' sendo o desenvolvimento dela. A avaliação, ela avalia bastante, ela que passa os exames para ela poder fazer lá na cidade mesmo onde a gente mora. (P7)

O atendimento acolhedor da médica pediatra, com as famílias e neonatos atendidos no programa, promove uma relação harmoniosa e de confiança, o que impulsiona ainda mais o comprometimento delas para com o cuidado ao RN em casa.

Fazer o acompanhamento do bebê no local de nascimento dele traz confiança e segurança à família, por já ter se familiarizado com o serviço. As famílias sentem-se compreendidas e esclarecidas à medida que as dúvidas surgem, e de acordo com as demandas e etapas de crescimento do bebê.

[...] uma facilidade para família, né? ... é esse link com os profissionais que já estão dentro da maternidade, né? [...] eles se sentem mais confiantes, mais seguros, né? Em fazer acompanhamento na unidade em que ela fez o parto, em que ele fez o acompanhamento na UTIN, né? É... eu acho que essa é a grande vantagem de se ter dentro do serviço um ambulatório de *follow up*. (E1)

[...] Então, é uma relação... é bem boa a relação [...] a relação é ótima. Porque é... é um lugar que eles falam tudo que eles querem, o que eles esperam, eu explico bastante, tudo que é esperado do neném [...] (E3)

[...] conforme o bebê vai crescendo são informações diferentes que ela vai passando 'pra' gente. Toda consulta é um aprendizado diferente. Essa questão de alimentação, vitamina, dá assim que é melhor, sabe, acho bem bacana. (P2)

A forma que a gente tem que cuidar, os medicamentos, as vitaminas que ela tem que ter pra frente. Então as vitaminas que ela passou, o cuidado que a gente tem que ter, a gente não tem que cuidar dela com a idade de nascida dela, a gente tem que cuidar com a idade corrigida, então a gente preza muito isso. (P5)

### **Dificuldades enfrentadas e sugestões de melhoria da assistência**

Embora o programa esteja funcionando com os recursos físicos e humanos disponíveis, ele enfrenta dificuldades para ofertar a continuidade do cuidado ao RN de

risco conforme as normativas do MS, principalmente quanto à composição da equipe e ao atendimento multidisciplinar.

As nossas dificuldades são a gente conseguir essas especialidades, a gente conseguir um acompanhamento multidisciplinar. (E3)

[...] a gente ainda 'tá' longe de ter uma efetividade de cuidado direto contínuo. [...] é uma coisa que a gente precisa trabalhar, e como que a gente vai trabalhar? Depende do poder público, do poder público formar a rede de apoio multidisciplinar. E entender que esse paciente é contínuo, no mínimo um ano de cuidado, até essa criança fazer um ano e, que não é só Campo Grande que vai usar esse serviço. Então, realmente, mão de obra, investimentos e estrutura. (E4)

Além das dificuldades estruturais e de composição de equipe para a melhor assistência ao RN de risco, muitas famílias moram distante da capital, em cidades onde não existem serviços especializados ou ambulatórios de puericultura, nem pediatra nas unidades básicas de saúde para o atendimento ao bebê. Outras moram em bairros distantes do serviço, sem acesso ao transporte público de qualidade. Essas famílias precisam vir periodicamente nos atendimentos do programa e enfrentam dificuldade de locomoção.

A única coisa é a gente vir mesmo. (P1)

[...] porque a gente vai de Uber, não tenho como andar de ônibus, a gente paga o Uber para ir e por ser muito longe da nossa casa a gente paga muito caro. Essa sim é a única dificuldade que a gente vê. (P2)

Tanto os profissionais do estudo, quanto às famílias, apontam sugestões para melhorar o atendimento dos neonatos no programa. Destacam a necessidade de mais profissionais para os atendimentos e de uma equipe multidisciplinar de modo a

proporcionar aos bebês o *follow up* completo no serviço. O atendimento de outras especialidades, como a fisioterapia, facilitaria para a família, que necessitam ir a outras unidades de saúde.

[...] Eu acho que a gente precisa mais, é talvez de profissionais que também ajudem no próprio *follow up*. Uma pessoa só para tantos pacientes que a gente tem aqui, eu acho pouco, né? [...] A equipe multidisciplinar dentro de um hospital seria fantástico. (P2)

[...] Então, o meu sonho e o meu desejo e a minha vontade, se a minha voz tivesse uma voz ‘pra’ ser falado, é que o *follow up* fosse completo aqui dentro. Com equipe ‘multi’ aqui dentro. Que nós tivéssemos uma sala de atendimento para essa equipe ‘multi’, um espaço, profissionais e a dra G. com alguém auxiliando também, sabe? Num contexto completo, como é o *follow up*. (P4)

Eu acredito que abrir outros postos (APAE) na cidade, ou disponibilizar para ir buscar a criança, mas eu acho que ter mais pontos na cidade, ‘pra’ esse atendimento de fisioterapia [...] (P2)

[...] seria bom essa questão da ‘fisio’ [...] Se tivesse aqui seria muito bom, né? Não precisaria esperar tanto e ter que correr atrás em outros lugares. (P6)

## **Discussão**

Os resultados desta pesquisa apontaram que as consultas dos neonatos são agendadas imediatamente após a alta hospitalar, pela assistente social, antes da família ir para o domicílio, porém o primeiro atendimento nem sempre ocorre no tempo oportuno conforme preconiza o MS, que é de 48 a 72 horas pós-alta<sup>2</sup>. Às vezes esse primeiro atendimento é agendado com intervalo de uma semana ou mais após a alta.

O seguimento do RN de risco, especialmente do bebê pré-termo faz parte da terceira etapa do Método Canguru (MC), instituído no ano 2000 através da Portaria nº 693. Nesta fase, os RN são encaminhados para casa juntamente com seus familiares, sendo acompanhados pela ABS e pela equipe de saúde do hospital de origem de maneira compartilhada, até que atinja o peso de 2.500g e esteja apto a receber alta do MC<sup>12</sup>.

Entretanto, de acordo com os resultados desta pesquisa, a integração eficaz entre os serviços de Pediatria e a Atenção Primária à Saúde (APS) não se concretiza devido à ausência de intercâmbio de informações entre as equipes envolvidas. Além disso, observou-se uma preferência por parte da pediatra do programa em direcionar as famílias a buscar atendimento com um único profissional médico, seja este pertencente ao ambulatório ou à Unidade Básica de Saúde (UBS). Tal constatação foi reforçada pelas experiências compartilhadas pelas famílias, as quais indicaram optar pelo acompanhamento exclusivamente no ambulatório, motivadas pelo entendimento de que a profissional de saúde presente atende integralmente às suas demandas.

Sabe-se que o compartilhamento do cuidado do RN de risco entre o hospital e a APS é fundamental para estabelecer uma linha de cuidado que promova a continuidade da atenção prestada. Mas, um estudo realizado na cidade de Joinville, demonstrou que o processo de referência e contrarreferência ainda é deficitário, ocorrendo através do registro do resumo de alta contendo informações do bebê durante a internação e de anotações na Caderneta de Saúde da Criança que são entregues aos familiares que ficam responsáveis por repassar corretamente as informações<sup>13</sup>.

Outro estudo realizado no nordeste brasileiro constatou que os profissionais das Unidades Neonatais não estimulam a vinculação da família com a APS, contribuindo para a fragmentação e descontinuidade do cuidado<sup>14</sup>, assim como foi observado no presente estudo onde é relatado pelo discurso dos participantes a preferência pelo atendimento no ambulatório.

Um estudo de intervenção desenvolvido em instituições de saúde de Curitiba evidenciou que a comunicação entre enfermeiras que atuavam em diferentes serviços foi significativa para a integração entre os serviços no que tange a continuidade do cuidado. O estudo trouxe ainda algumas sugestões para facilitar o compartilhamento das informações como: implantação de um sistema informatizado integrado, comunicação por telefone ou e-mail<sup>15</sup>.

No que tange à existência de protocolos ou fluxogramas concernentes à estruturação e operacionalização do programa em questão, a presente investigação revelou a ausência de tal documentação. Esta lacuna apresenta-se como um obstáculo significativo para a implementação eficaz e avaliação do referido serviço, comprometendo sua eficiência e a capacidade de monitoramento de seus resultados e impactos. É amplamente reconhecido que documentos dessa natureza representam tecnologias essenciais que desempenham papel crucial no gerenciamento de serviços de saúde. Além disso, sua existência é vista como uma prerrogativa fundamental para instituições comprometidas com a excelência na prestação de serviços e com a garantia da segurança, tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes<sup>16</sup>.

A boa relação dos profissionais de saúde com as famílias facilita a continuidade do cuidado, os pais se sentem confortáveis para esclarecer dúvidas e para aderir ao acompanhamento<sup>17</sup>. Estudos apontam, ainda que profissionais de saúde que acolhem os pais contribui com o fortalecimento de vínculo entre a família e o RN e também torna o atendimento mais humanizado<sup>18</sup>. Essa pesquisa revelou que os pais que deram continuidade ao seguimento sentiam-se acolhidos pela médica e satisfeitos com a conduta da mesma durante as consultas.

Os atendimentos em ambulatórios especializados devem contar com uma equipe multiprofissional composta minimamente por: médico pediatra, enfermeiro, assistente social, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta e fonoaudiólogo, sendo que todos os profissionais devem participar do primeiro atendimento<sup>2</sup>. Entretanto, essa realidade não condiz com o serviço estudado, uma vez que a equipe é composta apenas pela pediatra e assistente social. Essa última é responsável pela solicitação, via SISREG, do atendimento de outras especialidades médicas quando necessário. Dessa forma, percebe-se que o serviço estudado tenta atender ao que é preconizado pelo MS e sociedades profissionais.

Foi observada também no atendimento ao RN de risco a ausência do enfermeiro, profissional este que desempenha papel crucial no processo de capacitação e orientação dos pais e da família no contexto do cuidado domiciliar. O enfermeiro, devido às suas competências específicas, é capaz de gerir o cuidado do bebê de modo a promover a adesão da família ao processo de cuidado, agindo como um facilitador no desenvolvimento da autonomia dessa família<sup>19</sup>.



Além disso, o enfermeiro pode ser considerado o profissional que tem capacidade para realizar a coordenação da alta, além de promover a integração dos membros da equipe assistencial a favor de uma ação conjunta e assistência qualificada favorecendo o serviço de referência e contrarreferência<sup>20</sup>.

Apesar de serem solicitadas intervenções multiprofissionais em outras instituições de apoio, constata-se uma demora significativa no início desses serviços. Conforme destacado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)<sup>21</sup> em seu Manual de Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco, a abordagem interdisciplinar no acompanhamento de bebês pré-termo garante resultados mais favoráveis, incluindo menores taxas de re-hospitalização, redução da incidência de infecções nos primeiros anos de vida, melhores taxas de crescimento e desenvolvimento neurológico. Essa percepção também é compartilhada pelas famílias, que buscam evitar atrasos no desenvolvimento de seus bebês ao recorrerem a atendimentos particulares ou a instituições de ensino superior que oferecem programas de extensão voltados à esse propósito.

Outro aspecto mencionado pelas famílias participantes desta pesquisa foi a necessidade de deslocamento até o local onde ocorrem as sessões de acompanhamento e/ou intervenções multidisciplinares, considerando que uma parte substancial dos pacientes reside em cidades no interior do estado.

Estudo realizado com as mães de RN de risco atendidos em ambulatórios de *follow up* na região metropolitana de Belo Horizonte indicou que esse é um dos fatores que levam a descontinuidade do seguimento, pois envolve fatores como a distância, tempo gasto para o deslocamento, transporte público precário, limitação financeira para os custos da locomoção. Essa situação está em desacordo com o que prevê a Nota Técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde que orienta a garantia e organização do transporte em saúde seguro para a criança e seus pais ou responsáveis até o ambulatório de alto risco assegurando assim, a continuidade do cuidado<sup>2</sup>.

Pode-se perceber ainda, pelos relatos dos pais que, apesar das dificuldades com o deslocamento até o serviço, as famílias tem boa adesão ao seguimento e, o fator decisivo para a continuidade é a atenção dispensada pela pediatra e o vínculo que esta estabelece desde o primeiro atendimento com a família.

Como limitação do estudo, tem-se fato de que a investigação se restringiu a analisar a percepção de profissionais de saúde e familiares de apenas um programa de

seguimento da capital de Mato Grosso do Sul, sem ouvir os demais programas e serviços da RAS, ABS e serviços de reabilitação, que também assistem essa população. Dessa forma, os resultados apresentam um panorama parcial sobre a atenção pós alta ao RN de risco no estado. Reconhece-se, contudo, a necessidade de futuras pesquisas que além de investigar os demais programas de seguimento da capital, também aprofundem a abordagem da processualidade envolvida na assistência ambulatorial a criança de risco egressa das unidades neonatais, considerando-se as especificidades dos diferentes níveis de atenção.

Espera-se que o presente estudo contribua para o processo de planejamento e avaliação da atenção prestada ao RN de risco no estado de Mato Grosso do Sul, bem como a qualificação dos programas de seguimento oferecidos aos RN de risco egressos da UTIN, além de subsidiar a elaboração de novos projetos de pesquisa voltados à criança de risco, principalmente no estado estudado.

## **Conclusão**

O seguimento do recém-nascido de risco da instituição estudada, dentro do contexto do MC, enfrenta desafios significativos em sua implementação e execução confirmada pela inexistência de protocolos e fluxogramas sobre seu funcionamento, falta de uma equipe multiprofissional completa para atender a demanda local.

Além disso, a falta de comunicação efetiva entre as equipes de saúde da APS e do hospital onde esse RN esteve internado compromete a qualidade do cuidado prestado levando a falta de referência e contrarreferência e como consequência a falha da continuidade do cuidado das crianças de risco e suas famílias.

A necessidade de deslocamento para as consultas, especialmente para pacientes do interior, representa uma barreira adicional ao comparecimento nas consultas e na continuidade do acompanhamento. Porém, vale ressaltar que o vínculo estabelecido entre a médica pediatra e as famílias aparentemente exerce uma importância fundamental para a manutenção dessas crianças e famílias no programa.

Assim, para melhorar a efetividade do *follow up*, é essencial abordar essas questões consideradas um obstáculo para a continuidade do cuidado tanto com os gestores

e profissionais de saúde do hospital estudado como com os profissionais da APS, visando garantir uma abordagem integrada, implementação de protocolos claros, acesso facilitado, atenção contínua e construção de vínculos entre profissionais de saúde e família, no intuito de melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

## Referências

<sup>1</sup>Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. 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. 72p. 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)

<sup>2</sup> Organização Mundial de Saúde. Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn. Key findings Geneva: WHO; 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/276655/WHO-FWC-MCA-18.11-eng.pdf?ua=1>

<sup>3</sup>Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller, AB, Lumbiganon P, Pezold M, Hogan D, Landoulsi S, Jampathong N, Kongwattanakul K, Laopaiboon M, Lewis C, Rattanakanokchai S, Teng DN, Thinkhamrop J, Watananirun K, Zhang J, Zhou W, Gülmezoglu M. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *The Lancet* [Internet]. 2018;7(1):E37-E46. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30451-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30451-0)

<sup>4</sup>Cruz AAMB da, Santos LC dos, Minharro MC de I, Romanholi RMZ, Prearo AY, Alencar RA. Fatores de natureza social associados ao risco de prematuridade em município paulista. *Acta paul enferm.* [Internet]. 2021;36:eAPE00632. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00632>

<sup>5</sup>Oliveira ALS de, Silva AL de, Buarque BS de, Farias CEG, Ramalho CLS, Sena FAS, Bezerra JAS, Cavalcanti MC, Oliveira SC de, Tavares TS, Andrade VFRB de, Silva RB da. A integração do profissional de enfermagem diante do cuidado humanizado na UTI neonatal. *Enferm Bras.* 2023;22(6):1138-55. DOI: 10.33233/eb.v22i6.5418

<sup>6</sup>Ramos ACR, Castro PS, Souza RG, Carneiro JÁ, Pinho L de, Caldeira AP. Perfil de morbidade no primeiro ano de vida entre recém-nascidos de alto risco. *Arch Latinoam Nutr* [Internet]. 2022;72(4):235-242. DOI: <https://doi.org/10.37527/2022.72.4.001>

<sup>7</sup>Souza RG, Menezes MSD, Castro OS, Carneiro JÁ, Pinho L, Caldeira AP. Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor entre recém-nascidos de alto risco acompanhados em um ambulatório de seguimento. *Rev Norte Mineira de enferm.* 2020;9(1):57-66. DOI: <https://doi.org/10.46551/rnm23173092202090107>

<sup>8</sup>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). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html).

<sup>9</sup>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. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180p. 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>

<sup>10</sup>Mato Grosso do Sul. Plano de ação estadual da Rede Cegonha; 2019. (Plano de Ação, 2). Disponível em: <https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2019/01/Plano-de-A%C3%A7%C3%A3o-Estadual-Rede-Cegonha-completo.pdf>

<sup>11</sup>Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.

<sup>12</sup>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 340p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_metodo\\_canguru\\_manual\\_3ed.pdf#page=124](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf#page=124)

<sup>13</sup>Aires LC dos P, Santos EKA dos, Bruggemann OM, Backes MTS, Costa R. Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária. Esc Anna Nery [Internet]. 2017;21(2) :e20170028. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/g3L54ypryzYyJNvPZzzVrkJ/?lang=pt#>

<sup>14</sup>Silva MS da, Lamy ZC, Simoes VMF, Pereira MUL, Campelo CMC, Gonçalves LLM. Acompanhamento na terceira etapa do método canguru: desafios na articulação de dois níveis de atenção. Rev Baiana de Saúde Pública [Internet]. 2018;42(4):671-85. DOI: 10.22278/2318-2660.2018.v42.n4.a3033

<sup>15</sup>Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 1):546-53. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>

<sup>16</sup>Krauzer IM, Dall'Agnoll CM, Lima GF, Lorenzini E, Ferraz L. A construção de protocolos assistenciais no trabalho de enfermagem. Reme: Rev. Min. Enferm. [Internet]. 2018; 22:e-1087. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180017>

<sup>17</sup>Duarte ED, Tavares TS, Cardoso IVL, Vieira CS, Guimarães BR, Bueno M. Factors associated with the discontinuance of outpatient follow up in neonatal units. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020;73(3):e20180793. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0793>

<sup>18</sup>Velasco SGS, Silva K. Hospitais/maternidades de Juiz de Fora e profissionais atuantes no Método Canguru. *Sanare* [Internet]. 2022;21(1):13-20. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1589/816>

<sup>19</sup>Sousa FGM de, Alves DCM, Rolim KMC, Costa LGF, Santos MH. Seguimento do recém-nascido pré-termo egresso da unidade de terapia intensiva neonatal. In: Gaiva MAM, Rodrigues EC, Toso BRGO, Mandetta MA, organizadoras. *Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família*. São Paulo, SP: Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras; 2021. pág. 331-350. Disponível em: <https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Livro-cuidado-SOBEP-2.x66310.x89568.pdf>

<sup>20</sup>Silva OB, Bernardino E, Silva OL, Rorato C, Rocha DJ, Lima LS. Enfermeiro de ligação de uma maternidade de risco habitual: dados de contrarreferências. *Enferm Foco*, 2021;12(1):79-85. DOI: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4048/1100>

<sup>21</sup>Diniz IA, Guimarães BR, Silva JB da, Tavares TS, Duarte ED. Discontinuity of outpatient follow-up of risk children: perspective of mothers. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2019;23(2):e20180248. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0248>

## 9. REFERÊNCIAS

AIRES, L. C. P. et al. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. spe, p. 224-32, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/P8PmWXTKVC7qFrSrWqzYQgy/?lang=pt#>>. Acesso em: 25 jul. 2023.

AIRES, L. C. P. et. al. Da implantação à disseminação do método canguru em Santa Catarina: uma análise Foucaultiana. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 32, n. e20220327. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/5HKwnHZfwsx7cNzcLrhxvmR/?lang=pt#>>. Acesso em 28 out. 2023.

ALMEIDA, B. F. et al. Fatores de risco para o parto prematuro em uma maternidade estadual de referência. **Saúde (Santa Maria)**, v. 44, n. 2, p. 1-10, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/20476/pdf>>. Acesso em: 21 set. 2022.

BARDIN L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.

BELEZA, L. O. et al. Perfil de recém-nascidos de risco atendidos por enfermeiros em seguimento ambulatorial: estudo de coorte retrospectiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [s.l.], v. 27, n. e3181, p. e3113, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/pcqCyqh4sjpmGKwqXnCpSFP/?lang=pt>>. Acesso em: 12 maio 2022.

BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2013.

BRASIL. Lei nº8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)>. Acesso em: 29 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 56 p. Disponível em: <[https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_orientacoes\\_metodo\\_canguru.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_metodo_canguru.pdf)>. Acesso em: 03 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método canguru**: diretrizes do cuidado. 1 ed. revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 80 p. 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: 02 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 236 p. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_nacional\\_imunizacoes\\_pni40.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf)>. Acesso em 28 out. 2023.

BRASIL. Portaria nº 13, de 13 de janeiro de 2013. Revoga Portarias que especifica e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: <o Método Canguru assumiu características próprias, com estratégias de intervenção voltadas para o cuidado individualizado e singular do bebê, a participação da família em seus cuidados, a valorização da rede social de apoio à família, a posição pele a pele, bem como a preocupação com a equipe hospitalar que atende à criança e o próprio espaço físico da unidade>. Acesso em: 30 out. 2023.

BRASIL. Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Brasília, 2000. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693\\_05\\_07\\_2000.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html)>. Acesso em 29 out. 2023.

BRASIL. Portaria n.º 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2012. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html)>. Acesso em 07 jul. 2023

BRASIL. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 29 out. 2023.

BRASIL. Portaria n.º 1.683, de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma do Anexo, a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Brasília, 2007. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683\\_12\\_07\\_2007.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html)>. Acesso em: 23 jul. 2023.

BUSATTO, E. et al. Cuidados com o recém-nascido após alta hospitalar: orientações aos pais. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e30610212541 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12541/11295>>. Acesso em: 21 set. 2022.

CAÑEDO, M. C. et al. Vou para casa. E agora? A difícil arte do Método Canguru no domicílio. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 11, p. 1-23, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/63253/pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2023.

CARVALHO, F. C. et al. Fatores de risco maternos mais prevalentes relacionados à ocorrência de partos prematuros: revisão de literatura. **Braz J Surg Clin Res**, v. 36, n. 1, p. 112-123, 2021. Disponível em: <[https://www.mastereditora.com.br/periodico/20210906\\_133301.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20210906_133301.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2022.

CARVALHO, N. A. R. et al. A transição do cuidado do recém-nascido prematuro: da maternidade para o domicílio. **Acta Paul Enferm**, v. 34, eAPE02503, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/v6FbF3m4sT7PPgHzZyJtCZC/>>. Acesso em: 21 set. 2022.

CORRÊA, A. R. et al. As práticas do Cuidado Centrado na Família na perspectiva do enfermeiro da Unidade Neonatal. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 629-634, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/53L6zFkj38Ldd5CgLR9rW4Db/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 01 nov. 2023.

CASTRAL, T. C.; BRAGA, R. R. G. S.; MENDONÇA, A. K. M. S. Método Canguru: evidências científicas e humanização do cuidado ao recém-nascido pré-termo. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DOS ENFERMEIROS PEDIATRAS. **Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família**. São Paulo: Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras, 2021. p. 116-135. Disponível em: <<https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Livro-cuidado-SOBEP-2.x19092.pdf#page=116>>. Acesso em: 06 mar. 2024

DIAS, B. A. S. et al, Prematuridade recorrente: dados do estudo “Nascer no Brasil”. **RSP**, v. 56, n. 7, p. 1-13, 2022. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/195725/180652>>. Acesso em: 20 set. 2022.

DOYLE, L. W. et al. Long term follow up of high risk children: who, why and how? **BMC Pediatrics**, v. 14, n. 1, p. 1-15, 2014. Disponível em: <<https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-14-279>>. Acesso em: 25 out. 2023.

DUTRA, L. P. et al. Características clínicas e epidemiológicas das malformações congênitas do sistema nervoso central em recém-nascidos. **Fisioter Bras**, v. 18, n. 4, p. 463-70, 2017. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Elzo-Pinto-Junior/publication/329836101\\_Caracteristicas\\_clinicas\\_e\\_epidemiologicas\\_das\\_malformacoes\\_congenitas\\_do\\_sistema\\_nervoso\\_central\\_em\\_recem-nascidos/links/5c335acc299bf12be3b53f5a/Caracteristicas-clinicas-e-epidemiologicas-das-malformacoes-congenitas-do-sistema-nervoso-central-em-recem-nascidos.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Elzo-Pinto-Junior/publication/329836101_Caracteristicas_clinicas_e_epidemiologicas_das_malformacoes_congenitas_do_sistema_nervoso_central_em_recem-nascidos/links/5c335acc299bf12be3b53f5a/Caracteristicas-clinicas-e-epidemiologicas-das-malformacoes-congenitas-do-sistema-nervoso-central-em-recem-nascidos.pdf)>. Acesso em: 19 jul. 2023.

FELIPIN, L. C. S. et al. Cuidado centrado na família em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e pediátrica: visão do enfermeiro. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 17, n. 2, e41001, 2022. Disponível



em: <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-38612018000200212#B3](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612018000200212#B3)>. Acesso em: 25 jul. 2023.

FILHO, E. O. M. **Construção de estratégias para qualificação do cuidado ao recém-nascido prematuro na Estratégia de Saúde da Família**: um estudo convergente assistencial. 2022. 140 f. Dissertação (Mestrado) - Pós-graduação em saúde da família, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, 2022. Disponível em: <[http://www.ri.ufrb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2674/1/Constru%c3%a7%c3%a3o\\_Estrat%c3%a9gias\\_Qualifica%c3%a7%c3%a3o\\_Dissertacao\\_2022.pdf](http://www.ri.ufrb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2674/1/Constru%c3%a7%c3%a3o_Estrat%c3%a9gias_Qualifica%c3%a7%c3%a3o_Dissertacao_2022.pdf)>. Acesso em: 27 out. 2023.

FONSECA, R. M. M. et al. Tendências associadas ao natimorto em uma maternidade escola da zona leste de São Paulo: um estudo transversal. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 41, n. 10, p. 597-606, 2019. Disponível em: <<https://www-thieme-connect-de.ez51.periodicos.capes.gov.br/products/ejournals/html/10.1055/s-0039-1693984>>. Acesso em: 20 set. 2022.

FONSECA, S. A. et al. Cuidado centrado na família na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN): experiências de enfermeiras. **Enfermería (Montevideo)**, v. 9, n. 2, p. 170-90, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-66062020000200170&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-66062020000200170&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 25 jul. 2023.

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. 333-41, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/r6cdyqGBnR49KTjmBKGZqby/?lang=pt#>>. Acesso em: 23 jul. 2023.

FREITAS, M. C. N. et al. Caracterização dos recém-nascidos internados em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Mult. Psic.**, v. 12, n. 40, p. 228-242, 2018. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1110/1619>>. Acesso em: 23 jul. 2023.

GOMES, M. P. et al. Conhecimento de mães sobre cuidados de recém-nascidos prematuros e aplicação do Método Canguru no domicílio. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 74, n. 6, p. 1-10, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/766whPM4tcCr66gd4h3cJwy/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 03 nov. 2023.

KALE, P. L; FONSECA, S. C. Restrição do crescimento intrauterino, prematuridade e baixo peso ao nascer: fenótipos de risco de morte neonatal, estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 39, n. 6. e00231022, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/kKKSHzjv8KFHBPDycFYr5jB/?lang=pt#>>. Acesso em: 06 jul. 2023.

MAIA, A. A. A. et al. Fatores de risco da prematuridade: uma revisão narrativa. **REAS**, v. 15, n. 2, p. 1-7, 2022. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9711/5901>>. Acesso em: 19 jul. 2023.

MARINHO, C. S. R; FERREIRA, M. A. F. Evolução das políticas públicas frente à redução da mortalidade infantil e na infância no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, e474101119584, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19584/17901>>. Acesso em: 29 out. 2023.

MARQUES, K. A. M; VIANA, B. A. S; SCABELLO, A. L. M. Pesquisa qualitativa e geografia: uma apreciação metodológica. **Geografia: Publicações Avulsas**, v. 2, n. 2, p. 227-244, 2020. Disponível em: <<https://revistas.ufpi.br/index.php/geografia/article/view/11967/7757>>. Acesso em 31 out. 2023.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano de Ação estadual da Rede Cegonha**. Campo Grande: SES, 2019. 62p. Disponível em: <<http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2019/01/Plano-de-A%C3%A7%C3%A3o-Estadual-Rede-Cegonha-completo.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2023.

MATOZO, A. M. S. et al. Método Canguru: conhecimentos e práticas da equipe multiprofissional. **Rev. Enferm. Atual In Derme**, v. 95, n. 36, p. 1-15, 2021. Disponível em: <<https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1237/1188>>. Acesso em: 02 nov. 2023.

MEDEIROS, C.C. **Experiências de famílias e profissionais de programas de acompanhamento de recém-nascidos de risco**: revisão sistemática qualitativa. 2021. 116 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade de Brasília, Brasília, 2021. Disponível em: <[https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/42069/1/2021\\_CamilaCamargoMedeiros.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/42069/1/2021_CamilaCamargoMedeiros.pdf)>. Acesso em: 12 maio 2022.

MIATELLO I. et al. Seguimento ambulatorial dos recém-nascidos de alto risco de um hospital-escola do noroeste paulista. **CuidArte Enferm**, Catanduva, v. 13, n. 2, p. 106-110, 2019. Disponível em: <<http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2019v2/106.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2022.

NASCIMENTO, L. C. et al. Assistência de enfermagem ao recém-nascido prematuro. **Brasilian Journal of Development**, v. 8, n. 4, p. 27036-27055, 2022.

PARANÁ. **Atenção à saúde da criança: recém-nascido de risco**. Secretaria de Estado da Saúde. Curitiba, 2020. Disponível em: <[https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-07/pdf1.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-07/pdf1.pdf)>. Acesso em 07 jul. 2023.

- PENHA, S. C. et al. Fatores de risco maternos associados à prematuridade em uma maternidade-escola. **SENARE**, v. 18, n. 2, p. 43-51, 2019. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1373/698>>. Acesso em: 2- set. 2022.
- PEREIRA, A. S. et al. Metodologia da pesquisa científica. 1. ed. Santa Maria: UFSM, 2018. 119p. Disponível em: <[Lic\\_Computacao\\_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf](#)>. Acesso em: 12 maio 2022.
- PILGER, C. H. et al. Vivências de mães de bebês prematuros: da gestação aos cuidados no domicílio. **REUFSM**, v. 12, n.5, p. 1-20, 2022. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/67164/48090>>. Acesso em: 21 set. 2022.
- PROETTI, S. As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: um estudo comparativo e objetivo. **Revista Lumen**, v. 2, n. 4, p. 24-44, 2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.unifai.edu.br/index.php/lumen/article/view/60/88>>. Acesso em: 12 maio 2022.
- RODRIGUES, B. C. et al. Cuidado centrado na família e sua prática na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Rene**, v. 20, n. 1, e39767 2019. Disponível em: <[https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/41153/1/2019\\_art\\_bcrodrigues.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/41153/1/2019_art_bcrodrigues.pdf)>. Acesso em: 25 jul. 2023.
- RUTAYISIRE, E. et al. Fatores maternos, obstétricos e ginecológicos associados ao parto prematuro em Ruanda: resultados de um estudo nacional e longitudinal. **BMC Gravidez e parto**, v. 23, n. 365, p. 1-10, 2023. Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-023-05653-y>>. Acesso em: 06 jul. 2023.
- SANTOS, A. L. M. et al. A atuação do enfermeiro na assistência ao recém-nascido prematuro. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. 1-7, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21455/19218>>. Acesso em: 21 set. 2022.
- SEGUNDO, W. G. B. et al. A importância das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) para o recém-nascidos prematuros. **Rev. de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 16, n. 2, p. 85-90, 2018. Disponível em: <<http://www.revistanovaesperanca.com.br/index.php/revistane/article/view/12/20>>. Acesso em: 06 jul. 2023.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual seguimento ambulatorial do prematuro de risco / Rita de Cássia Silveira. – 1. ed. – Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia, 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: 12 maio 2022.

SOUSA, F. G. M. et al. Seguimento do recém-nascido pré-termo egresso da unidade de terapia intensiva neonatal. In: GAÍVA, M. A. M. et al. (org.). **Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família**. São Paulo, SP: Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, 2021. p. 331-350. Disponível em: <<https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Livro-cuidado-SOBEP-2.x14624.pdf#page=314>>. Acesso em: 02 nov. 2023.

SOUSA, J. R.; SANTOS, S. C. M. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, Juiz de Fora: UFJF, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/RPDE/article/view/31559/22049>>. Acesso em: 31 out. 2023.

SOUSA, L. L. et al. Caracterização clínico-epidemiológica dos recém-nascidos em cuidados intensivos. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, e731986198, 2020. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6198/5900>>. Acesso em: 19 jul. 2023.

SOUZA, D. M. L. et al. Prevalência de prematuridade e fatores associados no estado do Rio Grande do Sul. **Braz J Hea Rev**, v. 2, n. 5, p. 4052-4070, 2019. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/3237/3117>>. Acesso em: 20 set. 2022.

SOUZA, J. R. et al. Método Canguru na perspectiva dos profissionais de saúde de uma unidade de neonatologia. **Enferm Foco**, v. 10, n. 2, p. 30-35, 2019. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1604/515>>. Acesso em: 06 mar. 2024

SOUZA, R. T; CECATTI, J. G. Uma revisão integrativa abrangente dos fatores associados ao parto prematuro espontâneo, sua prevenção e predição, incluindo marcadores metabólicos. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 42, n. 1, p. 51-60, 2020. Disponível em: <<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0040-1701462>>. Acesso em: 20 set. 2022.

UEMA, R. T. B. et al. Cuidado centrado na família em neonatologia: percepções dos profissionais e familiares. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 28, e45871, p. e45871, 2020. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1128440/cuidado-centrado-na-familia-pt.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2023

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Observatory (GHO). Neonatal mortality: situation and trends. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <[http://www.who.int/gho/child\\_health/mortality/neonatal\\_text/en/oms](http://www.who.int/gho/child_health/mortality/neonatal_text/en/oms)>. Acesso em: 12 maio 2022.

XAVIER, J. S; BERNARDINO, F. B. S; GAÍVA, M. A. M. Seguimento do recém-nascido de risco: revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 9, n. 11, p. e579119515, 2020. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9515/8527>>. Acesso em: 12 maio 2022.



**APÊNDICE A**

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



**Análise da assistência ambulatorial prestada aos recém-nascidos de risco egressos  
de um hospital público**

**ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS – PRESIDENTE, DIRETOR CLÍNICO**

- 1- O hospital tem um Programa de Seguimento do RN de risco ou um serviço de continuidade do cuidado do RN egresso das Unidades Neonatais para o atendimento pós-alta hospitalar? Conte-me como ele funciona.
- 2- Sabe me dizer desde quando ele funciona?
- 3- Saberá me dizer se existe algum fluxograma, protocolo ou algum outro documento informando como ele está estruturado ou como ele deve funcionar?
- 4- Quais ações estão sendo desenvolvidas no serviço atualmente, e quantos e quais são os profissionais que atuam nele?
- 5- Conhece as estratégias de operacionalização do programa/serviço? Dias e horários de funcionamento, cronograma de consultas; condições da alta; se o programa/serviço está vinculado com a atenção básica e/ou outros serviços?
- 6- Sabe me dizer quantas crianças estão inscritas atualmente?
- 7- Existe algum critério para a inserção da criança no serviço? Saberá me informar quais são eles?

- 8- O hospital possui algum protocolo para o acompanhamento das crianças de risco?  
Como ele está articulado?
  
- 9- Existe referência e contra referência do Programa/serviço com a rede básica de saúde? Sabe me dizer como é feita essa referência? Como as crianças são encaminhadas?
  
- 10- Gostaria de dar mais alguma informação sobre o Programa, como por exemplo desafios e facilidades para seu funcionamento?

**APÊNDICE B**

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



**Análise da assistência ambulatorial prestada aos recém-nascidos de risco egressos  
de um hospital público**

**ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS – RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA**

- 1- O hospital desenvolve algum programa, ação política ou serviço direcionados ao atendimento e acompanhamento do cuidado dos recém-nascidos de risco pós-alta hospitalar? Sabe me informar quais são essas ações e como elas funcionam?
- 2- Poderia relatar como o programa ou serviço de atendimento ao RN egresso das unidades neonatais está estruturado? Quais ações são desenvolvidas? e quais são os profissionais que atuam nesse atendimento?
- 3- Pode me contar como funciona a operacionalização do programa/serviço? Quais os critérios para a inscrição das crianças; cronograma de consultas; articulação com atenção básica e outros serviços, dentre outros aspectos.
- 4- Existe algum protocolo, fluxograma ou algum documento informando como é o acompanhamento das crianças de risco no hospital? Se sim, poderia relatar mais sobre ele?
- 5- O hospital está pactuado com a Rede Cegonha do MS? Como se dá a articulação com a rede básica?
- 6- 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?
- 7- Sobre as famílias, como elas são abordadas ou incluídas no atendimento? O programa/serviço oferece algum tipo de apoio ou suporte às famílias dos recém-nascidos? Saberria me dizer que tipo de apoio e como ele é ofertado?



- 8- Você poderia descrever os desafios e as facilidades para o seguimento dos RN no programa?
- 9- Gostaria de acrescentar alguma informação?

**APÊNDICE C**

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



**Análise da assistência ambulatorial prestada aos recém-nascidos de risco egressos  
de um hospital público**

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE  
ATENDEM NO PROGRAMA**

**1 Caracterização do profissional:**

Nome:

Formação/Especialidade:

Tempo de formação/especialidade:

Idade:

Sexo:

Pós-graduação:

Qual:

Tempo atuação no programa/serviço:

**2 Questões norteadoras:**

- Poderia me descrever como funciona o programa/serviço de seguimento de crianças de risco no qual atua?
- Você pode discorrer sobre como ocorre o atendimento às crianças de risco, egressas das unidades neonatais, pelas unidades básicas e unidades de saúde da família no município?
- Como ocorre a abordagem multiprofissional?
- Relativo à família desses bebês, como tem sido a abordagem à elas?

- Me diga quais dificuldades você enfrenta para a continuidade do cuidado ao RN no serviço (na atenção ambulatorial a criança de risco).
- E quais as facilidades?
- Teria alguma sugestão para melhorar ainda mais o programa/serviço?

**APÊNDICE D**

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



**Análise da assistência ambulatorial prestada aos recém-nascidos de risco egressos  
de um hospital público**

**ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM FAMILIARES DE CRIANÇAS  
INSCRITAS NO PROGRAMA DE SEGUIMENTO DO RN DE RISCO**

**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:**

- Desde quando seu filho é atendido aqui no serviço? Como tem sido o acompanhamento de saúde de seu filho aqui serviço de atendimento? Conte-me como é esse atendimento.
- Sabe me informar quais são os profissionais que atendem seu filho no serviço? Qual o papel de cada profissional? O que eles fazem?
- Quais são as orientações que você já recebeu nos atendimentos? Você considera que foram importantes para o cuidado do bebê em casa?

- Além do atendimento no programa/serviço do hospital, onde mais você busca recursos em saúde para complementar o acompanhamento do bebê? Acha importante esse atendimento complementar? Conte-me sobre esse atendimento.
- Poderia me dizer as facilidades que você encontra para o acompanhamento do bebê no programa/serviço? E as dificuldades?
- Você poderia dar sugestões para melhoria do programa? Gostaria de falar mais alguma coisa sobre o atendimento do seu filho e o de sua família pelo programa/serviço?

**APÊNDICE E**

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



**Análise da assistência ambulatorial prestada aos recém-nascidos de risco egressos  
de um hospital público**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**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 “Continuidade do cuidado de recém-nascido de risco dos hospitais de uma capital do Brasil”. O objetivo geral do estudo é “Analisar a continuidade do cuidado e a organização ofertado ao recém-nascido de risco dos hospitais de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, na perspectiva dos gestores, 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 será registrada em gravações de 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 incômodo 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 de 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 assiná-lo você autoriza a sua participação voluntária na pesquisa, julgando-se adequadamente informada e concordado 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 Pós-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 13:30-17:30 no período vespertino.

Campo Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_



**APÊNDICE F**

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



**Análise da assistência ambulatorial prestada aos recém-nascidos de risco egressos  
de um hospital público**

**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.

---

Rubrica da Pesquisadora

---

Rubrica do Participante

A realização deste estudo respeita a regulamentação para pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde), prevista na Resolução n° 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. 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 2023.

**ANEXO A**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
MATO GROSSO DO SUL -  
UFMS



### 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 MARCHETTI

**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:** cepconep.propp@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:** cepconep.propp@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:** cepconep.propp@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:** cepconep.propp@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