



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ISABELA DE PINHO RODRIGUES

**CARACTERIZAÇÃO DO SEGUIMENTO DO NEONATO DE RISCO NO DISTRITO  
FEDERAL: ESTUDO DESCRITIVO EXPLORATÓRIO**

BRASÍLIA - DF

2021

ISABELA DE PINHO RODRIGUES

**CARACTERIZAÇÃO DO SEGUIMENTO DO NEONATO DE RISCO NO DISTRITO  
FEDERAL: ESTUDO DESCRITIVO EXPLORATÓRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Discente: Isabela de Pinho Rodrigues

Orientadora: Profa.Dra. Aline Oliveira Silveira

BRASÍLIA - DF

2021

## **CARACTERIZAÇÃO DO SEGUIMENTO DO NEONATO DE RISCO NO DISTRITO FEDERAL: ESTUDO DESCRITIVO EXPLORATÓRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

### **COMISSÃO EXAMINADORA**

Profa. Dra. Aline Oliveira Silveira  
Universidade de Brasília – UNB  
Presidente

Profa. Esp. Elaine Motta  
Universidade de Brasília – UNB  
Membro Efetivo

Profa. Dra. Marisa Utzig Cossul  
Universidade de Brasília – UNB  
Membro Efetivo

Profa. Ma. Camila Camargo Medeiros  
Universidade de Brasília – UNB  
Membro Suplente

BRASILIA - DF

2021

## **Caracterização do seguimento de neonatos de risco no Distrito Federal: estudo descritivo exploratório<sup>12</sup>**

Characterization of follow up of risk neonate in Federal District: descriptive exploratory study

Isabela de Pinho Rodrigues: Acadêmica de Enfermagem da Universidade de Brasília - UnB.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0899-2660>.

Autora da pesquisa: [isabella.rodrigues25@gmail.com](mailto:isabella.rodrigues25@gmail.com).

Aline Oliveira Silveira: Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora adjunto no departamento de enfermagem da Universidade de Brasília.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4470-7529>

Orientadora da pesquisa: [alinesilveira@unb.br](mailto:alinesilveira@unb.br).

**Não declara conflito de interesse.**

---

<sup>1</sup> Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de graduação em Enfermagem na Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília (UnB), como requisito necessário para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

<sup>2</sup> Artigo formatado em conformidade com as normas da Revista Caderno de Saúde Pública.

## INTRODUÇÃO

O progresso da tecnologia e da ciência tem corroborado com o desenvolvimento da assistência neonatal, ocorrido nas últimas décadas. Com isso, grandes mudanças ocorreram na assistência ao recém-nascido, sobretudo os de alto risco. Esse fato, tem promovido o aumento da sobrevivência de recém-nascidos com menor idade gestacional e/ou com baixo peso ao nascer, elevando o risco para o desenvolvimento de complicações durante a internação e após a alta hospitalar, o que ocasiona o aumento dos índices de reinternações<sup>1,2</sup>.

O Brasil está na décima posição entre os países onde mais nascem prematuros. As complicações decorrentes de um parto prematuro constituem a principal causa de mortes em crianças menores de 5 anos de idade, isso correspondeu a aproximadamente 1 milhão de mortes em 2015<sup>3</sup>. Por esse motivo, as crianças que apresentam condições de risco (baixo peso, prematuridade ou outras condições clínicas e/ou sociais), necessitam de acompanhamento especializado, pelo menos nos primeiros anos de vida<sup>4</sup>. Três quartos dessas mortes poderiam ter sido evitadas com a utilização de estratégias de intervenção de baixo custo e baseadas em novas diretrizes e estudos<sup>3</sup>.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2012) recomenda o acompanhamento dessas crianças de forma supervisionada e interdisciplinar, não somente pela Unidade Básica de Saúde (UBS), mas também por ambulatórios especializados nas maternidades onde nasceram essas crianças de risco ou serviços de atenção terciária, para a garantia de menores taxas de reinternações, menores índices de infecções nos primeiros anos de vida e maiores e melhores indicadores de crescimento e neurodesenvolvimento<sup>2</sup>.

Estudos revelam que recém nascidos de risco que não frequentaram serviços de seguimento pós-alta hospitalar, apresentam prognóstico menos favorável em relação àqueles que foram acompanhados, apresentando taxas mais altas de deficiências e menor acesso aos serviços que favorecem o diagnóstico precoce<sup>5</sup>.

O Caderno de Atenção Básica nº 33, considera como fatores de risco e vulnerabilidade à saúde do recém nascido: criança residente em área de risco, baixo peso ao nascer (< 2.500 g), prematuridade (< 37 semanas de idade gestacional), asfixia grave ou APGAR menor do que 7 no 5º minuto de vida, internações ou intercorrências, mãe adolescente (< 18 anos), com baixa

escolaridade (< 8 anos de estudo), e com histórico de morte de crianças menores de cinco anos na família<sup>6</sup>.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) prevê ações que incluem a melhoria do acesso, de forma a fornecer cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e do acompanhamento da criança na atenção básica, com aquelas desenvolvidas nas maternidades, consolidando uma rede articulada de atenção<sup>7</sup>.

Esse conceito de rede de atenção está descrito na Atenção Humanizada ao Recém-nascido – Método Canguru, como uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde (MS) desde a década de 90, que regula o acompanhamento do recém-nascido prematuro e /ou baixo peso após a alta hospitalar, de forma articulada entre a unidade neonatal que assistiu o recém-nascido e a família durante a internação, com os serviços de saúde, em especial da atenção básica, que passarão a acompanhá-lo após a alta hospitalar<sup>8</sup>.

Embora a continuidade do cuidado após a alta hospitalar seja considerada fundamental para a qualidade de vida da criança nascida de risco, a efetivação dessa assistência ainda possui fragilidades estruturais e processuais no contexto da atenção à saúde da criança no país<sup>9</sup>. Observa-se que existem importantes lacunas na literatura e escassez de dados sobre a configuração dos programas de vigilância de recém-nascidos de risco no país, em especial na região Centro-Oeste, no que diz respeito às estratégias operacionais e a avaliação do impacto das ações frente à mortalidade infantil.

Portanto, a realização desta pesquisa se justifica pela necessidade de se conhecer e dar visibilidade às estratégias utilizadas pelas regionais para efetivar a assistência após a alta hospitalar. Ademais, a geração de informações poderá contribuir para o planejamento e proposição de novas ações estratégicas de prevenção e promoção à saúde dessas crianças, com intuito de articular as redes de atenção.

Destarte, essa pesquisa teve como objetivo realizar um mapeamento e caracterizar os serviços de seguimento para recém-nascidos de risco egressos de UTIN no Distrito Federal (DF). Respondendo aos seguintes questionamentos: (1) Como está estruturada a rede de cuidado intensivo neonatal no Distrito Federal? (2) Todas as regiões de saúde do Distrito Federal possuem serviços para o seguimento dos recém-nascidos de risco egressos das UTIN? (3) Como ocorre o seguimento do recém-nascido de risco egresso da UTIN no Distrito Federal?

(4) As regiões de saúde do Distrito Federal possuem uma rede de atenção articulada para assistir os recém-nascidos de risco egressos das UTIN?

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem quantitativa. Esse tipo de estudo envolve a coleta, análise, interpretação e escrita de resultados, de forma a testar teorias objetivas, examinando a relação entre variáveis<sup>10</sup>. Para isso, foi realizado um levantamento do quantitativo dos hospitais que possuem algum programa de acompanhamento dos recém nascidos de risco do DF.

Considerou-se todas as recomendações éticas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a realização de pesquisas com seres humanos. Este projeto integra um estudo multicêntrico “Seguimento de recém-nascidos na região Centro-Oeste”, que tem como centro coordenador a Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), aprovado sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 14164719.1.1001.5541, e nos centros colaboradores no Distrito Federal, CAAE nº 14164719.1.2003.0030. Após a aprovação e autorização das instituições envolvidas, iniciou-se a pesquisa. A inclusão dos sujeitos foi oficializada por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### **Local de estudo**

A pesquisa foi desenvolvida nas Regionais de Saúde do Distrito Federal (DF) que possuem Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou Unidades de Cuidados Intermediários (UCIN) de acordo com a base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do ano de 2020.

### **Coleta de dados**

Deu-se início a coleta de dados no dia 13 de março de 2021 e foi finalizada no dia 27 de julho de 2021. Realizou-se uma busca no banco de dados CNES do Ministério da Saúde, dos serviços neonatais de todas as regionais do Centro-Oeste, registrados no ano de 2020. Esses dados coletados, permitiram a construção de um banco de dados das UTINs e UCINs, para subsidiar o levantamento dos programas de seguimento dos recém-nascidos de risco disponíveis na região.

Posteriormente, foi realizado contato telefônico com os serviços para coleta de informações sobre a existência de programas de seguimento vinculados a UTIN ou UCIN, com o intuito de caracterizar o serviço, os critérios e locais de encaminhamentos dos neonatos de risco após a alta hospitalar. Este, realizou-se através de uma entrevista semiestruturada via Google Forms, mediante a assinatura prévia do TCLE pelos profissionais indicados como informantes chave e/ou responsáveis pelos serviços de seguimento.

### **Análise dos dados**

Foi realizada uma análise estatística descritiva a fim de caracterizar as UTINs e os serviços de seguimento.

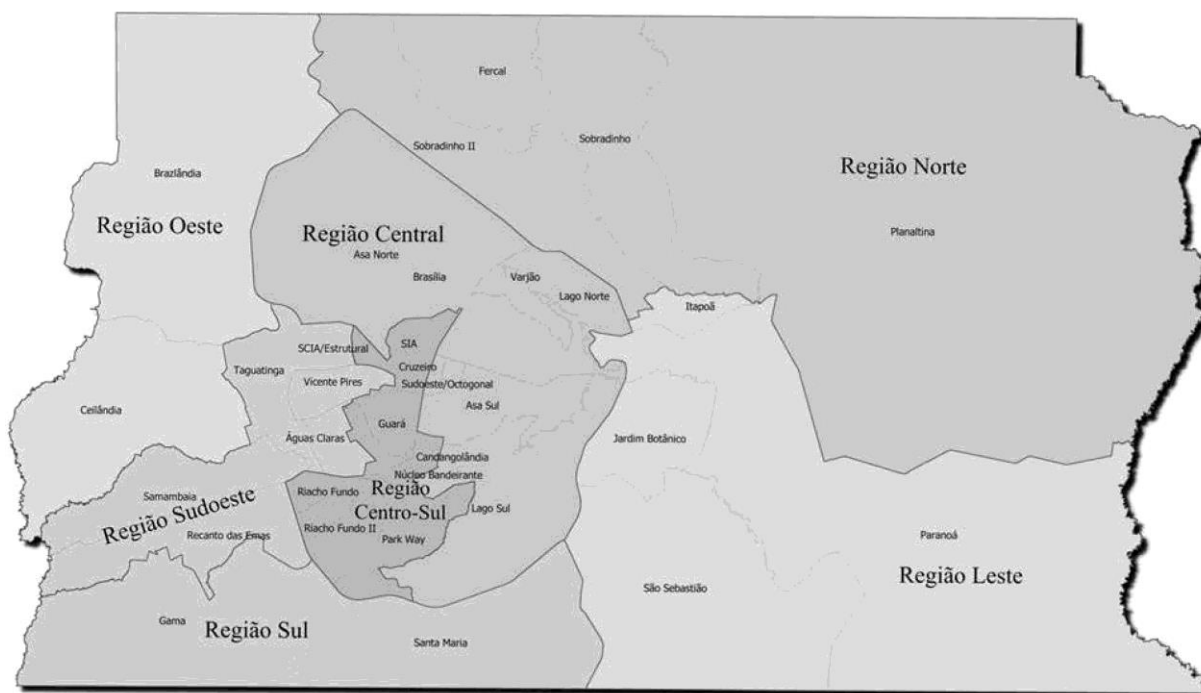
## **RESULTADOS**

### **Caracterização das Unidades Neonatais do Distrito Federal**

As unidades neonatais são organizadas e categorizadas conforme as necessidades de cuidados, podendo ser Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal que se subdivide em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru. Segundo os dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2020, o Distrito Federal possui 285 leitos em UTIN, 137 em UCINco e 68 em UCINca.

Os hospitais estão distribuídos conforme a sua localização por região no mapa. Na Região Norte estão localizados as regionais de saúde de Sobradinho - Hospital Regional de Sobradinho (HRS) e o Hospital Regional de Planaltina (HRPL); na Região Leste (Paranoá) está localizado o Hospital Regional Leste (HRL); na Região Sul localiza-se o Hospital Regional de Santa Maria (HRSM); a Região de Saúde Oeste compreende a região administrativa de Ceilândia – Hospital Regional de Ceilândia (HRC); a Região Sudoeste compreende a região administrativa de Taguatinga onde está localizada o Hospital Regional de Taguatinga (HRT); Na região Centro-Sul está o Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) e na região Centro-Oeste está o Hospital Universitário de Brasília (HuB).





**Figura 1.** Representação gráfica do Distrito Federal, regiões de saúde e regiões administrativas, DF, 2018<sup>11</sup>.

A UTIN também é dividida em três subtipos, cujos tipos II e III requerem um nível de atenção alto ou muito alto. Conforme as informações coletadas, a quantidade desses leitos de UTIN disponíveis no DF se distribuem da seguinte forma: 10,29% (tipo 1); 49,5% (tipo 2) e 40,19% (tipo 3). Cerca de 39,7% das UTIs neonatais do Distrito Federal são vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e cerca de 60,29% se concentram em instituições privadas. No que se refere à disponibilidade, mais da metade dos leitos (UTIN e UCIN) vinculados ao SUS (97,07%), estão concentradas no Hospital Materno de Brasília (HMIB).

Em relação a quantidade de leitos de UCIN no DF, existe um total de 137 leitos disponíveis dos quais 18,24% pertencem ao SUS; já na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru, estão disponíveis um total de 68 leitos dos quais nenhum se encontra credenciado como UCINca vinculado ao SUS, segundo informações coletadas do CNES<sup>12</sup>.

### **Caracterização dos serviços de Seguimento de Recém-nascidos de Risco no DF**

Do total de respostas obtidas, a maioria correspondeu aos profissionais da Enfermagem (10) com pós graduação em Neonatologia (5) e/ou Pediatria (3). Ao todo, foram identificados 8 serviços ou programas de seguimento de recém nascidos de risco no DF. Dois localizados na

região norte (HRS e HRPL); um na região sul (HRSM); um na região leste (HRL); um na região oeste (HRC); um na regional do sudoeste (HRT); um na regional centro oeste (HuB) e um na regional centro-sul (HMIB).

A caracterização do serviço prestado pela regional de saúde oeste permite identificar que o seguimento é feito da seguinte forma: são destinadas 4 períodos por semana para a realização das consultas de seguimento dos recém-nascidos de risco. Nas terças e sextas pela manhã, a condução da consulta é exercida pelo enfermeiro e, nas quartas e quintas pelo pediatra, de forma que são atendidas 8 crianças por agenda, o que representa o atendimento de uma média de 32 crianças de risco por semana. Em todas as consultas, são coletados o histórico do paciente, realizado o exame físico, verificado pendências de exames e pareceres, são realizados encaminhamentos, quando necessário, e avaliação do crescimento e desenvolvimento.

A regional de saúde do sudoeste funciona com a 3ª etapa do Método Canguru. O programa de seguimento existe com assistência médica desde a década de 90. Em 1998, foi estruturado pela política do Método Canguru, e em 2017 foi incluída a consulta de enfermagem nesse serviço. O seguimento ocorre com o auxílio do prontuário eletrônico do paciente, das triagens neonatais, das vacinas, das orientações com ênfase na amamentação, do ganho de peso, do posicionamento, dos cuidados de higiene e gerais, além de servir como uma rede de apoio à família no que concerne a atenção ao neonato.

O acompanhamento é realizado com todas as crianças procedentes da UCINco, UCINCa e Alojamento Conjunto (ALCON) - prematuros de baixo, médio e alto risco, tardios e Pequenos para a idade Gestacional (PIGs). São realizadas 2 ou 3 consultas semanais destinadas ao atendimento de recém nascidos de risco e a frequência irá depender da evolução do paciente, possui parceria com a atenção primária e o banco de leite materno. O protocolo utilizado é baseado na cartilha do Método Canguru, cujo critério para inserção no programa são recém-nascidos prematuros com até 2.500 gramas ou < 37 semanas e PIGs. O fluxo de encaminhamento segue através de anotações para os tutores do Método Canguru da APS.

Na região de saúde centro sul, o programa de seguimento é vinculado a um hospital de referência no cuidado materno e infantil, onde todos os recém-nascidos de risco, no momento da alta, são encaminhados para o ambulatório de acompanhamento, ou realização da terceira etapa do MC com a equipe multiprofissional. Os pacientes que nasceram abaixo de 32 semanas e/ou abaixo de 1.500g, que tiveram intercorrências graves perinatais (asfixia, leucomalácia,

retinopatia, displasia broncopulmonar, entre outros), filhos de mães adolescentes e com maior vulnerabilidade social, considerados de maior risco são acompanhados por mais tempo (até 2 anos) pela medicina e fisioterapia.

O atendimento é realizado 4 dias por semana com o profissional médico, com a enfermagem 1 vez na semana e com os demais profissionais (terapeuta ocupacional e fisioterapeuta) 2 vezes por semana. De segunda a quinta à tarde o atendimento é realizado pelo médico; na quarta à tarde a enfermeira realiza as primeiras consultas e encaminha para atendimento médico, o qual avalia o recém nascido junto com o terapeuta ocupacional ou fisioterapeuta. As consultas médicas e de enfermagem ocorrem de forma intercalada. A enfermagem acompanha a criança apenas na terceira etapa do MC e não no seguimento posterior. Quando necessário, são realizados encaminhamentos para outras especialidades pediátricas, de acordo com protocolos oficiais da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

As ações desenvolvidas durante a consulta médica e de enfermagem (com realização do processo de enfermagem) são: avaliação do crescimento e desenvolvimento, estímulo ao aleitamento materno, encaminhamento para exames, vacinas, diversas especialidades (neurologia clínica, infectologia, cirurgia pediátrica, estimulação precoce), coleta de exames necessários, orientações quanto à administração de medicamentos, sinais de alerta e cuidados domiciliares, entre outras demandas de cuidado. Por esse motivo, as consultas têm duração média de 50 minutos a 1 hora e 30 minutos.

O programa não possui um protocolo oficial para o atendimento e não há articulação com a rede de atenção primária à saúde. Quando o RN de risco é atendido pela primeira vez pela enfermeira do ambulatório, é solicitado que os pais compareçam ao posto de saúde para marcar acompanhamento, explicando que este é concomitante ao realizado no ambulatório. Se o RN possuir indicação de seguimento, o atendimento na unidade de saúde deve ser mantido. Se não houver indicação, a criança só recebe alta do ambulatório se houver uma garantia de continuidade de assistência pela unidade básica ou centro de saúde de referência, conforme a região de residência da família.

O programa de seguimento da regional de saúde sul é recente, com início do funcionamento em maio de 2021. Todas as crianças com critérios para serem acompanhadas após alta hospitalar, são encaminhadas para as consultas. O serviço não dispõe de registro de demanda e quantitativo de neonatos de risco que estão sendo atendidos atualmente. Todavia, são realizados 12 atendimentos por dia, uma vez na semana. Os RNs são pesados, medidos e

acompanhados por uma pediatra. Entra-se em contato com as mães por telefone para marcação da primeira consulta. Na ocasião da alta hospitalar recebem a informação de previsão da semana que será realizada a consulta.

Os critérios apresentados para inserção de RN são: < 34 semanas e/ou RN com cardiopatias, neuropatias, internações prolongadas e dificuldade de desmame de oxigênio. As consultas são realizadas nas quintas-feiras, pela manhã e à tarde, no ambulatório do hospital regional, ao qual o programa está vinculado, a equipe é composta pelo pediatra, fisioterapeuta e terapia ocupacional (TO). O hospital segue um protocolo de atendimento e todos os neonatos de risco são encaminhados para consulta de crescimento e desenvolvimento na atenção básica, além do seguimento. Os encaminhamentos para o seguimento do prematuro são feitos pelas enfermeiras da UCIN, no momento da alta hospitalar. No que se refere ao acesso ao serviço de fonoaudiologia, os neonatos são encaminhados via central de regulação para serem atendidos.

Devido a pandemia de COVID-19, o programa da regional do centro-oeste, está atendendo recém nascidos com algum sinal de alerta, a saber: comorbidades, prematuridade, baixo peso ao nascer e mães que tiveram COVID durante a gestação. Esse programa, com foco em crianças com necessidades especiais de cuidado em saúde, funciona segunda, terça, quinta e sexta no período matutino com a colaboração de pediatras e especialistas em pediatria. Por ser um programa novo, ainda não existe um protocolo para o acompanhamento e o sistema de referência e contra referência não está estabelecido ou funcionando adequadamente, por falta de adesão dos próprios profissionais.

Já nas demais, como na regional norte e regional leste, o acompanhamento ambulatorial é realizado através de agenda marcada. A consulta na regional norte é realizada com o auxílio do enfermeiro, do médico, do fisioterapeuta e do fonoaudiólogo; e na região leste, somente pelo médico, fisioterapeuta e TO. As duas regionais não possuem protocolo de atendimento, mas o critério para inserção é ser prematuro egresso de UTIN.

Em um programa da regional norte, as consultas ocorrem nas quintas-feiras (manhã e à tarde) e não se tem informação sobre como se dá a articulação com a rede básica de saúde. Ao contrário do serviço de seguimento da região leste, que iniciou a planificação da linha materno infantil para melhorar a articulação com a rede primária, secundária e hospitalar.

## **DISCUSSÃO**

Os achados permitem compreender que são realizadas, em média, 2 a 4 consultas semanais nos serviços de seguimento, em sua maioria são guiadas por uma equipe de saúde multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta. As consultas são realizadas mediante agendamento prévio e os fluxos de referência e contra referência não estão devidamente estabelecidos na maioria dos serviços de seguimento, aparentemente por falta de conhecimento, inexistência ou dificuldades na adesão dos profissionais.

A inserção nos serviços de acompanhamento é realizada após indicação e encaminhamento, ou seja, assim que o RN recebe a alta hospitalar e é considerado prematuro e/ou de baixo peso, ou apresenta algum sinal de alerta, ele é encaminhado para o programa de seguimento. Nas consultas são avaliadas a estatura, o ganho de peso, o perímetro cefálico, entre outros, por meio do preenchimento e da observação dos gráficos de crescimento e desenvolvimento da criança; além disso, realiza-se orientações sobre a amamentação e o posicionamento, triagens neonatais, checagem de vacinas, orientações sobre os cuidados com a higiene do recém nascido, servindo também como uma rede de apoio à família em relação a atenção e aos cuidados a esses neonatos.

Com exceção das regionais de saúde do sudoeste e do sul, as demais regiões não seguem um protocolo oficial de atendimento. A regional do sudoeste segue como protocolo oficial subsidiado pela Cartilha do Método Canguru. Nesse serviço, o fluxo de encaminhamento evidencia uma clara organização do serviço, sendo feito através de anotações para os tutores do MC na AP, demonstrando assim, uma articulação entre os serviços. A regional sul também segue um protocolo de atendimento, o que é percebido como um dado relevante, visto que esse serviço foi implementado recentemente no hospital.

De maneira geral, existe uma articulação mínima ou quase inexistente com a rede da APS, o que pode prejudicar a continuidade da assistência a esses RNs, já que a distância é considerada como um fator que leva à evasão<sup>13,14</sup>. Ademais, aparentemente, não existe um controle/registo do fluxo ou do quantitativo de crianças que são acompanhadas nesses serviços, o que prejudica a análise da relação entre a demanda de recém nascidos que precisam e/ou realizam esse seguimento em relação às vagas que são ofertadas pelo sistema público.

Dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), informam que no DF, em 2019, nasceram 42.422 crianças, das quais 3.480 possuíam baixo peso (<2500g) e 1.226 nasceram prematuras (<37 semanas)<sup>15</sup>. Esses dados revelam que se a disponibilidade

total de leitos fosse a mesma de 2020, seria insuficiente, visto que o DF possui 285 leitos em UTIN, 162 em UCINCo e 68 em UCINCa, totalizando 515 leitos. Todavia, é importante lembrar que menos de 60% desses leitos se encontram disponíveis no SUS e que nenhum leito da UCINCa se encontra vinculado ao SUS, segundo dados coletados do CNES.

Cada unidade de internação atende a uma demanda específica. O serviço de UTIN é um serviço hospitalar direcionado para o atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte. As UCINCo, também conhecidas como Unidades Semi-Intensivas, são destinadas para o atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, mas de menor complexidade do que na UTIN. As UCINCa são serviços em unidades hospitalares cuja infra-estrutura física e material permita acolher mãe e filho para prática do método canguru, para convívio e permanência do binômio no mesmo ambiente 24 horas por dia, até a alta hospitalar<sup>16</sup>.

Observa-se que uma boa parte dos leitos, cerca de 60,29% das UTIN se concentram em instituições privadas e que mais da metade dos leitos de UTIN e UCIN vinculado ao SUS (97,07%), estão concentrados no Hospital Materno de Brasília (HMIB). Tendo em vista que em 2017, nasceram no HMIB 3.426 crianças, sendo 18% dos RNs com peso inferior a 2500g<sup>17</sup>, pode-se inferir que mesmo com essa grande proporção de leitos disponíveis, a ocupação poderia ser máxima se observados uma alta taxa de nascimentos em um curto período de tempo.

Alguns estudos apontam que as maiores dificuldades na implementação e no desenvolvimento do programa de seguimento se deve à falha de comunicação e às lacunas existentes na referência e contrarreferência<sup>18,19</sup>, o que ficou evidente neste mapeamento. Um estudo realizado no Brasil, que corrobora com essa afirmação, descreve que o sistema de referência e contrarreferência ocorre de maneira tímida, sem o adequado registro sobre as condutas e os encaminhamentos realizados durante o atendimento ao recém nascido de risco. O repasse de informações necessárias para que ocorra a contrarreferência, fica incumbida aos familiares ou cuidadores dos recém nascidos, tornando esse atendimento frágil e vulnerável<sup>20</sup>.

Alguns dos fatores dificultadores que contribuem para a descontinuidade dos serviços de seguimento, estão relacionados a fatores intrínsecos a família do RNR. Estudam demonstram que esses fatores estão relacionados à distância de viagem mais longa da casa até o hospital, a falta de tempo e recursos dos pais, o estresse emocional, a baixa escolaridade materna e as falhas de comunicação<sup>13,21,22</sup>. Além desses fatores, estudos identificaram que os pais/cuidadores desses RNR relatam que o tempo de espera para as consultas demanda longos

períodos no hospital, o que desmotiva a frequência no acompanhamento ambulatorial. A comunicação e a coordenação com a equipe de assistência médica da criança geralmente também é limitada, o que dificulta no atendimento<sup>23,24</sup>.

## **CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES**

O Distrito Federal possui apenas 8 serviços de seguimento de recém nascidos de risco, que funcionam de forma independente e com pouca ou nenhuma articulação com a rede de atenção básica. Foram identificados 490 leitos de atendimentos a esses RNR. Os serviços de acompanhamento estão distribuídos por regionais, sendo elas: Região Norte (2), Região sul (1), Região Leste (1), Região Oeste (1), Região Sudoeste (1), Região Centro Oeste (1) e Regional Centro-Sul (1).

Foi observado ainda, que esses programas não possuem protocolos oficiais ou diretrizes específicas que padronizem e possibilitem um atendimento integral e equitativo para as crianças que demandam desse tipo de atendimento. Pela distribuição geográfica e pelo quantitativo dos programas, compreende-se que eles estão restritos e não alcançam a demanda de recém nascidos de risco de todas as regiões do DF. Também é importante destacar a fragilidade da articulação com a rede de atenção à saúde da criança, como ambulatórios especializados, unidades neonatais ou a atenção primária.

O recém nascido de risco egresso da UTIN ou da UCIN, apresenta fragilidades e se encontra em estado de vulnerabilidade, necessitando de cuidados especializados e de uma atenção qualificada no que se refere ao seu crescimento e desenvolvimento. Dessa forma, o programa de seguimento de recém nascidos visa atender às demandas desses RNs de forma sistematizada e qualificada.

Preconiza-se para isso, uma boa comunicação entre a equipe multiprofissional, a fim de alinhar o atendimento e sanar de forma concisa quaisquer dúvidas dos cuidadores. Observa-se também a necessidade de protocolos padronizados e acessíveis aos profissionais que trabalham nesses serviços. Certamente, este estudo contribuirá para um melhor sistema de encaminhamentos e procedimentos padrões a se realizar durante as consultas através de formulação de políticas e diretrizes.

Contudo, esse estudo propôs produzir informações acerca do seguimento dos RNR no DF, com o intuito de contribuir para o planejamento e a construção de ações estratégicas de

prevenção e promoção à saúde desses recém nascidos de risco. De forma a dar visibilidade às estratégias já utilizadas por algumas regionais para efetivar a assistência após a alta hospitalar e melhorar a articulação com a rede primária.

## IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA E PESQUISA

Existem importantes lacunas na literatura e escassez de dados sobre a configuração dos programas de vigilância de recém-nascidos de risco no país, em especial na região Centro-Oeste no que diz respeito às estratégias operacionais e avaliação do impacto das ações frente à mortalidade infantil. É esperado que esse estudo traga subsídios para garantir uma melhor cobertura, organização e fluxos adequados desses serviços.

As dificuldades identificadas, tanto na distribuição de leitos vinculados ao SUS, como no processo de referência e contrarreferência, além da articulação com a atenção primária, podem ser utilizadas para desenvolver políticas relevantes e estratégias direcionadas para melhorar o desempenho do acompanhamento dessa população de alto risco.

## REFERÊNCIAS

1. Braga PP; Sena RR. Devir cuidadora de prematuro e os dispositivos constituintes da continuidade da atenção pós-alta. **Texto Contexto Enferm**, Minas Gerais -Brasil, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/VC3kKf8WCBy9pKSfbpwn3rL/?lang=pt> . Acesso em 15 jul. 2021.
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de seguimento ambulatorial do prematuro de risco. Departamento Científico de Neonatologia. 1 ed. São Paulo - Brasil, 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: 15 jul. 2021.
3. World Health Organization: WHO. **Preterm birth**. 2018. Who.int. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> . Acesso em: 17 jul. 2021.
4. Oliveira SR, Sena RR. A alta da unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a Continuidade da Assistência: um estudo bibliográfico. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**. Minas Gerais – Brasil, 2010. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/94> . Acesso em: 20 jul. 2021
5. Ballantyne M, Stevens B, Guttman A, Willan ARAR, Rosenbaum P. Maternal-infant Predictors of Attendance at Neonatal Follow Up Programmes. **Child Care Health Dev**.



- 2013; 40(2)250–8. 6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23294101/> . Acesso em: 20 jul. 2021.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 33. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília - Brasil, 2012, p. 50. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_crescimento\\_desenvolvim\\_ento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvim_ento.pdf) . Acesso em 25 jul. 2021.
  7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). **Portaria GM/MS nº 1.130**, de 5 de agosto de 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html) . Acesso em: 25 jul. 2021.
  8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_metodo\\_canguru\\_m\\_anual\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_m_anual_3ed.pdf) . Acesso em: 28 jul. 2021.
  9. Damasceno SS, Nóbrega VM, Coutinho SED, Reichert APS, Toso BRGO, Collet N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2961–2973, Paraíba - Brasil, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9y97dqhzbFyhcvvYprvrbVx/?lang=pt> . Acesso em: 1 ago. 2021.
  10. Creswell, John W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativo e misto; tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: Dirceu da Silva. – 5. ed. Porto Alegre - Brasil, 2021. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/516620011/Projeto-de-Pesquisa-Metodos-Qu-John-W-Creswell-e-J-David-Cre> . Acesso em: 10 ago. 2021.
  11. Guedes BAP, Vale FLB, Souza RW, Costa MKA, Batista SR. A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2125–2134, Brasília - Brasil, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CGw4HDywt7wFPmgyFnwN83q/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 11 ago. 2021.
  12. Cadastro Nacional de Estalecimentos de Saúde (CNES). Ministério da Saúde. DATASUS, 2020. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/> . Acesso em: 13 ago. 2021.
  13. Brady JM, Pouppirt N, Bernbaum J, D'Agostino JA, Gerdes M, Hoffman C, Cook N, Hurt H, Kirpalani H, DeMauro SB. Why do children with severe bronchopulmonary dysplasia not attend neonatal follow-up care? Parental views of barriers. **Acta Paediatr.** 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29420848/> . Acesso em: 30 out. 2021.
  14. Guzek LM, Fadel WF, Golomb MR. A Pilot Study of Reasons and Risk Factors for “No-Shows” in a Pediatric Neurology Clinic. **Journal of Child Neurology**, v. 30, n. 10, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25503257/> . Acesso em: 30 out. 2021.

15. Sistema de Informação de Nascidos Vivos. SINASC. DATASUS, 2019. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> . Acesso em 19 ago. 2021.
16. Brasil. Ministério da Saúde. 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). **Portaria nº 930**, de 10 de maio de 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html) . Acesso em: 20 ago. 2021.
17. Fernandes V, Moura MDR, Moreira ACG, Oliveira TM. Risk factors for perinatal asphyxia in newborns attended at a tertiary public maternity hospital. **Residência Pediátrica**, v. 10, n. 2, Brasília - Brasil, 2020. Disponível em: <https://residenciapediatrica.com.br/detalhes/454/fatores%20de%20risco%20para%20a%20sfixia%20perinatal%20em%20recemnacidos%20atendidos%20em%20uma%20maternidade%20publica%20terciaria> . Acesso em: 1 set. 2021.
18. Nóbrega VM, Silva MEA, Fernandes LTB, Viera CS, Reichert APS, Collet N. Doença crônica na infância e adolescência: continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, Paraíba - Brasil, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/4n3hRsSwPKHDh3SCpmcyjms/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 2 set. 2021.
19. Hesselink G, Zegers M, Vernooij-Dassen M, Barach P, Kalkman C, Flink M, Öhlen G, Olsson M, Bergenbrant S, Orrego C, Suñol R, Toccafondi G, Venneri F, Dudzik-Urbaniak E, Kutryba B, Schoonhoven L, Wollersheim H; European HANDOVER Research Collaborative. Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping. **BMC Health Services Research**, v. 14, n. 389, 2014. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-389> . Acesso em: 3 set. 2021.
20. Aires LC, Santos EKA, 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 TT. **Escola Anna Nery**, 21(2). Santa Catarina - Brasil, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/g3L54ypryzYyJNvPZzzVrkJ/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 5 set. 2021.
21. Ravarian A, Vameghi R, Heidarzadeh M, Nariman Sh, Sagheb S, Nori F, Saeedershadi F, Norozi M, Vameghi R. Factors Influencing the Attendance of Preterm Infants to Neonatal Follow up And Early Intervention Services Following Discharge from Neonatal Intensive Care Unit during First Year of Life in Iran. **Iran J Child Neurol**, v. 12, n. 1, 2018. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/322338282\\_Factors\\_Influencing\\_the\\_Attendance\\_of\\_Preterm\\_Infants\\_to\\_Neonatal\\_Follow\\_up\\_And\\_Early\\_Intervention\\_Services\\_Following\\_Discharge\\_from\\_Neonatal\\_Intensive\\_Care\\_Unit\\_during\\_First\\_Year\\_of\\_Life\\_in\\_Iran](https://www.researchgate.net/publication/322338282_Factors_Influencing_the_Attendance_of_Preterm_Infants_to_Neonatal_Follow_up_And_Early_Intervention_Services_Following_Discharge_from_Neonatal_Intensive_Care_Unit_during_First_Year_of_Life_in_Iran) . Acesso em: 5 out. 2021.
22. Tavares TS, Sena RR, Duarte ED. Crianças egressas de terapia intensiva neonatal: implicações para as redes sociais de cuidado. **Rev Rene**, v. 17, n. 5, 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/6197/4433> . Acesso em: 5 out. 2021.

23. Gontijo ML, Cardoso AA, Dittz ES, Magalhães LC. Evasão em ambulatório de seguimento do desenvolvimento de pré-termos: taxas e causas. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. **Cad. Bras. Ter. Ocup. São Carlos**, v. 26, n. 1, p. 73-83. Belo Horizonte, MG - Brasil. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-988503> . Acesso em: 10 out. 2021.
24. Little AA, Kamholz K, Corwin BK, Castellero AB, Wang CJ. Understanding Barriers to Early Intervention Services for Preterm Infants: Lessons From Two States. **Academic Pediatrics**, 15(4), 430–438. Boston - USA, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26142069/> . Acesso em: 12 out. 2021.

## ANEXOS

### ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “Seguimento de recém-nascidos de risco no Distrito Federal”, sob a responsabilidade da pesquisadora Aline Oliveira Silveira, professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília. O projeto faz parte de um estudo mais amplo sobre o Seguimento de recém-nascidos de risco na região Centro-Oeste.

O objetivo desta pesquisa é avaliar o seguimento dos recém-nascidos de risco egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no Distrito Federal. Apesar da importância da continuidade do cuidado após a alta hospitalar para a qualidade de vida da criança nascida de risco, em nosso país, a efetivação dessa assistência ainda possui fragilidades e ainda temos pouco conhecimento sobre a configuração dos programas de acompanhamento de recém-nascidos de risco e o seu impacto na redução da mortalidade e problemas de saúde na infância.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de entrevistas com a pesquisadora para responder questões sobre o programa de seguimento de crianças de risco no qual atua (se for profissional da assistência) e sobre a organização da atenção à saúde do recém-nascido de risco (se for gestor). A entrevista se dará como uma conversa, tem um tempo estimado de 30 minutos e será realizada no dia, local e horário de sua preferência. Esse diálogo será registrado em gravações de áudio por meio de equipamento próprio, a fim de possibilitar a transcrição e análises necessárias ao estudo.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são constrangimento ou incomodo ao você relatar sua experiência no atendimento ou na gestão de programas para acompanhamento de crianças de risco. Caso sinta qualquer desconforto pedimos que o senhor(a) relate à pesquisadora para a adoção das medidas de apoio ou mesmo interrupção da sua participação na pesquisa. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para traçar um panorama da atenção a essas crianças e contribuir

para discussão de estratégias para melhor atender esse grupo no Distrito Federal. O conhecimento produzido na pesquisa será debatido com os serviços que prestam esse tipo de atendimento e secretaria de saúde e poderão contribuir para buscar melhorias da atenção.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que o(a) senhor(a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, na Universidade de Goiás, na Universidade de Mato Grosso, na Universidade de Mato Grosso do Sul e nas Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais da Região Centro-Oeste podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Aline Oliveira Silveira, no Departamento de Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, nos telefones 3107-1756 ou 99966-3133 disponível inclusive para ligação a cobrar. Também poderá entrar em contato por e-mail: [alinesilveira@unb.br](mailto:alinesilveira@unb.br).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é coparticipante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas através do telefone: (61) 2017 1145 ramal 6878 ou e-mail: [comitedeetica.secretaria@gmail.com](mailto:comitedeetica.secretaria@gmail.com)

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

---

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

---

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

#### ANEXO B - ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS NOS HOSPITAIS COM PROGRAMAS

1. O hospital tem um programa para o atendimento dos recém-nascidos de risco pós-alta hospitalar?
2. Se houver algum Programa em funcionamento, quando foi criado? Quantas crianças estão inscritas atualmente? Como está estruturado? Quais ações desenvolvidas?
3. Quais os profissionais que atuam?
4. Quais os critérios para inserção da criança no Programa?
5. Quais as estratégias de operacionalização do programa:dias e horário de funcionamento, cronograma de consultas;condições da alta; articulação com atenção básica e outros serviços, dentre outros aspectos.
6. O hospital possui algum protocolo para o acompanhamento das crianças de risco?
7. Como se dá a articulação do Programa com a rede básica de saúde? Como as crianças são encaminhadas?