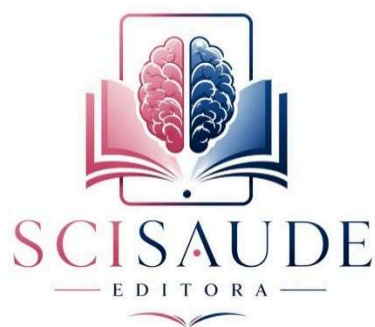


ATUALIZAÇÕES EM PROMOÇÃO DA SAÚDE 3



ATUALIZAÇÕES EM PROMOÇÃO DA SAÚDE 3





O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial do SCISAUDE. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.



LICENÇA CREATIVE COMMONS

A editora detém os direitos autorais pela edição e projeto gráfico. Os autores detêm os direitos autorais dos seus respectivos textos. ATUALIZAÇÕES EM PROMOÇÃO DA SAÚDE 3 de SCISAUDE está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/). (CC BY-NC-ND 4.0). Baseado no trabalho disponível em <https://www.scisaude.com.br/catalogo/atualizacoes-em-promocao-da-saude-3/109>

2026 by SCISAUDE

Copyright © SCISAUDE

Copyright do texto © 2026 Os autores

Copyright da edição © 2026 SCISAUDE

Direitos para esta edição cedidos ao SCISAUDE pelos autores.

Open access publication by SCISAUDE

ATUALIZAÇÕES EM PROMOÇÃO DA SAÚDE 3

ORGANIZADORES

ME. PAULO SÉRGIO DA PAZ SILVA FILHO

<http://lattes.cnpq.br/5039801666901284>

<https://orcid.org/0000-0003-4104-6550>

Editor chefe

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

Projeto gráfico

Lennara Pereira Mota

Diagramação:

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

Lennara Pereira Mota

Revisão:

Os Autores



Conselho Editorial

Ana Flavia de Oliveira Ribeiro	Elane da Silva Barbosa	Juliane Maguetas Colombo Pazzanese
Ana Florise Moraes Oliveira	Francine Castro Oliveira	Júlia Maria do Nascimento Silva
André de Lima Aires	Giovanna Carvalho Sousa Silva	Kaline Malu Gerônimo Silva dos Santos
Aline Halfeld Fernandes Vale		
Angélica de Fatima Borges Fernandes	Heloísa Helena Figuerêdo Alves	Laíza Helena Viana
Camila Tuane de Medeiros	Jamile Xavier de Oliveira	Leandra Caline dos Santos
Camilla Thaís Duarte Brasileiro	Jean Carlos Leal Carvalho De Melo Filho	Lennara Pereira Mota
Carla Fernanda Couto Rodrigues	João Paulo Lima Moreira	Luana Bastos Araújo
Daniela de Castro Barbosa Leonello	Juliana britto martins de Oliveira	Maria Isabel Soares Barros
Dayane Dayse de Melo Costa	Juliana de Paula Nascimento	Maria Luiza de Moura Rodrigues
Maria Vitalina Alves de Sousa	Raissa Escandiusi Avramidis	Wesley Romário Dias Martins
Maryane Karolyne Buarque Vasconcelos	Renata Pereira da Silva	Wilianne da Silva Gomes
Paulo Sérgio da Paz Silva Filho	Sannya Paes Landim Brito Alves	Willame de Sousa Oliveira
Mayara Stefanie Sousa Oliveira	Suellen Aparecida Patricio Pereira	Naila Roberta Alves Rocha
Michelle Carvalho Almeida	Thamires da Silva Leal	Neusa Camilla Cavalcante Andrade Oliveira
Márcia Farsura de Oliveira		



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Atualizações em Promoção da Saúde 3 [livro eletrônico] /
[organizadores Paulo Sérgio da Paz Silva Filho. --
Teresina, PI : SCISAUDE, 2026.
PDF

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-85376-94-5

1. Promoção da saúde 2. Saúde - Brasil 3. Saúde pública 4.
Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Silva Filho, Paulo
Sérgio da Paz.

26-393608.0

CDD-613

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde : Promoção da saúde : Ciências médicas 613

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415



10.56161/sci.ed.20260904



978-65-85376-94-5



<https://isni.org/isni/0000000530754388>



SCISAUDE
Teresina – PI – Brasil
scienceesaude@hotmail.com
www.scisaude.com.br



APRESENTAÇÃO

A promoção da saúde constitui um dos principais pilares para a construção de uma assistência mais preventiva, humanizada e resolutiva. Em um cenário marcado por constantes transformações científicas, tecnológicas e sociais, torna-se indispensável ampliar o conhecimento e fortalecer práticas capazes de responder às diferentes necessidades de saúde da população.

O e-book “**Atualizações em Promoção da Saúde 3**” reúne produções científicas que abordam temas relevantes para a qualificação do cuidado nos diversos níveis de atenção. Os capítulos apresentam reflexões, evidências e experiências relacionadas à prevenção de doenças, à educação em saúde, ao ambiente hospitalar, à qualidade de vida e à atuação integrada das equipes multiprofissionais.

Esta obra busca aproximar o conhecimento científico da prática profissional, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais seguras, eficientes e centradas nas necessidades dos indivíduos e das comunidades. Ao reunir diferentes perspectivas, o livro evidencia que promover saúde envolve não apenas prevenir agravos, mas também acolher, orientar, educar e estimular a autonomia dos pacientes.

Desejamos que esta publicação seja uma fonte de atualização, aprendizado e inspiração para estudantes, pesquisadores, docentes e profissionais da saúde, incentivando novas reflexões e práticas comprometidas com a excelência da assistência e com a melhoria da qualidade de vida da população.

Boa leitura!



Sumário

CAPÍTULO 1.....	10
POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E O FORTALECIMENTO DO SUS.....	10
10.56161/sci.ed.20260904C1	10
CAPÍTULO 2.....	22
SEGURANÇA DO PACIENTE NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO ENTRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE	22
10.56161/sci.ed.20260904C2	22
CAPÍTULO 3.....	34
COBERTURA VACINAL E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS NO BRASIL	34
10.56161/sci.ed.20260904C3	34
CAPÍTULO 4.....	47
ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA MULHER: FATORES ASSOCIADOS E DESAFIOS PARA A EQUIDADE	47
10.56161/sci.ed.20260904C4	47
CAPÍTULO 5.....	61
O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO EM MULHERES DIABÉTICAS COM CANDIDÍASE VULVOVAGINAL RECORRENTE: uma revisão integrativa	61
10.56161/sci.ed.20260904C5	61
CAPÍTULO 6.....	80
CONTRIBUIÇÕES DA ELETROACUPUNTURA NA MODULAÇÃO DA DOR E NOS MECANISMOS NEUROBIOLÓGICOS ASSOCIADOS À FIBROMIALGIA: Uma revisão integrativa	80
10.56161/sci.ed.20260904C6	80
CAPÍTULO 7.....	96
LESÃO PULMONAR AGUDA RELACIONADA À TRANSFUSÃO: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS	96
10.56161/sci.ed.20260904C7	96
CAPÍTULO 8.....	107
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA INCIDÊNCIA DE LEISHMANIOSE VISCERAL NO TERRITÓRIO BRASILEIRO NO PERÍODO DE 2021 A 2025.....	107



10.56161/sci.ed.20260904C8	107
CAPÍTULO 9.....	118
ALTA SEGURA DO PREMATURO EXTREMO: PROPOSTA MULTIPROFISSIONAL PARA CONTINUIDADE DO CUIDADO	118
10.56161/sci.ed.20260904C9	118
CAPÍTULO 10.....	132
DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E CONTROLE DO DIABETES MELLITUS NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	132
10.56161/sci.ed.20260904C10	132
CAPÍTULO 11.....	146
O USO DA TELEMEDICINA E REGULAÇÃO MÉDICA À DISTÂNCIA NO SUPORTE BÁSICO DE VIDA.....	146
10.56161/sci.ed.20260904C11	146
CAPÍTULO 12.....	156
PROMOÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: ESTRATÉGIAS PARA CRIANÇAS COM CÂNCER.....	156
10.56161/sci.ed.20260904C12	156
CAPÍTULO 13.....	167
SEPSE NA MEDICINA VETERINÁRIA: FISIOPATOLOGIA, DIAGNÓSTICO PRECOCE E ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS EM DIFERENTES ESPÉCIES	167
10.56161/sci.ed.20260904C13	167
CAPÍTULO 14.....	182
TELEMEDICINA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE POPULAÇÕES RURAIS E REMOTAS: DESAFIOS E POTENCIALIDADES.....	182
10.56161/sci.ed.20260904C14	182
CAPÍTULO 15.....	195
TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO DO PREMATURO EXTREMO: CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL.....	195
10.56161/sci.ed.20260904C15	195



CAPÍTULO 15

TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO DO PREMATURO EXTREMO: CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL

HOSPITAL-TO-HOME TRANSITION OF EXTREMELY PRETERM INFANTS:
FAMILY-CENTERED CARE AND CONTINUITY OF CARE

 10.56161/sci.ed.20260904C15

Ingrid Milena Marques de Andrade

Instituição: Escola de Saúde Pública do Maranhão – ESPMA, São Luís-MA

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-2451-5525>

Ana Karolina Silva Rodrigues

Instituição: Escola de Saúde Pública do Maranhão – ESPMA, São Luís-MA

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3851-1617>

Amely dos Santos Ferreira

Instituição: Escola de Saúde Pública do Maranhão – ESPMA, São Luís-MA

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7782-4487>

Evellyn Serra Oliveira

Instituição: Escola de Saúde Pública do Maranhão – ESPMA, São Luís-MA

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7548-7795>

Karla Beatriz Costa Silva

Instituição: Escola de Saúde Pública do Maranhão – ESPMA, São Luís-MA

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0024-8900>

Tereza Marina Carvalho de Souza

Instituição: Escola de Saúde Pública do Maranhão – ESPMA, São Luís-MA

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9621-0016>

Rebeca Lopes Silva

Instituição: Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís-MA

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9100-3359>

Monique de Oliveira Castro

Instituição: Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís-MA

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1965-0308>



Ana Luísa Pereira Brasileiro

Instituição: Universidade Federal do Maranhão- UFMA, São Luís-MA

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4771-4679>

Kassya Fernanda Freire Lima

Instituição: Universidade Federal do Maranhão- UFMA, São Luís-MA

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0032-3525>

RESUMO

OBJETIVO: Sistematizar um protocolo multiprofissional para fortalecer a preparação da família de recém-nascidos prematuros extremos para a alta hospitalar e a continuidade do cuidado. **MÉTODO:** Trabalho técnico de natureza aplicada e descritiva, desenvolvido a partir da análise situacional do fluxo assistencial de recém-nascidos prematuros extremos e de suas famílias em unidade neonatal de referência. A construção do produto contemplou identificação do problema central, análise de fatores contribuintes, mapeamento do fluxo, levantamento de riscos, definição de atribuições profissionais, estruturação da intervenção, seleção de indicadores e planejamento da implantação, com fundamentação em literatura e documentos técnico-normativos citados no trabalho original. **RESULTADOS:** Foi organizado um Protocolo Multiprofissional de Preparação para Alta, baseado em comunicação periódica com a família, participação ativa dos cuidadores, incentivo ao Método Canguru, educação em saúde progressiva, checklist de alta, articulação com a Rede de Atenção à Saúde e acompanhamento precoce após a saída hospitalar. Foram definidos indicadores de processo e resultado e quatro fases de implantação: planejamento, capacitação, piloto e consolidação. **CONCLUSÃO:** A proposta qualifica a alta como processo longitudinal e compartilhado, articulando segurança, educação familiar, trabalho multiprofissional e continuidade do cuidado. Como se trata de produto ainda não avaliado prospectivamente, sua efetividade deverá ser testada após implantação por indicadores assistenciais, gerenciais e familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Recém-Nascido Prematuro; Alta do Paciente; Método Canguru; Equipe de Assistência ao Paciente; Continuidade da Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To systematize a multiprofessional protocol to strengthen family preparation for hospital discharge of extremely preterm infants and continuity of care. **METHOD:** Applied and descriptive technical work developed from a situational analysis of the care pathway of extremely preterm infants and their families in a referral neonatal unit. Product development included identification of the central problem, analysis of contributing factors, care-flow mapping, risk assessment, definition of professional responsibilities, intervention design, indicator selection, and implementation planning, supported by the literature and technical-normative documents cited in the original work. **RESULTS:** A Multiprofessional Discharge Preparation Protocol was organized around periodic communication with families, active caregiver participation, promotion of Kangaroo Mother Care, progressive health education, a discharge checklist, coordination with the healthcare network, and early post-discharge follow-up. Process and outcome indicators and four implementation phases were defined: planning, training, pilot implementation, and consolidation. **CONCLUSION:** The proposal reframes discharge as a longitudinal and shared process that integrates safety, family education, multiprofessional work, and continuity of care. Because the product has not yet been prospectively evaluated, its effectiveness should be tested after implementation using clinical, managerial, and family-centered indicators.



KEYWORDS: Infant, Premature; Patient Discharge; Kangaroo-Mother Care Method; Patient Care Team; Continuity of Patient Care.

1. INTRODUÇÃO

A hospitalização prolongada de recém-nascidos prematuros extremos em unidades neonatais envolve elevada complexidade clínica, dependência de tecnologias, risco de intercorrências e importantes repercussões emocionais e sociais para os cuidadores. Nesse contexto, a transição do ambiente hospitalar para o domicílio não deve ser compreendida apenas como o momento administrativo da alta, mas como um processo progressivo de preparação do recém-nascido e de sua família para a continuidade segura do cuidado (Ramirez; Donelli, 2024).

A participação familiar durante a internação neonatal é fundamental para a construção de vínculo, confiança e competência para os cuidados cotidianos. Entretanto, medo de manipular o bebê, sobrecarga emocional, dificuldade para assimilar orientações e separação inicial entre mãe e recém-nascido podem limitar essa participação e aumentar a insegurança diante da alta. A literatura sobre a transição do prematuro para o domicílio destaca a necessidade de educação estruturada, comunicação clara e envolvimento gradual dos cuidadores ao longo de toda a internação (Carvalho et al., 2021; Frantz; Schaefer; Donelli, 2021).

O Método Canguru constitui estratégia relevante para humanização do cuidado, fortalecimento do vínculo, incentivo à participação parental e promoção do contato pele a pele. Sua implementação, contudo, exige equipe capacitada, organização do serviço e apoio contínuo à família, de modo que a participação dos cuidadores seja incorporada ao plano assistencial e não fique restrita a recomendações pontuais (Brasil, 2017; Alves et al., 2020).

Outro componente crítico é a comunicação multiprofissional. Orientações fragmentadas, divergentes ou transmitidas apenas nos dias que antecedem a alta podem comprometer a compreensão da família, reduzir a segurança no manejo domiciliar e dificultar a articulação com os serviços de seguimento. Estudos sobre alta neonatal reforçam a importância de instrumentos padronizados, planejamento antecipado e continuidade entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (Pucca et al., 2022; Uema et al., 2023).

Diante desse cenário, este capítulo tem como objetivo sistematizar um protocolo multiprofissional para preparação da família de recém-nascidos prematuros extremos para a alta hospitalar, integrando análise do fluxo assistencial, segurança do paciente, participação familiar, responsabilidades profissionais, indicadores e estratégia de implantação.



2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Natureza do trabalho

Trata-se de um trabalho técnico de natureza aplicada e descritiva, elaborado como produto final de formação em gestão hospitalar. O foco foi a construção de uma proposta de intervenção organizacional destinada ao processo de alta de recém-nascidos prematuros extremos em unidade neonatal, sem apresentação de resultados de uma implantação clínica já concluída.

2.2 Contexto e situação-problema

A análise considerou o contexto de uma unidade neonatal de referência que recebe recém-nascidos provenientes de diferentes localidades, frequentemente transferidos após o nascimento em outros serviços. Em parte dos casos, o bebê chega acompanhado por outro familiar enquanto a mãe permanece na maternidade de origem ou necessita de cuidados no período pós-parto. Esse fluxo pode atrasar a aproximação inicial entre mãe e recém-nascido e tornar gradual a inserção familiar na rotina assistencial.

O problema central definido foi a fragilidade no processo de preparação da família para o cuidado do prematuro extremo, especialmente quanto à comunicação com a equipe, participação nos cuidados, construção compartilhada das orientações e planejamento da transição para o domicílio. A análise também contemplou fatores clínicos, familiares, psicossociais e institucionais relacionados à hospitalização prolongada e à alta.

2.3 Etapas de construção da proposta

A elaboração foi organizada em oito movimentos complementares: identificação do problema central; análise dos fatores contribuintes; mapeamento do fluxo do recém-nascido e da família; identificação de riscos para segurança e qualidade; definição do papel da enfermagem, fisioterapia e psicologia; estruturação da proposta de intervenção multiprofissional; seleção de indicadores de monitoramento; e planejamento das fases de implementação e do checklist de alta. A fundamentação teórica e normativa foi construída com as referências científicas e documentos técnicos citados no trabalho-base.

2.4 Organização dos indicadores

Os indicadores foram classificados conforme sua finalidade de monitorar participação familiar, comunicação, planejamento da alta, capacitação dos cuidadores, continuidade do cuidado, reinternação, satisfação e qualidade dos registros. As metas apresentadas constituem



parâmetros iniciais de gestão propostos pelas autoras e deverão ser revistas após obtenção de uma linha de base institucional.

2.5 Aspectos éticos

O material corresponde à sistematização de uma proposta técnico-assistencial e não apresenta coleta de dados individuais, intervenção prospectiva em participantes ou análise de prontuários. Por esse motivo, não é informado número de CAAE ou parecer de Comitê de Ética em Pesquisa nesta etapa. Caso a implantação seja avaliada por meio de pesquisa envolvendo seres humanos ou uso de dados identificáveis, a apreciação ética deverá preceder a coleta de dados, conforme a regulamentação aplicável.

3. RESULTADOS

3.1 Diagnóstico situacional e fluxo assistencial

A análise situacional evidenciou que a preparação para a alta é influenciada pela interação entre complexidade clínica do recém-nascido, experiências familiares e organização do serviço. A internação prolongada, o uso de dispositivos, a monitorização contínua e as intercorrências podem aumentar a dependência da equipe. Paralelamente, medo, sobrecarga emocional e dificuldade de assimilação das orientações podem limitar a participação dos cuidadores. No plano institucional, informações fragmentadas e ausência de um plano de alta iniciado precocemente favorecem insegurança e descontinuidade do cuidado (Carvalho et al., 2021; Uema et al., 2023).

O fluxo proposto parte do transporte inter-hospitalar e do acolhimento inicial, segue para a permanência na UTIN, estabilização clínica e decisão de transferência para Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru ou Convencional. Nas unidades intermediárias, a participação familiar é progressivamente ampliada, constituindo oportunidade para treinamento prático antes da alta. A disponibilidade de leitos e a capacidade operacional podem interferir nesse percurso, o que reforça a necessidade de comunicação entre setores.



Figura 1 – Mapeamento do fluxo do recém-nascido prematuro extremo e da família



Fonte: Elaborada pelas autoras (2026).

O ponto mais sensível do fluxo é a transição da assistência intensiva e intermediária para o cuidado domiciliar. Nesse período, a estabilidade clínica do bebê deve ser acompanhada da confirmação de que os cuidadores compreendem os cuidados necessários, reconhecem sinais de alerta, sabem utilizar medicamentos e dispositivos quando presentes e dispõem de referência definida para o seguimento.

3.2 Riscos para segurança e qualidade

A utilização prolongada de dispositivos invasivos, a necessidade de suporte ventilatório e a imaturidade imunológica aumentam a vulnerabilidade a eventos adversos e infecções relacionadas à assistência. Por isso, a preparação para a alta deve ser articulada às práticas de segurança do paciente e à documentação adequada das orientações e pendências (Brasil, 2017).

No âmbito da transição do cuidado, os principais riscos identificados foram falhas na comunicação entre profissionais e família, orientações fragmentadas, baixa participação dos



cuidadores, preparo insuficiente para o manejo domiciliar, dificuldade de reconhecimento de sinais de deterioração clínica, descontinuidade do seguimento e ausência de articulação efetiva com a Rede de Atenção à Saúde (Pucca et al., 2022; Carvalho et al., 2021).

A baixa adesão ao Método Canguru também foi reconhecida como marcador de fragilidade na participação familiar. Embora a adesão dependa das condições clínicas e das possibilidades de cada família, o contato pele a pele e a inclusão dos pais nos cuidados favorecem vínculo, segurança e aprendizagem gradual (Brasil, 2017; Alves et al., 2020).

3.3 Estrutura do Protocolo Multiprofissional de Preparação para Alta

Como produto principal, foi estruturado um Protocolo Multiprofissional de Preparação para Alta do Recém-Nascido Prematuro Extremo. A intervenção deve ser iniciada ainda durante a internação e envolver, conforme disponibilidade institucional, enfermagem, fisioterapia, psicologia, medicina, serviço social, fonoaudiologia e nutrição. O objetivo é integrar preparo clínico, educação familiar, apoio psicossocial e coordenação da continuidade assistencial.

Quadro 1 – Componentes do protocolo multiprofissional de preparação para alta

Componente	Ações centrais	Responsáveis principais
Comunicação família-equipe	Reuniões periódicas; linguagem acessível; alinhamento da evolução clínica e do plano de cuidados; registro das decisões.	Equipe multiprofissional
Participação familiar e Método Canguru	Incentivo progressivo ao contato pele a pele e à participação nos cuidados, conforme condição clínica e segurança.	Enfermagem, fisioterapia e equipe
Educação em saúde	Treinamento para alimentação, higiene, medicamentos, sinais de alerta, dispositivos, posicionamento e busca de ajuda.	Enfermagem e demais profissionais
Checklist multiprofissional	Verificação de critérios clínicos, educacionais, sociais, encaminhamentos, consultas e registros antes da alta.	Enfermagem e equipe multiprofissional
Apoio psicossocial	Acolhimento de medos e inseguranças; identificação de barreiras familiares e sociais; fortalecimento de estratégias de enfrentamento.	Psicologia e serviço social
Continuidade pós-alta	Agendamento prévio, plano de cuidados individualizado, encaminhamento à rede e contato precoce após a alta.	Enfermagem, serviço social, gestão e rede

Fonte: Elaborado a partir da proposta das autoras (2026).



3.4 Responsabilidades profissionais

A enfermagem ocupa posição estratégica na coordenação do plano de alta, na educação em saúde, na avaliação da capacidade dos cuidadores e na articulação das ações multiprofissionais. Entre suas atribuições estão orientar alimentação, higiene, medicamentos, sinais de alerta e cuidados com dispositivos; acompanhar a participação familiar; registrar a progressão educativa; aplicar o checklist; e apoiar a comunicação com a rede de seguimento. Essas funções são coerentes com o papel da enfermagem na segunda etapa do Método Canguru e na preparação para o cuidado domiciliar (Sales et al., 2018; Correia et al., 2024).

A fisioterapia contribui para o acompanhamento respiratório e motor, o posicionamento terapêutico durante a internação, a estimulação sensório-motora e a orientação dos cuidadores quanto ao manuseio seguro e aos sinais de desconforto respiratório. No processo de alta, essas orientações devem ser adaptadas ao contexto domiciliar e articuladas às recomendações de seguimento, evitando a transposição automática de posições terapêuticas hospitalares para situações não supervisionadas (Brasil, 2017).

A psicologia atua no acolhimento das demandas emocionais associadas à hospitalização neonatal, na identificação de medos e inseguranças e na construção gradual da confiança dos cuidadores. Também pode facilitar a comunicação entre equipe e família e apoiar a preparação emocional para a transição hospital-domicílio (Hospital das Clínicas, 2020; Soares; Sousa, 2024; Osorio-Galeano; Salazar-Maya; Villamizar-Carvajal, 2020).

3.5 Indicadores de monitoramento

Para acompanhar a implantação, foram propostos indicadores de processo e resultado relacionados à participação familiar, comunicação, preparação para alta, continuidade do cuidado, satisfação e documentação. As metas não representam resultados já alcançados, mas parâmetros iniciais que deverão ser analisados à luz da capacidade do serviço e de sua linha de base.

Tabela 1 – Indicadores propostos para monitoramento do protocolo

Indicador	Objetivo	Meta inicial	Responsável
Adesão ao Método Canguru	Avaliar participação familiar no cuidado	≥ 80%	Enfermagem, fisioterapia e psicologia
Participação em atividades educativas	Avaliar envolvimento durante a internação	≥ 90%	Equipe multiprofissional
Reuniões multiprofissionais com familiares	Monitorar comunicação equipe-família	100%	Equipe multiprofissional
Plano de alta iniciado precocemente	Avaliar planejamento da transição	≥ 90%	Enfermagem



Indicador	Objetivo	Meta inicial	Responsável
Alta com checklist completo	Garantir verificação do processo de alta	100%	Enfermagem e equipe
Cuidadores capacitados para o domicílio	Verificar preparo familiar	100%	Equipe multiprofissional
Comparecimento à primeira consulta	Avaliar continuidade do cuidado	≥ 90%	Equipe e rede
Reinternação em até 30 dias	Monitorar desfecho pós-alta	< 10%*	Gestão e equipe assistencial
Satisfação familiar	Avaliar experiência da família	≥ 90%	Psicologia e gestão
Registro multiprofissional completo	Avaliar qualidade documental	≥ 95%	Equipe multiprofissional
Orientações registradas antes da alta	Garantir rastreabilidade educativa	100%	Enfermagem
Encaminhamento efetivo para a rede	Avaliar integração com atenção básica e especializada	100%	Serviço social, enfermagem e equipe

Fonte: Elaborado pelas autoras (2026). *Meta proposta, sujeita a revisão após definição da linha de base e do conceito operacional de reinternação evitável.

3.6 Estratégia de implementação

A implantação foi organizada em quatro fases sucessivas para evitar adoção abrupta de novos fluxos e permitir correção de falhas. A primeira fase concentra pactuação e elaboração dos instrumentos; a segunda, capacitação; a terceira, aplicação piloto; e a quarta, avaliação e institucionalização do protocolo.

Quadro 2 – Fases propostas para implementação do protocolo

Fase	Período	Ações principais
Planejamento	1º mês	Formar grupo gestor multiprofissional; revisar fluxos; elaborar protocolo, checklist e indicadores.
Capacitação	2º mês	Treinar equipe; qualificar comunicação com famílias; atualizar conhecimentos sobre Método Canguru e alta segura.
Implantação piloto	3º ao 5º mês	Aplicar o protocolo aos casos elegíveis; monitorar indicadores; registrar barreiras; corrigir falhas.
Consolidação	6º mês em diante	Analisar resultados; revisar fluxos e metas; institucionalizar instrumentos e rotina de monitoramento.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2026).



3.7 Plano resumido de alta e continuidade

O planejamento da alta deve ser iniciado precocemente e revisado ao longo da internação. Antes da saída, a equipe deve confirmar estabilidade clínica, treinamento dos cuidadores, compreensão das orientações e conclusão dos encaminhamentos. Recomenda-se que consultas sejam agendadas previamente e que haja contato precoce da equipe após a alta para identificação de dificuldades e reforço das orientações (Brasil, 2017).

Quadro 3 – Checklist resumido de orientações para a alta hospitalar

Domínio	Itens essenciais
Alimentação	Técnica de amamentação ou oferta da dieta prescrita; frequência alimentar; sinais de dificuldade.
Medicamentos e suplementações	Nome, dose, horário, forma de administração e possíveis efeitos adversos.
Higiene e prevenção de infecções	Higiene das mãos; cuidados com pele, coto umbilical, higiene oral e nasal; cuidados com dispositivos quando existentes.
Sinais de alerta	Febre; apneia; cianose; dificuldade respiratória; recusa alimentar; letargia ou redução importante da atividade.
Método Canguru e manuseio	Orientação para contato pele a pele e manuseio seguro conforme condição do bebê e recomendações da equipe.
Continuidade do cuidado	Consultas agendadas; serviço de referência; encaminhamento à atenção primária e especialidades; contatos para dúvidas e intercorrências.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2026).

4. DISCUSSÃO

4.1 Preparação familiar e transição para o domicílio

A proposta parte do entendimento de que a vulnerabilidade da alta não decorre apenas da condição clínica do prematuro, mas também da prontidão dos cuidadores e da capacidade do sistema de manter continuidade entre hospital e domicílio. Carvalho et al. (2021) destacam que a transição do cuidado do prematuro exige preparação gradual, integração entre profissionais e atenção às necessidades familiares. Assim, concentrar todas as orientações nas horas anteriores à alta tende a ser insuficiente para situações de maior complexidade.

A experiência de famílias de prematuros extremos pode ser marcada por medo, ruptura das expectativas sobre o nascimento e dificuldade de assumir o cuidado após longo período de dependência da equipe. Ramirez e Donelli (2024) e Frantz, Schaefer e Donelli (2021) apontam aspectos emocionais e de acompanhamento que ajudam a compreender essa vulnerabilidade. A incorporação de apoio psicológico e educação progressiva ao protocolo responde a essa dimensão sem reduzir a alta a um checklist administrativo.



4.2 Comunicação e segurança na alta

A compreensão das orientações constitui elemento de segurança. Pucca et al. (2022) analisaram elementos relacionados à segurança e à compreensão das orientações na alta de UTIN, reforçando a relevância de comunicação clara, informações consistentes e preparação adequada da família. Nesse sentido, reuniões programadas e registros compartilhados podem reduzir divergências entre profissionais e permitir que dúvidas sejam identificadas antes da saída.

O checklist deve funcionar como barreira de segurança e instrumento de coordenação, e não apenas como documento a ser preenchido. A validação de checklist para alta hospitalar responsável em unidade de terapia intensiva neonatal apresentada por Uema et al. (2023) oferece suporte à utilização de instrumentos estruturados, desde que associados à avaliação da compreensão e da capacidade prática dos cuidadores.

4.3 Método Canguru e participação ativa da família

O Método Canguru é um dos eixos centrais da proposta porque amplia a participação dos pais na rotina do cuidado e fortalece o contato pele a pele. O manual técnico do Ministério da Saúde descreve o método como estratégia de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso e de participação familiar nas diferentes etapas da assistência (Brasil, 2017).

Alves et al. (2020) identificaram benefícios do Método Canguru para o aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo, enquanto Souza et al. (2023) analisaram fatores associados a menor duração diária do contato pele a pele. Esses achados demonstram que a simples disponibilidade da estratégia não garante adesão. Barreiras clínicas, institucionais e familiares precisam ser identificadas e trabalhadas pela equipe, motivo pelo qual o protocolo inclui incentivo diário e monitoramento específico.

4.4 Trabalho multiprofissional e continuidade da assistência

A preparação para a alta requer complementaridade entre profissões. A enfermagem mantém participação longitudinal no cuidado e na educação familiar; a fisioterapia contribui para o acompanhamento respiratório e motor e para a orientação de manuseio; a psicologia aborda impactos emocionais e apoia a comunicação. Sales et al. (2018) e Correia et al. (2024) destacam a contribuição da enfermagem no Método Canguru e na alta, enquanto Osorio-Galeano, Salazar-Maya e Villamizar-Carvajal (2020) reforçam a preparação parental como processo que envolve dimensões para além do conhecimento técnico.

A continuidade também exige conexão com serviços pós-hospitalares. O agendamento de consultas antes da alta, o resumo estruturado, o encaminhamento à atenção primária e o



contato precoce são mecanismos de redução de lacunas no percurso assistencial. A proposta, portanto, amplia a responsabilidade da unidade neonatal até que a família esteja efetivamente vinculada à rede de seguimento.

4.5 Indicadores, viabilidade e limitações

O monitoramento é indispensável para que a intervenção possa ser gerenciada. Indicadores permitem verificar se as ações foram implementadas, localizar barreiras e orientar ciclos de melhoria. Bezerra et al. (2016) discutem a construção de indicadores em programas de formação em saúde, e Cândido, Frias e Sarinho (2023) apresentam indicadores específicos para avaliação da implantação do Método Canguru. No presente protocolo, a combinação de indicadores de processo e resultado foi escolhida para evitar que a avaliação se limite a desfechos tardios, como a reinternação.

A proposta apresenta viabilidade inicial por utilizar atividades compatíveis com a rotina neonatal — reuniões, educação em saúde, registros, checklist e articulação com a rede —, mas sua implementação depende de recursos humanos, tempo protegido, apoio da gestão e integração intersetorial. Metas de 100% são adequadas para itens críticos de segurança, porém precisam ser acompanhadas de análise das causas de não conformidade e não devem transformar o processo em cumprimento burocrático.

A principal limitação é a ausência de avaliação prospectiva. Os percentuais apresentados são metas e não resultados observados; por isso, não é possível afirmar nesta etapa que o protocolo reduz reinternações, tempo de internação ou eventos adversos. Recomenda-se que a implantação piloto avalie factibilidade, adesão, fidelidade ao protocolo, satisfação familiar e efeitos assistenciais, com definição prévia dos critérios de reinternação evitável e das responsabilidades pela coleta dos indicadores.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O protocolo sistematizado neste capítulo integra comunicação multiprofissional, participação familiar, Método Canguru, educação em saúde, checklist, indicadores e articulação com a rede de atenção. Seu principal mérito é deslocar a preparação para a alta do momento final da internação para um processo longitudinal, iniciado precocemente e acompanhado por diferentes profissionais.

A organização proposta pode favorecer maior clareza de responsabilidades, padronização das orientações e identificação antecipada de barreiras clínicas, familiares e institucionais. A centralidade no recém-nascido e na família é preservada ao combinar segurança assistencial com construção de autonomia para o cuidado domiciliar.



Como etapa seguinte, recomenda-se revisar e validar os instrumentos com profissionais e familiares, estabelecer a linha de base dos indicadores, realizar implantação piloto e avaliar os resultados antes da institucionalização definitiva. Dessa forma, a proposta poderá evoluir de produto técnico para protocolo assistencial sustentado por evidências locais.

REFERÊNCIAS

ALVES, F. N. et al. Impacto do método canguru sobre o aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4509-4520, 2020. DOI: 10.1590/1413-812320202511.29942018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.29942018>. Acesso em: 20 jun. 2026.

BEZERRA, Tereza Cristina Alves; FALCÃO, Maria Leopoldina Padilha; GOES, Paulo Sávio Angeiras de; FELISBERTO, Eronildo. Avaliação de programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 445-472, maio/ago. 2016. DOI: 10.1590/1981-7746-sip00111. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00111>. Acesso em: 27 jun. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios diagnósticos de infecção associada à assistência à saúde: neonatologia. 2. ed. atual. Brasília, DF: Anvisa, 2017. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, n. 3).

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, DF: Ministério da Saúde, 2017.

CÂNDIDO, José Lucas Alves; FRIAS, Paulo Germano de; SARINHO, Silvia Wanick. Construção e validação de indicadores para avaliação da implantação do Método Canguru por meio da técnica Delphi. *Revista de Enfermagem da UFPI, Teresina*, v. 12, n. 1, e4435, 2023. DOI: 10.26694/reufpi.v12i1.4435.

CARVALHO, Nalma Alexandra Rocha de et al. A transição do cuidado do recém-nascido prematuro: da maternidade para o domicílio. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 34, eAPE02503, 2021.

CORREIA, Mariana Arcila et al. O papel da enfermagem no método canguru na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). *Research, Society and Development*, v. 13, n. 4, e10113445602, 2024. DOI: 10.33448/rsd-v13i4.45602.

FRANTZ, Mariana Flores; SCHAEFER, Márcia Pinheiro; DONELLI, Tagma Marina Schneider. Follow-up de nascidos prematuros: uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 37, e37316, 2021.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. Acolhimento psicológico na UTI Neonatal: procedimento operacional padrão (POP). Goiânia: HC/UFG/EBSERH, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva. Prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde em neonatologia. Montevideu: CLAP/SMR-OPS/OMS, 2016. (CLAP/SMR. Publicação Científica, 1613-03).

OSORIO-GALEANO, Sandra Patricia; SALAZAR-MAYA, Ángela María; VILLAMIZAR-CARVAJAL, Beatriz. Preparação dos pais para a alta hospitalar da criança prematura: análise de conceito. *Revista Ciencia y Cuidado, Cúcuta*, v. 17, n. 2, p. 88-101, maio/ago. 2020.

PUCCA, Bruna Gomes et al. Elementos de segurança e compreensão de orientações na alta em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 43, e20210262, 2022.



RAMIREZ, Carla Beatriz Haeser; DONELLI, Tagma. As experiências de mães de bebês prematuros extremos junto ao “ventre de vidro”. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, v. 24, n. 2, e14097, 2024.

SALES, Isabela Maria Magalhães et al. Contribuições da equipe de enfermagem na segunda etapa do Método Canguru: implicações para a alta hospitalar do recém-nascido. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20180149, 2018. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0149.

SILVA, Rosane Meire Munhak da et al. Vulnerabilidades para a criança prematura: contextos domiciliar e institucional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 73, supl. 4, e20190218, 2020.

SOARES, Maria Vitória Silva; SOUSA, Dyullia Moreira de. A importância do psicólogo em UTI Neonatal. Iporá: Centro Universitário de Iporá - UNIPORÁ, 2024.

SOUZA, Adna Nascimento et al. Fatores associados ao contato pele a pele inferior a 180 min/dia em recém-nascidos com peso até 1.800 g: estudo multicêntrico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 1021-1029, 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023284.14822022.

UEMA, Roberta Tognollo Borotta et al. Validação de um checklist para alta hospitalar responsável em unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 32, e20230103, 2023.

