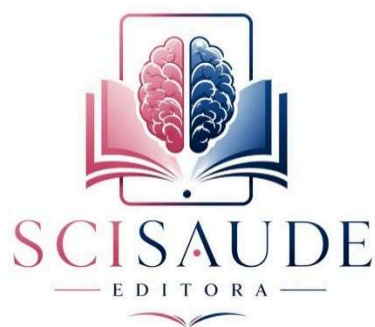


# ATUALIZAÇÕES EM PROMOÇÃO DA SAÚDE 3



# 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](mailto:scienceesaude@hotmail.com)  
[www.scisaude.com.br](http://www.scisaude.com.br)



# APRESENTAÇÃO

A promoção da saúde constitui um dos principais pilares para a construção de uma assistência mais preventiva, humanizada e resolutive. 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!**



|                                                                                                                                                                |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>CAPÍTULO 1.....</b>                                                                                                                                         | <b>10</b>  |
| <b>POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E SUA<br/>CONTRIBUIÇÃO PARA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E O FORTALECIMENTO DO<br/>SUS.....</b>                     | <b>10</b>  |
| 10.56161/sci.ed.20260904C1 .....                                                                                                                               | 10         |
| <b>CAPÍTULO 2.....</b>                                                                                                                                         | <b>22</b>  |
| <b>SEGURANÇA DO PACIENTE NA TRANSIÇÃO DO CUIDADO ENTRE OS NÍVEIS<br/>DE ATENÇÃO À SAÚDE .....</b>                                                              | <b>22</b>  |
| 10.56161/sci.ed.20260904C2 .....                                                                                                                               | 22         |
| <b>CAPÍTULO 3.....</b>                                                                                                                                         | <b>34</b>  |
| <b>COBERTURA VACINAL E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS<br/>IMUNOPREVENÍVEIS NO BRASIL .....</b>                                                              | <b>34</b>  |
| 10.56161/sci.ed.20260904C3 .....                                                                                                                               | 34         |
| <b>CAPÍTULO 4.....</b>                                                                                                                                         | <b>47</b>  |
| <b>ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA MULHER: FATORES ASSOCIADOS E<br/>DESAFIOS PARA A EQUIDADE .....</b>                                                         | <b>47</b>  |
| 10.56161/sci.ed.20260904C4 .....                                                                                                                               | 47         |
| <b>CAPÍTULO 5.....</b>                                                                                                                                         | <b>61</b>  |
| <b>O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO EM<br/>MULHERES DIABÉTICAS COM CANDIDÍASE VULVOVAGINAL RECORRENTE:<br/>uma revisão integrativa .....</b>   | <b>61</b>  |
| 10.56161/sci.ed.20260904C5 .....                                                                                                                               | 61         |
| <b>CAPÍTULO 6.....</b>                                                                                                                                         | <b>80</b>  |
| <b>CONTRIBUIÇÕES DA ELETROACUPUNTURA NA MODULAÇÃO DA DOR E NOS<br/>MECANISMOS NEUROBIOLÓGICOS ASSOCIADOS À FIBROMIALGIA: Uma<br/>revisão integrativa .....</b> | <b>80</b>  |
| 10.56161/sci.ed.20260904C6 .....                                                                                                                               | 80         |
| <b>CAPÍTULO 7.....</b>                                                                                                                                         | <b>96</b>  |
| <b>LESÃO PULMONAR AGUDA RELACIONADA À TRANSFUSÃO:<br/>MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS .....</b>                                                | <b>96</b>  |
| 10.56161/sci.ed.20260904C7 .....                                                                                                                               | 96         |
| <b>CAPÍTULO 8.....</b>                                                                                                                                         | <b>107</b> |
| <b>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA INCIDÊNCIA DE LEISHMANIOSE VISCERAL<br/>NO TERRITÓRIO BRASILEIRO NO PERÍODO DE 2021 A 2025.....</b>                                | <b>107</b> |
| 10.56161/sci.ed.20260904C8 .....                                                                                                                               | 107        |



|                                                                                                                                      |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>CAPÍTULO 9.....</b>                                                                                                               | <b>118</b> |
| <b>ALTA SEGURA DO PREMATURO EXTREMO: PROPOSTA<br/>MULTIPROFISSIONAL PARA CONTINUIDADE DO CUIDADO .....</b>                           | <b>118</b> |
| 10.56161/sci.ed.20260904C9 .....                                                                                                     | 118        |
| <b>CAPÍTULO 10.....</b>                                                                                                              | <b>132</b> |
| <b>DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E CONTROLE DO DIABETES<br/>MELLITUS NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....</b>                | <b>132</b> |
| 10.56161/sci.ed.20260904C10 .....                                                                                                    | 132        |
| <b>CAPÍTULO 11.....</b>                                                                                                              | <b>146</b> |
| <b>O USO DA TELEMEDICINA E REGULAÇÃO MÉDICA À DISTÂNCIA NO<br/>SUPORTE BÁSICO DE VIDA.....</b>                                       | <b>146</b> |
| 10.56161/sci.ed.20260904C11 .....                                                                                                    | 146        |
| <b>CAPÍTULO 12.....</b>                                                                                                              | <b>156</b> |
| <b>PROMOÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ONCOLOGIA<br/>PEDIÁTRICA: ESTRATÉGIAS PARA CRIANÇAS COM CÂNCER.....</b>           | <b>156</b> |
| 10.56161/sci.ed.20260904C12 .....                                                                                                    | 156        |
| <b>CAPÍTULO 13.....</b>                                                                                                              | <b>167</b> |
| <b>SEPSE NA MEDICINA VETERINÁRIA: FISIOPATOLOGIA, DIAGNÓSTICO<br/>PRECOCE E ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS EM DIFERENTES ESPÉCIES ....</b> | <b>167</b> |
| 10.56161/sci.ed.20260904C13 .....                                                                                                    | 167        |
| <b>CAPÍTULO 14.....</b>                                                                                                              | <b>182</b> |
| <b>DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E CONTROLE DO DIABETES<br/>MELLITUS NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....</b>                | <b>182</b> |
| 10.56161/sci.ed.20260904C14 .....                                                                                                    | 182        |
| <b>CAPÍTULO 15.....</b>                                                                                                              | <b>196</b> |
| <b>TRANSIÇÃO HOSPITAL-DOMICÍLIO DO PREMATURO EXTREMO: CUIDADO<br/>CENTRADO NA FAMÍLIA E CONTINUIDADE ASSISTENCIAL.....</b>           | <b>196</b> |
| 10.56161/sci.ed.20260904C15 .....                                                                                                    | 196        |



# CAPÍTULO 9

## ALTA SEGURA DO PREMATURO EXTREMO: PROPOSTA MULTIPROFISSIONAL PARA CONTINUIDADE DO CUIDADO

SAFE DISCHARGE OF EXTREMELY PRETERM INFANTS: A MULTIPROFESSIONAL PROPOSAL FOR CONTINUITY OF CARE

 10.56161/sci.ed.20260904C9

**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>

**Ana Luísa Pereira Brasileiro**

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

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

**Thaynara Pinheiro Araújo**

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

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5256-5738>

**Brenda Graziele Costa Silva**

Instituição: Centro Universitário São Camilo – São Paulo, SP.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-2423-725X>

**Tayane da Silva**

Instituição: Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, São Luís-MA

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3610-4413>

**Ana Karolina Silva Rodrigues**

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

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

**Ingrid Milena Marques de Andrade**

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

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



**Amely dos Santos Ferreira**

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

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

**Kassya Fernanda Freire Lima**

Instituição: Universidade Federal do Maranhão, São Luís-MA

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

## RESUMO

**OBJETIVO:** Sistematizar uma proposta multiprofissional para qualificar a preparação para a alta de recém-nascidos prematuros extremos, ampliar a participação familiar e fortalecer a continuidade do cuidado entre a unidade neonatal e a rede de atenção. **MÉTODO:** Estudo de natureza aplicada, descritiva e de desenvolvimento de intervenção organizacional, elaborado a partir de análise situacional do fluxo de um recém-nascido prematuro extremo e de sua família em contexto de terapia intensiva neonatal. A proposta foi cotejada com recomendações nacionais e internacionais e com literatura sobre Método Canguru, cuidado integrado à família, prontidão para alta e transição do cuidado. O produto foi organizado em componentes, responsabilidades profissionais, indicadores e etapas de implantação. **RESULTADOS:** Foi estruturado o Programa Alta Segura Neonatal, composto por seis componentes: checklist multiprofissional, reuniões família-equipe, educação em saúde progressiva, incentivo estruturado ao Método Canguru, cartilha educativa e acompanhamento pós-alta. O plano inclui capacitação da equipe, implantação piloto, monitoramento de adesão ao Método Canguru, completude do checklist e do plano educativo, contato pós-alta, seguimento ambulatorial, satisfação familiar e reinternação em 30 dias. **CONCLUSÃO:** A proposta transforma a alta de um evento pontual em processo longitudinal, compartilhado e verificável. Sua principal contribuição é integrar preparo clínico, competência familiar, comunicação multiprofissional e articulação com a atenção pós-hospitalar. A efetividade sobre reinternações e outros desfechos deverá ser testada após implantação por avaliação prospectiva.

**PALAVRAS-CHAVE:** Recém-Nascido Prematuro; Método Canguru; Alta do Paciente; Continuidade da Assistência ao Paciente; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To systematize a multiprofessional proposal to improve discharge preparation for extremely preterm infants, expand family participation, and strengthen continuity of care between the neonatal unit and the healthcare network. **METHOD:** Applied, descriptive intervention-development study based on a situational analysis of the care pathway of an extremely preterm infant and family in a neonatal intensive care context. The proposal was contrasted with national and international recommendations and literature on kangaroo mother care, family integrated care, discharge readiness, and care transition. The product was organized into components, professional responsibilities, indicators, and implementation stages. **RESULTS:** The Safe Neonatal Discharge Program was structured with six components: a multiprofessional checklist, family-team meetings, progressive health education, structured kangaroo mother care promotion, an educational booklet, and post-discharge follow-up. The plan includes staff training, pilot implementation, and indicators for kangaroo care adherence, checklist and education-plan completion, post-discharge contact, outpatient follow-up, family satisfaction, and 30-day readmission. **CONCLUSION:** The proposal reframes discharge from a single event into a longitudinal, shared, and verifiable process by integrating clinical readiness, family competence, multiprofessional communication, and post-hospital care



coordination. Its effectiveness on readmissions and other outcomes should be assessed prospectively after implementation.

**KEYWORDS:** Infant, Premature; Kangaroo-Mother Care Method; Patient Discharge; Continuity of Patient Care; Intensive Care Units, Neonatal.

## 1. INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro permanece entre os principais desafios da atenção neonatal. A Organização Mundial da Saúde define como prematuro o nascimento antes de 37 semanas completas e classifica como prematuro extremo o recém-nascido com menos de 28 semanas de idade gestacional. A maior sobrevivência de recém-nascidos cada vez mais imaturos amplia a necessidade de cuidados prolongados, suporte tecnológico, seguimento especializado e preparação familiar para a transição do hospital ao domicílio (World Health Organization, 2023).

No contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a alta de um prematuro extremo não deve ser compreendida apenas como a autorização para saída hospitalar. Trata-se de uma transição complexa que exige estabilidade clínica, aquisição de competências pelos cuidadores, organização do plano terapêutico, comunicação entre profissionais, definição de sinais de alerta e articulação com os serviços que darão continuidade ao cuidado. Diretrizes interdisciplinares para alta neonatal recomendam que o planejamento comece precocemente, seja individualizado e contemple educação, avaliação das necessidades da família e do domicílio, coordenação da transferência e comunicação estruturada com a rede assistencial (Smith; Love; Goyer, 2022).

A família ocupa posição central nesse processo. A hospitalização prolongada pode produzir medo de manipular o bebê, ansiedade, insegurança diante de dispositivos e dificuldade para assumir progressivamente o papel de cuidador principal. Evidências indicam que a prontidão para a alta está relacionada não apenas ao domínio de habilidades técnicas, mas também à confiança, autoeficácia, suporte psicossocial e qualidade da experiência familiar durante a internação (Franck et al., 2023). Modelos de cuidado integrado à família ampliam a participação parental e têm demonstrado benefícios para a preparação dos pais e para alguns desfechos relacionados ao crescimento, aleitamento e desenvolvimento (O'Brien et al., 2018; Tiryaki; Çınar; Caner, 2024; Zhang et al., 2026).

No Brasil, o Método Canguru constitui uma política de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso e prematuro, com participação progressiva dos pais nos cuidados, contato pele a pele, fortalecimento do vínculo e acompanhamento após a alta. O manual técnico do Ministério da Saúde destaca que a metodologia pode aumentar a competência e a confiança dos



pais para cuidar do bebê e favorecer a continuidade assistencial no período pós-hospitalar (Brasil, 2013). As recomendações da Organização Mundial da Saúde também reforçam o Método Canguru como componente essencial do cuidado de recém-nascidos prematuros ou de baixo peso (World Health Organization, 2022, 2025).

Entretanto, a existência de recomendações não elimina dificuldades locais de implementação. Orientações fragmentadas, participação familiar tardia, ausência de critérios verificáveis, comunicação inconsistente e articulação insuficiente com a atenção pós-alta podem concentrar vulnerabilidades justamente na transição para o domicílio. Nesse sentido, estratégias de educação estruturada, ferramentas de alta, comunicação continuada e suporte presencial ou remoto têm sido apontadas como elementos relevantes para reduzir lacunas de compreensão e apoiar famílias após a saída da UTIN (Griffith et al., 2022; Alam; France, 2026).

Diante desse cenário, este capítulo tem como objetivo sistematizar uma proposta multiprofissional para o fortalecimento da gestão do cuidado ao recém-nascido prematuro extremo, com foco na preparação familiar, na alta segura, na redução de riscos evitáveis e na continuidade do cuidado após a internação neonatal.

## **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **2.1 Delineamento e contexto**

Este trabalho caracteriza-se como estudo de natureza aplicada, descritiva e de desenvolvimento de uma intervenção organizacional para gestão do cuidado neonatal. O documento-base foi produzido no contexto de formação multiprofissional em atenção à neonatologia vinculada à Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão e descreveu uma situação-problema envolvendo recém-nascido prematuro extremo em internação prolongada, múltiplas intercorrências clínicas, baixa adesão familiar ao Método Canguru, comunicação insuficiente entre equipe e família, planejamento de alta incompleto e risco de reinternação.

A unidade hospitalar específica e dados identificáveis do recém-nascido ou de seus familiares não foram utilizados neste manuscrito. A análise concentrou-se no processo assistencial e nos pontos de vulnerabilidade relacionados à transição entre internação, alta e cuidado domiciliar.

### **2.2 Análise situacional e construção da intervenção**

A construção da proposta seguiu quatro movimentos articulados: identificação do problema central; organização dos fatores contribuintes; mapeamento do fluxo do recém-nascido e da família; e definição de ações multiprofissionais destinadas a modificar os pontos críticos encontrados. Os fatores foram organizados em três eixos: condições e necessidades do



recém-nascido, necessidades e competências da família e aspectos institucionais do processo de alta.

A análise do fluxo considerou a trajetória da admissão na UTIN à estabilização clínica, internação prolongada, participação familiar, preparação para a alta, saída hospitalar e cuidado domiciliar. O ponto crítico priorizado foi a transição entre internação e alta, por concentrar riscos de orientação insuficiente, baixa autonomia familiar, falha de reconhecimento de sinais de gravidade e descontinuidade assistencial.

### **2.3 Fundamentação técnico-científica**

A proposta foi cotejada com documentos normativos e literatura científica selecionada de forma narrativa e dirigida, sem pretensão de revisão sistemática. Foram priorizados: recomendações da Organização Mundial da Saúde para o cuidado do recém-nascido prematuro ou de baixo peso; diretrizes do Ministério da Saúde para o Método Canguru; recomendações interdisciplinares para planejamento da alta da UTIN; estudos sobre prontidão parental; cuidado integrado à família; e intervenções de apoio no período pós-alta (Brasil, 2013; Smith; Love; Goyer, 2022; World Health Organization, 2022, 2025).

### **2.4 Estrutura do programa e responsabilidades profissionais**

O produto técnico foi denominado Programa Alta Segura Neonatal e estruturado em seis componentes integrados. As ações foram distribuídas entre enfermagem, fisioterapia e equipe multiprofissional, preservando competências profissionais e buscando evitar sobreposição de responsabilidades. A psicologia foi mantida como componente recomendável para apoio psicossocial, embora não estivesse representada no grupo que elaborou o documento-base.

### **2.5 Indicadores e estratégia de implantação**

Foram definidos indicadores de processo e resultado para acompanhar adesão ao Método Canguru, completude do checklist e do plano educativo, contato pós-alta, seguimento ambulatorial, satisfação familiar e reinternação. A implantação foi organizada em planejamento, capacitação, piloto e avaliação contínua. As metas propostas funcionam como parâmetros iniciais de gestão e deverão ser revisadas após a linha de base institucional.

### **2.6 Aspectos éticos**

Este capítulo descreve a elaboração de uma proposta de intervenção e não apresenta coleta de dados individuais, aplicação de instrumentos a participantes ou resultados de uma implantação prospectiva. Por essa razão, não é informado número de CAAE ou parecer de



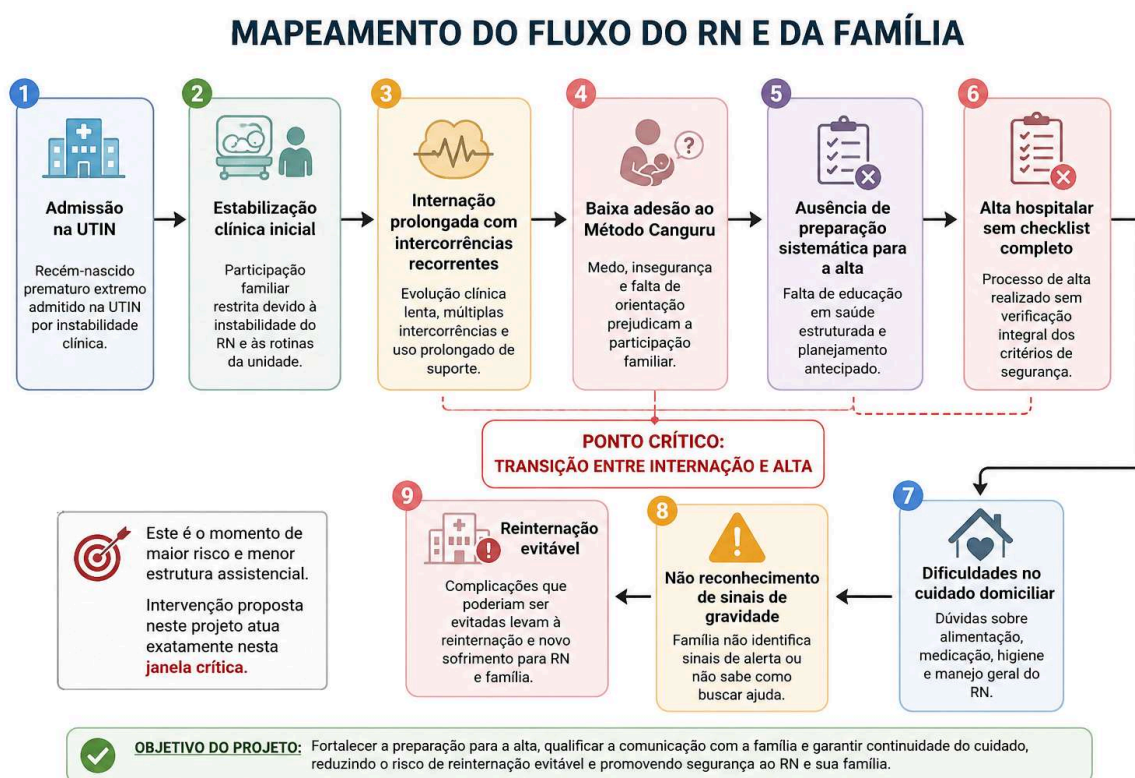
Comitê de Ética em Pesquisa nesta etapa. Caso o programa seja avaliado como pesquisa com seres humanos, a submissão ética deverá preceder a coleta de dados, de acordo com a regulamentação aplicável.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1 Problema central e fatores contribuintes

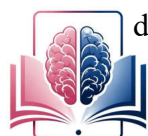
A análise situacional identificou um ciclo de fragilidade na transição do prematuro extremo para o domicílio. O recém-nascido apresenta elevada complexidade clínica e necessidade de seguimento; a família pode permanecer insegura e com conhecimento insuficiente para o cuidado; e a instituição pode oferecer preparação fragmentada, sem um processo único que conecte educação, critérios de alta e rede pós-hospitalar. Essa combinação aumenta o risco de dúvidas no domicílio, falhas no manejo de medicamentos e alimentação, não reconhecimento de sinais de gravidade, perda de seguimento e reinternações potencialmente evitáveis.

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



Fonte: Elaborada pelas autoras a partir da análise situacional do projeto (2026).

O fluxo evidencia que a fase de maior vulnerabilidade não corresponde exclusivamente ao momento da saída hospitalar, mas ao período em que a família deve passar de participante parcial para cuidadora capaz de executar tarefas, reconhecer sinais de alerta e



acessar a rede de forma oportuna. Assim, a intervenção foi direcionada à preparação progressiva durante a internação e à manutenção do vínculo assistencial após a alta.

### 3.2 Programa Alta Segura Neonatal

Como produto principal, foi estruturado o Programa Alta Segura Neonatal, composto por seis componentes que operam de forma complementar. O desenho evita concentrar o preparo para a alta nas últimas 48 a 72 horas e busca transformar a educação e a avaliação da prontidão familiar em processo contínuo.

Tabela 1 – Componentes do Programa Alta Segura Neonatal

| Nº | Componente                              | Finalidade/ações principais                                                                                                            | Responsáveis centrais                   |
|----|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1  | Checklist multiprofissional de alta     | Verificar critérios clínicos, educacionais e sociais antes da saída; registrar pendências e responsáveis pela resolução.               | Enfermagem e equipe multiprofissional   |
| 2  | Reuniões família-equipe                 | Alinhar evolução, esclarecer dúvidas, atualizar o plano de cuidados e registrar decisões no prontuário.                                | Equipe multiprofissional                |
| 3  | Educação em saúde progressiva           | Treinar higiene, pele, alimentação, medicamentos, sinais de alerta, dispositivos e busca de ajuda; confirmar compreensão e desempenho. | Enfermagem, fisioterapia e demais áreas |
| 4  | Incentivo estruturado ao Método Canguru | Estimular participação e posição canguru de forma segura, progressiva, registrada e supervisionada.                                    | Enfermagem, fisioterapia e equipe       |
| 5  | Cartilha “Meu Bebê em Casa”             | Reforçar orientações em linguagem acessível sobre cuidados, sinais de alerta, posicionamento, estimulação, medicamentos e contatos.    | Equipe multiprofissional                |
| 6  | Acompanhamento pós-alta                 | Realizar contato ativo precoce, confirmar consultas, articular UBS/ambulatório e detectar dificuldades iniciais.                       | Enfermagem, gestão e rede de atenção    |

Fonte: Elaborada pelas autoras (2026).

### 3.3 Atuação multiprofissional

Na enfermagem, as ações prioritárias incluem avaliação contínua da capacidade dos cuidadores; educação em saúde sistematizada; treinamento supervisionado para higiene, alimentação, administração de medicamentos e cuidados com dispositivos; avaliação do reconhecimento de sinais de alerta; aplicação do checklist; articulação com a atenção primária e contato telefônico pós-alta. A participação da enfermagem é transversal porque esse profissional acompanha o cuidado ao longo das 24 horas e ocupa posição estratégica na coordenação do processo educativo.



A fisioterapia contribui com avaliação e monitoramento da função respiratória e do desenvolvimento neuromotor, orientação sobre sinais de desconforto respiratório, posicionamento seguro e estimulação sensório-motora adequada à idade corrigida. Também participa das reuniões com a família e da elaboração de materiais que favoreçam o cuidado domiciliar seguro. A equipe deve diferenciar posições terapêuticas realizadas sob supervisão no ambiente hospitalar das recomendações de sono seguro no domicílio, que precisam seguir as orientações pediátricas vigentes.

A psicologia é recomendada para acolhimento emocional, identificação de sofrimento e risco psicossocial, fortalecimento do vínculo e apoio à adaptação dos cuidadores. Essa dimensão é especialmente relevante porque ansiedade, estresse e percepção de baixa competência podem interferir na participação familiar e na prontidão para a alta. Outras áreas, como serviço social, nutrição, fonoaudiologia, medicina, terapia ocupacional e atenção primária, podem ser incorporadas conforme as necessidades do recém-nascido e da família.

### 3.4 Indicadores de monitoramento

O monitoramento foi desenhado para combinar indicadores de processo, que permitem verificar se o programa está sendo executado, e indicadores de resultado, que sinalizam seus efeitos potenciais. As metas iniciais são parâmetros de implementação e devem ser recalibradas após conhecimento da linha de base e da capacidade operacional do serviço.

Tabela 2 – Indicadores propostos para monitoramento do Programa Alta Segura Neonatal

| <b>Indicador</b>                                     | <b>Tipo</b>             | <b>Meta inicial</b> | <b>Responsável</b>      |
|------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------|
| Adesão diária ao Método Canguru entre RN elegíveis   | Processo                | ≥ 80%               | Enfermagem/Fisioterapia |
| Altas com checklist multiprofissional complete       | Processo                | 100%                | Enfermagem/Equipe       |
| Famílias com plano educativo concluído e registrado  | Processo                | ≥ 90%               | Enfermagem/Equipe       |
| Contato telefônico realizado em até 72 h após a alta | Processo                | 100%                | Enfermagem              |
| Consulta pós-alta realizada no período programado    | Processo                | ≥ 85%               | Gestão/Ambulatório/Rede |
| Satisfação familiar com o preparo para a alta        | Resultado intermediário | ≥ 80% satisfeitos   | Equipe                  |



| Indicador                                  | Tipo      | Meta inicial | Responsável   |
|--------------------------------------------|-----------|--------------|---------------|
| Reinternação não programada em até 30 dias | Resultado | < 10%*       | Equipe/Gestão |

Fonte: Elaborada pelas autoras (2026). \*Meta provisória, a ser revisada após estabelecimento da linha de base institucional e definição operacional de reinternação evitável.

### 3.5 Etapas de implementação

Tabela 3 – Etapas propostas para implementação

| Etapa              | Período           | Atividades principais                                                                                                                        |
|--------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Planejamento       | Mês 1             | Pactuação multiprofissional; adaptação do checklist; revisão da cartilha; definição de fluxo, responsabilidades, critérios e registros.      |
| Capacitação        | Meses 1–2         | Treinamento da equipe; simulação de reuniões familiares; padronização da educação em saúde; alinhamento com ambulatório e atenção primária.  |
| Implantação piloto | Meses 2–4         | Aplicação aos casos elegíveis; coleta dos indicadores de processo; registro de barreiras e ajustes rápidos.                                  |
| Avaliação e ajuste | A partir do mês 5 | Reuniões mensais de avaliação; análise de indicadores; revisão de metas; investigação de reinternações; consolidação do fluxo institucional. |

Fonte: Elaborada pelas autoras (2026).

Durante a internação, o plano prevê avaliação periódica da prontidão familiar, treinamento progressivo e participação no Método Canguru. Nas 48 a 72 horas que antecedem a alta, a equipe deverá revisar o checklist, confirmar o plano medicamentoso e alimentar, entregar e explicar o material educativo, confirmar consultas e formalizar a comunicação com a rede. Após a alta, o cuidado inclui contato ativo em até 72 horas e seguimento ambulatorial e na atenção primária, conforme o risco e a organização local.

## 4. DISCUSSÃO

### 4.1 Alta como processo longitudinal e não como evento

O principal avanço conceitual da proposta é deslocar a alta do final da internação para todo o percurso assistencial. Smith, Love e Goyer (2022) recomendam que a preparação contemple educação, avaliação de necessidades, orientação antecipatória e coordenação da transferência, com critérios claros e participação da família. Essa lógica é convergente com o



Programa Alta Segura Neonatal, no qual o checklist funciona como instrumento de verificação, mas não substitui a construção gradual de competências.

A literatura mostra que prontidão para a alta envolve conhecimento, habilidades e confiança. Em estudo multicêntrico com pais de prematuros, Franck et al. (2023) observaram elevada autoeficácia em parte importante dos participantes, mas demonstraram que a prontidão é influenciada pela experiência parental e por fatores de bem-estar. Isso reforça a necessidade de avaliar não apenas se a orientação foi “dada”, mas se o cuidador compreendeu, praticou e se sente apto a realizar o cuidado no domicílio.

Ferramentas estruturadas também podem reduzir variabilidade na comunicação. Revisão de escopo recente mostrou que instruções de alta estruturadas ou digitais são utilizadas para padronizar educação, reforçar aprendizado e apoiar cuidadores de recém-nascidos com maior complexidade, destacando temas como construção de habilidades, adaptação psicossocial, coordenação do cuidado e vigilância pós-alta (Alam; France, 2026). A cartilha proposta deve, portanto, ser entendida como reforço de um processo educativo interativo, e não como substituta do treinamento à beira do leito.

#### **4.2 Participação familiar e Método Canguru**

O incentivo estruturado ao Método Canguru é coerente com políticas nacionais e recomendações internacionais. O Ministério da Saúde reconhece o Método Canguru como modelo de assistência perinatal humanizada que amplia a participação dos pais e favorece competência e confiança para o cuidado após a alta (Brasil, 2013). A Organização Mundial da Saúde recomenda o cuidado canguru para prematuros e recém-nascidos de baixo peso como parte central da assistência, destacando o contato pele a pele e a manutenção da proximidade entre bebê e cuidador (World Health Organization, 2022, 2025).

A proposta também se aproxima dos modelos de Family Integrated Care (FICare), nos quais os pais são apoiados para atuar como parceiros essenciais no cuidado. Ensaio multicêntrico internacional demonstrou benefícios do FICare em desfechos de pais e recém-nascidos prematuros (O’Brien et al., 2018). Revisão sobre o modelo descreve como pilares o ambiente da UTIN, educação e apoio à equipe, educação dos pais e suporte psicossocial (Waddington et al., 2021). Em ensaio randomizado, Tiryaki, Çınar e Caner (2024) observaram maior prontidão para alta e cuidado domiciliar entre pais que receberam FICare. Uma meta-análise publicada em 2026 reforçou benefícios em ganho de peso, aleitamento e neurodesenvolvimento, embora nem todos os desfechos clínicos tenham apresentado melhora significativa (Zhang et al., 2026).



Esses achados apoiam o componente de participação familiar, mas também recomendam cautela quanto a promessas de redução automática da reinternação. Por isso, a taxa de reinternação foi mantida como indicador a ser monitorado e não como resultado já demonstrado pelo programa.

#### **4.3 Educação em saúde, comunicação e competência do cuidador**

A educação em saúde deve ser iniciada com antecedência suficiente para permitir repetição, demonstração, retorno da demonstração e correção de dúvidas. Smith et al. (2013) já descreviam a preparação para a alta como processo de aquisição de conhecimentos, habilidades e confiança. A proposta atual operacionaliza esse princípio ao distribuir o treinamento ao longo da internação e registrar a progressão da família.

A comunicação multiprofissional precisa ser consistente. Informações contraditórias podem aumentar a insegurança, especialmente quando diferentes profissionais orientam alimentação, posicionamento, uso de medicamentos e sinais de alerta. Reuniões família-equipe e registro do plano de cuidados podem reduzir esse problema ao criar um espaço formal de alinhamento. Além disso, a avaliação do letramento em saúde e a adoção de linguagem acessível devem orientar a cartilha e as orientações verbais, com uso de demonstrações, imagens e técnica de confirmação de entendimento sempre que possível.

A atuação da psicologia e do serviço social deve ser incorporada quando disponível, sobretudo em situações de estresse intenso, vulnerabilidade socioeconômica ou fragilidade da rede de apoio. A preparação técnica não é suficiente quando o cuidador está emocionalmente incapaz de assumir as tarefas ou enfrenta barreiras materiais para comparecer às consultas, adquirir insumos ou organizar transporte.

#### **4.4 Continuidade do cuidado e seguimento pós-alta**

O contato ativo após a alta foi incluído para reduzir o intervalo entre a saída da UTIN e o primeiro ponto de suporte. Revisão de escopo sobre intervenções pós-UTIN identificou estratégias como visitas domiciliares, chamadas telefônicas ou por vídeo, mensagens, aplicativos e outras formas de comunicação remota, com potencial para ampliar apoio, educação e confiança parental (Griffith et al., 2022). O contato em até 72 horas é uma estratégia operacional proposta pelo grupo e deve ser adaptada à capacidade do serviço.

A continuidade não depende apenas da UTIN. O seguimento de prematuros exige integração com atenção primária, ambulatorios especializados e demais pontos da rede. O framework da American Academy of Pediatrics para acompanhamento de prematuros enfatiza vigilância longitudinal e estratificação de riscos para desfechos do desenvolvimento na primeira



infância (Davis et al., 2023). Assim, o resumo de alta, o agendamento prévio e a definição de responsabilidades entre serviços tornam-se elementos de segurança e não apenas rotinas administrativas.

#### **4.5 Indicadores, viabilidade e limitações**

A proposta apresenta viabilidade inicial por utilizar recursos já presentes na rotina assistencial: reuniões clínicas, educação em saúde, registros, telefone institucional e articulação com a rede. Entretanto, a viabilidade real depende de carga de trabalho, disponibilidade da equipe, infraestrutura para acompanhamento e adesão da gestão. A meta de 100% para alguns indicadores de processo é adequada como direção de segurança, mas deve ser acompanhada de análise de causas quando não alcançada, evitando transformar o checklist em atividade meramente burocrática.

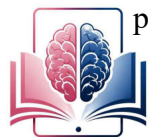
A principal limitação deste trabalho é a ausência de avaliação empírica da intervenção. Os percentuais definidos são metas de gestão e não resultados observados. Também não foi realizada revisão sistemática da literatura. Portanto, não é possível afirmar, nesta etapa, que o programa reduz reinternações, tempo de internação ou eventos adversos. Uma fase subsequente deverá testar factibilidade, adesão, aceitabilidade, fidelidade da implementação e desfechos clínicos e familiares, preferencialmente com delineamento prospectivo e definição prévia de indicadores e critérios de reinternação evitável.

Outra limitação é a necessidade de adaptação local. Critérios de elegibilidade ao Método Canguru, disponibilidade de profissionais, fluxos de referência e intervalos de consulta variam entre instituições. O programa foi concebido como estrutura adaptável, preservando quatro princípios não negociáveis: preparação precoce, participação familiar, verificação de competências e comunicação efetiva com a rede pós-hospitalar.

### **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Programa Alta Segura Neonatal organiza, em uma única estratégia, elementos que frequentemente aparecem de forma fragmentada na rotina da UTIN: participação familiar, educação progressiva, Método Canguru, checklist, comunicação multiprofissional e acompanhamento pós-alta. Ao priorizar a transição entre internação e domicílio, a proposta amplia o foco da estabilidade clínica do recém-nascido para a capacidade do binômio recém-nascido-família de manter o cuidado com segurança fora do hospital.

A contribuição central do programa é transformar a alta em processo longitudinal, mensurável e compartilhado. Sua adoção pode favorecer maior clareza de responsabilidades, padronização das orientações e integração com a rede. Entretanto, por se tratar de uma proposta



de intervenção ainda sem avaliação prospectiva apresentada neste capítulo, seus efeitos sobre reinternações, eventos adversos, satisfação e outros desfechos devem ser investigados após implantação controlada e monitorada.

Como próximos passos, recomenda-se validar o checklist e o material educativo com profissionais e familiares, estabelecer linha de base institucional, testar o programa em fase piloto e realizar ciclos de melhoria a partir dos indicadores. Essa sequência permitirá que a estratégia evolua de proposta organizacional para protocolo institucional sustentado por evidências locais.

## REFERÊNCIAS

- ALAM, Lamia; FRANCE, Daniel J. Parent understanding and satisfaction with NICU discharge for infants with medical complexity: a scoping review of discharge instruction tools. *BMC Pediatrics*, 2026. DOI: 10.1186/s12887-026-07173-y. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12887-026-07173-y>. Acesso em: 14 ago. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico. 2. ed., 1. reimpr. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 204 p. ISBN 978-85-334-1782-3. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_recem\\_nascido\\_canguru.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf). Acesso em: 14 ago. 2026.
- DAVIS, Beth Ellen et al. Primary care framework to monitor preterm infants for neurodevelopmental outcomes in early childhood. *Pediatrics*, v. 152, n. 1, e2023062511, 2023. DOI: 10.1542/peds.2023-062511.
- FRANCK, Linda S. et al. Parent readiness for their preterm infant's neonatal intensive care unit discharge. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, v. 37, n. 1, p. 68-76, 2023. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000612.
- GRIFFITH, Thao et al. Scoping review of interventions to support families with preterm infants post-NICU discharge. *Journal of Pediatric Nursing*, v. 67, p. e135-e149, 2022. DOI: 10.1016/j.pedn.2022.08.014.
- O'BRIEN, Karel et al. Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Child & Adolescent Health*, v. 2, n. 4, p. 245-254, 2018. DOI: 10.1016/S2352-4642(18)30039-7.
- SMITH, Vincent C.; HWANG, Sarah S.; DUKHOVNY, Dmitry; YOUNG, Susan; PURSLEY, Dewayne M. Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes: connecting the dots. *Journal of Perinatology*, v. 33, n. 6, p. 415-421, 2013. DOI: 10.1038/jp.2013.23.
- SMITH, Vincent C.; LOVE, Kristin; GOYER, Erika. NICU discharge preparation and transition planning: guidelines and recommendations. *Journal of Perinatology*, v. 42, supl. 1, p. 7-21, 2022. DOI: 10.1038/s41372-022-01313-9.
- TIRYAKI, Öznur; ÇINAR, Nursan; CANER, İbrahim. The effect of family integrated care on preparing parents with premature infants hospitalized in the neonatal intensive care unit for discharge. *Journal of Perinatology*, v. 44, n. 7, p. 1014-1021, 2024. DOI: 10.1038/s41372-024-01931-5.
- WADDINGTON, Chandra; VAN VEENENDAAL, Niels R.; O'BRIEN, Karel; PATEL, Neil. Family integrated care: supporting parents as primary caregivers in the neonatal intensive care unit. *Pediatric Investigation*, v. 5, n. 2, p. 148-154, 2021. DOI: 10.1002/ped4.12277.



WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preterm birth. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Acesso em: 14 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant. Geneva: World Health Organization, 2022. ISBN 978-92-4-005826-2. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058262>. Acesso em: 14 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Kangaroo mother care: a clinical practice guide. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/kangaroo-mother-care--a-clinical-practice-guide>. Acesso em: 14 ago. 2026.

ZHANG, Y. et al. Family integrated care to improve evidence-based practices for preterm infants in the neonatal intensive care unit: a meta-analysis and systematic review. BMC Nursing, v. 25, art. 140, 2026. DOI: 10.1186/s12912-026-04309-4.

