

Caracterização do seguimento da criança de alto risco no Distrito Federal e em Mato Grosso

Characterization of the follow-up of high-risk children in *Distrito Federal* and Mato Grosso

Caracterización del seguimiento de niños de alto riesgo en el Distrito Federal y en Mato Grosso

Maria Aparecida Munhoz Gaíva¹  <https://orcid.org/0000-0002-8666-9738>

Aline Oliveira Silveira²  <https://orcid.org/0000-0003-4470-7529>

Mayrene Dias de Sousa Moreira Alves¹  <https://orcid.org/0000-0002-9397-6517>

Jéssica Pereira Shockness¹  <https://orcid.org/0000-0001-9476-4180>

Isabela de Pinho Rodrigues²  <https://orcid.org/0000-0002-0899-2660>

Isadora Dias Costa¹  <https://orcid.org/0000-0002-5409-9785>

Rafaela Macrini Nery de Oliveira²  <https://orcid.org/0000-0003-2243-8313>

Elainne Motta³  <https://orcid.org/0000-0003-3310-0094>

Priscilla Shirley Siniak dos Anjos Modes¹  <https://orcid.org/0000-0003-2039-4505>

Resumo

Objetivo: Caracterizar os programas de seguimento da criança de alto risco no estado de Mato Grosso e no Distrito Federal.

Métodos: Estudo descritivo exploratório de abordagem quantitativa, realizado no Estado de Mato Grosso e no Distrito Federal, nos meses de abril a julho de 2021. Os dados foram coletados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e por meio de entrevista com os profissionais responsáveis pelos programas identificados. Para análise procurou-se no discurso dos profissionais, os elementos indicativos sobre o fenômeno estudado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, parecer nº 3.359.087, Comitê de ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEP/FS/UnB e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado do Distrito Federal – FEPECS/ SES/ DF, CAAE nº 14164719.1.2003.0030.

Resultados: O Distrito Federal possui oito serviços de seguimento da criança de alto risco, vinculados a hospitais públicos. Em Mato Grosso foram identificados apenas três ambulatorios, sendo dois na capital do estado e vinculados a hospitais universitários. A maioria dos programas não possuía cronograma pré-estabelecido de consultas, protocolos de atendimento próprios, equipe multiprofissional completa e articulação com atenção primária à saúde.

Conclusão: Apesar da importância do seguimento da criança de alto risco, a efetivação dessa assistência em Mato Grosso e no Distrito Federal ainda possui fragilidades, seja pela ausência de equipe multiprofissional e de protocolos assistenciais ou pelo quantitativo de programas ou sua distribuição geográfica, que não atendem a demanda das crianças de alto risco de todas as regiões, em ambos os estados. O acesso a um serviço com atendimento integral e de qualidade à população é um dos princípios do Sistema Único de Saúde, que inclui desde o atendimento por uma equipe multiprofissional até a articulação e integração dos serviços envolvidos no cuidado.

Abstract

Objective: To characterize the follow-up programs for high-risk children in the state of Mato Grosso and in *Distrito Federal*.

Methods: A descriptive and exploratory study with a quantitative approach, carried out from April to July 2021 in the state of Mato Grosso and in *Distrito Federal*. The data were collected from the National Registry of Health Institutions and by means of interviews with the professionals in charge of the programs identified. For the analysis, the indicative elements of the phenomenon under study were sought in the professionals' statements. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Júlio Muller University Hospital under opinion No. 3,359,087 and by its counterparts belonging to the Health Sciences School of the University of Brasília (CEP/FS/UnB) and to the *Distrito Federal* State Department (FEPECS/SES/DF), with CAAE No. 14164719.1.2003.0030.

Results: *Distrito Federal* has eight follow-up services for high-risk children, all linked to public hospitals. Only three outpatient services were identified in Mato Grosso, two of which are located in the capital city of the state and linked to university hospitals. Most of the programs lacked a pre-established consultation schedule, own care protocols, a full multiprofessional team and articulation with primary Health Care.

Conclusion: Despite the importance of following-up high-risk children, the effective implementation of this assistance modality in Mato Grosso and in *Distrito Federal* still presents weaknesses, either due to the absence of a multiprofessional team and of care protocols or to the number of programs or their geographical distribution, which fail to meet the demand of high-risk children from all the regions, in both states. Providing the population with access to a comprehensive and good quality care service is one of the principles of the Unified Health System, which includes from assistance provided by a multiprofessional team to articulation and integration of the services involved in care.

Descritores

Criança; Risco; Fatores de risco; Continuidade da assistência ao paciente; Assistência ambulatorial; Enfermagem pediátrica

Keywords

Child; Risk; Risk factors; Continuity of patient care; Ambulatory care; Pediatric nursing

Como citar:

Gaíva MA, Silveira AO, Alves MD, Shockness JP, Rodrigues IP, Costa ID, et al. Caracterização do seguimento da criança de alto risco no Distrito Federal e em Mato Grosso. Rev Soc Bras Enferm Ped. 2022;22:eSOBEP2022012.

¹Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT, Brasil.

²Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

³Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Submetido: 24 de Agosto de 2022 | Aceito: 21 de Dezembro de 2022

Autor correspondente: Mayrene Dias de Sousa Moreira Alves | E-mail: mayrene.alves@ufmt.br

DOI: 10.31508/1676-379320220012

Resumen

Objetivo: Caracterizar los programas de seguimiento para niños de alto riesgo en el estado de Mato Grosso y en el Distrito Federal.

Métodos: Estudio descriptivo y exploratorio con enfoque cuantitativo, realizado entre abril y julio de 2021 en el estado de Mato Grosso y en el Distrito Federal. Los datos se recolectaron del Registro Nacional de Instituciones de Salud y por medio de entrevistas con los profesionales a cargo de los programas identificados. Para el análisis, se buscaron los elementos que indican el fenómeno estudiado en el discurso de los profesionales. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario Júlio Muller con número de opinión 3.359.087, al igual que por sus homólogos pertenecientes a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia (CEP/FS/UnB) y a la Secretaría de Estado del Distrito Federal (FEPECS/SES/DF), conforme CAAE 14164719.1.2003.0030.

Resultados: El Distrito Federal tiene ocho servicios de seguimiento para niños de alto riesgo, todos vinculados a hospitales públicos. En Mato Grosso solo se identificaron tres servicios ambulatorios, dos de ellos en la capital del estado y vinculados a hospitales universitarios. La mayoría de los programas carecía de un cronograma preestablecido de consultas, protocolos de atención propios, equipo multiprofesional completo y articulación con el ámbito de Atención Primaria de la Salud.

Conclusión: A pesar de la importancia del seguimiento de niños de alto riesgo, la implementación efectiva de esta modalidad de asistencia en Mato Grosso y en el Distrito Federal todavía presenta déficits, ya sea por la ausencia de un equipo multiprofesional y de protocolos asistenciales o por la cantidad de programas o su distribución geográfica, que no cubren la demanda de niños de alto riesgo de todas las regiones, en ambos estados. Brindar acceso a la población a un servicio de atención integral y de buena calidad es uno de los principios del Sistema Único de Salud, que incluye desde atención a cargo de un equipo multiprofesional hasta articulación e integración de los servicios involucrados.

Descritores

Niño; Riesgo; Factores de riesgo; Continuidad de la atención al paciente; Atención Ambulatoria; Enfermería pediátrica

Introdução

Nas últimas décadas, os avanços no campo da neonatologia têm proporcionado maior proteção à saúde e sobrevivência de recém-nascidos pré-termo (RNPT) e de baixo peso (RNBP), além daqueles acometidos por malformações congênitas e outros agravos.⁽¹⁾ Diante do aumento da sobrevivência desses recém-nascidos (RN), há de se ressaltar a preocupação com as repercussões desses acontecimentos na qualidade de vida destas crianças, além das possibilidades de hospitalização prolongada, não raro por meses, que agravam suas condições de saúde e configuram-se um quadro desafiador para os serviços e profissionais da área da saúde.⁽²⁾

Até pouco tempo, os RNPT com peso ao nascer < 2.000g, < 35 semanas de idade gestacional, com asfixia ao nascer (Apgar <7 no 5º minuto) e com outras patologias graves são classificados pelo Ministério da Saúde (MS) como crianças de alto risco,⁽³⁾ ou seja, aquelas que estão mais expostas a situações em que há maior chance de apresentarem evolução desfavorável, pela combinação da imaturidade do organismo e a necessidade de cuidados invasivos que podem levar a complicações e acarretar em danos permanentes e prejuízos ao longo da vida, resultando em taxas significativamente aumentadas de morbimortalidade.⁽⁴⁾ Recentemente foi emitida pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e Ministério da Saúde, a “Nota Técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com

foco na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) - Saúde da criança”, que inclui outros critérios além das condições perinatais para definição de criança de alto risco, sendo esses relacionados a afecções peri e neonatais, complicações da prematuridade, fatores maternos, fatores evolutivos e condições especiais.⁽⁵⁾

Esta Nota Técnica,⁽⁵⁾ propõe uma nova metodologia para a estratificação de risco da criança, classificando-a em risco habitual, risco intermediário e risco alto. Sendo que a identificação de um único critério é suficiente para definir o estrato de risco, devendo prevalecer aquele de maior impacto. A referida nota recomenda ainda, que a avaliação desse estrato deve ocorrer na primeira consulta após a alta da unidade neonatal e em todos os atendimentos subsequentes, visando proteger e promover o potencial de crescimento e de desenvolvimento da criança e não apenas ser um checklist para classificá-la.

Para essas crianças é preconizada, além da vigilância na APS, assistência especializada por profissionais habilitados que devem acontecer preferencialmente nos ambulatorios de acompanhamento/seguimento da criança de alto risco.⁽⁵⁾ Esse seguimento deve ter início ainda durante o pré-natal e continuar após a alta hospitalar, com o objetivo de oferecer estímulo ao crescimento e desenvolvimento, por meio de avaliações sistemáticas, prevenção de danos e riscos, bem como, a vigilância das morbidades tão comuns nesses neonatos.^(5,6)

No que se refere a agenda de consultas nos primeiros cinco anos de vida da criança, a Nota Técnica⁽⁵⁾ preconiza que ela deve atender aos eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da criança (PNAISC), objetivando a continuidade, integralidade e multidimensionalidade do cuidado, favorecendo o envolvimento da família no mesmo. Além disso, deve buscar o desenvolvimento adequado da criança, respeitando e garantindo os seus direitos.

Especificamente para atender às necessidades do RNPT e/ou RNBP, o Ministério da Saúde (MS) propôs a estratégia Atenção Humanizada ao RN – Método Canguru (MC), e recomenda que o acompanhamento desses neonatos após a alta hospitalar ocorra de maneira articulada entre a unidade neonatal que o assistiu durante a internação com os serviços de saúde, em especial da atenção básica, que passarão a acompanhá-lo, bem como sua família.^(7,8)

O acompanhamento da criança de alto risco, contribui para a garantia de menores taxas de reinternações, redução dos índices de infecções nos primeiros anos de vida e maiores e melhores indicadores de crescimento e neurodesenvolvimento.⁽⁹⁾ Ressalta-se que esse seguimento deve ser realizado priorizando a participação das famílias nos cuidados.

Além disso, serviços efetivos de seguimento da criança de alto risco têm impacto significativo na redução dos atendimentos de emergência, de hospitalizações e consultas não programadas.⁽¹⁰⁾ Ademais, verifica-se a importância desse acompanhamento realizado pelo enfermeiro, especialmente na promoção do aleitamento materno e do crescimento saudável.⁽¹⁰⁾ Por outro lado, estudo⁽¹¹⁾ revelou que crianças de alto risco que não frequentaram serviços de seguimento pós-alta hospitalar, apresentaram resultados menos favoráveis do que aquelas que foram acompanhadas, com taxas mais altas de complicações e sequelas; e menor acesso aos serviços que favorecem o diagnóstico precoce.

Por sua vez, pesquisa que analisou as facilidades e dificuldades maternas para o seguimento ambulatorial de crianças de alto risco identificou que as mães percebiam a evolução de seus filhos durante o acompanhamento com a equipe multiprofissional, e as informações repassadas pelos especialistas do ambulatório favoreciam a prática de cuidados corretos e a realização de estímulos em domicílio.⁽¹²⁾

Embora a continuidade do cuidado após a alta hospitalar seja considerada fundamental para a qualidade de vida da criança de alto risco, a efetivação dessa assistência ainda possui fragilidades estruturais e processuais no contexto da atenção à saúde infantil no país,⁽¹³⁾ sendo que o seguimento e o suporte adequado a essa população e suas famílias apresentam-se ainda como um grande desafio para os serviços e profissionais de saúde.⁽¹⁴⁾

Observa-se que existem importantes lacunas na literatura e escassez de dados sobre a configuração dos programas de vigilância da criança de alto risco no país, em especial na região Centro-Oeste (CO), no que diz respeito aos aspectos operacionais e a avaliação quanto a sua efetividade e impacto frente à mortalidade infantil. Portanto, a realização desta pesquisa se justifica pela necessidade de se conhecer e dar visibilidade às estratégias utilizadas pelos estados para efetivar a assistência a criança de alto risco após a alta hospitalar. Ainda, a geração de informações poderá contribuir para o planejamento e proposição de novas ações estratégicas de prevenção e promoção à saúde dessas crianças, com o intuito de articular a rede de atenção. Assim, essa pesquisa tem por objetivo caracterizar os programas de seguimento da CAR no estado de Mato Grosso (MT) e no Distrito Federal (DF).

Métodos

Trata-se de uma estudo descritivo exploratório de abordagem quantitativa, recorte da pesquisa multicêntrica: “Seguimento de RN de risco na região Centro-Oeste”, que teve por objetivo avaliar como se estrutura o seguimento dos neonatos de alto risco egressos de UTIN no estado de Mato Grosso e no Distrito Federal.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas, no período de abril a julho de 2021. Na primeira etapa foi realizado o levantamento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do MS, com o intuito de verificar as unidades e serviços neonatais da região centro-oeste, registradas no ano de 2020. Esses dados permitiram a construção de um banco de dados com todas as UTIN, Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais convencionais (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) presentes na região, e que posteriormente subsidia-

ram o levantamento dos programas de seguimento da criança de alto risco em funcionamento.

Na segunda etapa, fez-se contato telefônico com as unidades neonatais identificadas no CNES para a coleta de informações sobre a existência de programas de seguimento da criança de alto risco vinculados a UTIN ou UCINCo. Logo que identificado o programa de seguimento na unidade, era realizada entrevista semiestruturada com o profissional responsável pelo mesmo, seguindo um roteiro com 10 questões fechadas e abertas, contemplando os seguintes aspectos: critérios para inserção dos neonatos no programa, número de crianças cadastradas, profissionais que fazem o acompanhamento, idade máxima para acompanhamento no programa, cronograma de consultas, protocolo de atendimento e integração/articulação com a APS. Ressalta-se que os profissionais de todos os programas identificados aceitaram participar da pesquisa.

A maioria das entrevistas foram realizadas por meio de videochamadas na plataforma *Google Meet®*. Os convites foram realizados de maneira personalizada, enviados via e-mail, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após o aceite para participar da pesquisa, os profissionais receberam o link da reunião, via e-mail institucional para garantir a segurança dos dados, além das orientações para o encontro e como acessar a plataforma. Algumas entrevistas por dificuldades conexão à internet tiveram que ser realizadas de forma presencial no serviço, após assinatura do TCLE. Ressalta-se que foram respeitadas todas as normas de biossegurança e prevenção contra COVID-19, como o uso de máscaras, distanciamento social e o uso de álcool gel. As entrevistas duraram em média 30 minutos.

Todas as entrevistas foram gravadas com autorização previa dos participantes e depois de transcritas foram organizadas e submetidas à análise, procurando-se identificar, no discurso dos profissionais, os elementos indicativos sobre a organização e dinâmica de funcionamento do seguimento da criança de alto risco.

Considerou-se todas as recomendações éticas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas com seres humanos. O projeto multicêntri-

co “Seguimento de recém-nascidos na região Centro-Oeste” foi aprovado com parecer nº 3.359.087 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 14164719.1.1001.5541 e o estudo realizado no Distrito Federal foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEP/FS/UnB e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado do Distrito Federal – FEPECS/SES/DF, CAAE nº 14164719.1.2003.0030.

Resultados

Caracterização dos programas de seguimento de crianças de alto risco no Distrito Federal

Ao todo foram identificados oito serviços ou programas de seguimento de criança de alto risco no DF, distribuídos nas sete regiões de saúde (Central, Centro-Sul, Norte, Sul, Leste, Oeste e Sudoeste), que apresentam um programa em cada, com exceção da regional Norte que possui dois. Todos os serviços identificados no DF estão vinculados a hospitais públicos, a maioria hospitais regionais e apenas um deles universitário. A caracterização dos programas de seguimento de criança de alto risco do DF está detalhada no quadro 1.

Caracterização dos programas de seguimento de crianças de alto risco em Mato Grosso

Foram encontrados apenas três programas de seguimento de criança de alto risco em MT, sendo que dois estavam localizados na região da Baixada Cuiabana, mais especificamente na capital Cuiabá e um na região Sul Matogrossense, as demais regiões (Alto Tapajós, Médio Norte Matogrossense, Noroeste Matogrossense, Norte Matogrossense, Oeste Matogrossense e Teles Pires) não possuem esse tipo de serviço. Com relação à natureza jurídica desses programas, todos são públicos, e dois deles pertencem a hospitais universitários (HU) e o outro é filantrópico. A caracterização dos programas de seguimento de criança de alto risco no estado de MT está detalhada no quadro 2.

Quadro 1. Caracterização dos programas de seguimento de crianças de alto risco do Distrito Federal

ID	Crítérios para inserção no programa	Número de crianças cadastradas	Equipe	Idade máxima para seguimento	Cronograma de atendimento	Protocolo de atendimento	Integração/articulação com atenção primária de saúde
P1	Egresso da UTIN do hospital vinculado, ou encaminhado por profissional da Atenção Básica/ESF, da área de abrangência	Não informado	Pediatra e enfermeiro	12 anos	Não há cronograma específico. As consultas são realizadas 4 dias na semana com 8 consultas diárias.	Protocolo de atendimento próprio	Não informado
P2	Todas as crianças procedentes da UCINco, UCINCa, Alojamento Conjunto, prematuros de baixo, médio e alto risco, tardios e PIGs.	Não informado	Não informado	Não informado	2 ou 3 consultas semanais a depender da evolução do paciente.	Cartilha do Método Canguru (MC)	Após a alta, os neonatos são encaminhados para as unidades básicas de saúde (UBS) com a referência ("cartinhas") para os tutores do Método Canguru da atenção primária.
P3	Todos os RN de risco do hospital vinculado são encaminhados para acompanhamento na terceira etapa do método canguru.	Não informado	Equipe multiprofissional: médico, enfermeiro, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Se necessário, outras especialidades há disponível no hospital de vinculação.	Não informado. No entanto, RNs com 32 semanas e/ou < 1500g, que tiveram intercorrências perinatais graves (asfixia, leucomalácia, retinopatia, DBP, entre outros), filhos de mães adolescentes e com maior vulnerabilidade social, e outros considerados de maior risco são acompanhados pela medicina e fisioterapia, até os 2 anos de idade.	Não há cronograma específico. O atendimento é realizado 4 dias por semana pelo médico, 1 vez com o enfermeiro, e 2 vezes com os demais profissionais (terapeuta ocupacional e fisioterapeuta). Há um revezamento entre consulta médica e de enfermagem, mas esta última acompanha a criança apenas na terceira etapa do MC e não no seguimento posterior.	Não possui	Não há articulação com a rede de atenção primária à saúde. Se o RN tiver indicação de seguimento no ambulatório, o atendimento na UBS é mantido. Se não tiver indicação, a criança só recebe alta do ambulatório se houver uma garantia de continuidade de assistência pela UBS.
P4	Todas as crianças <34 semanas e/ou RN com cardiopatias, neuropatias, internações prolongadas e com dificuldade de desmame de oxigênio.	Não informado.	Pediatra, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Há o serviço de fonoaudiologia disponível via central de regulação.	Não informado.	Semanal.	Protocolo de atendimento próprio.	Todos os RN são encaminhados para consulta de crescimento e desenvolvimento, além do seguimento na ESF.
P5	RN com comorbidades, pré-termo e com baixo peso ao nascer, de mães que tiveram COVID durante a gestação.	Não informado	Pediatras e especialistas na área de pediatria.	Não informado	Não informado. No entanto, presta atendimento quatro dias na semana.	Não possui.	O sistema de referência e contrarreferência não funciona muito bem, por falta de adesão dos profissionais.
P6 e P7	RN pré-termo egresso de UTIN	Não informado	Enfermeiro, médico, fisioterapeuta e fonoaudiólogo.	Não informado	Semanalmente.	Não possui	Não informado
P8	RN pré-termo egresso de UTIN	Não informado	Médico, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.	Não informado	Não informado	Não possui	Iniciou a planificação da linha de cuidado materno-infantil para melhorar a articulação com a rede primária, secundária e hospitalar.

RN - recém-nascido, UTIN - Unidade de terapia intensiva neonatal; UBS - unidade básica de saúde; ESF - Estratégia Saúde da Família

Quadro 2. Caracterização dos programas de seguimento de crianças de alto risco do estado de Mato Grosso

ID	Critérios para inserção no programa	Nº de crianças cadastradas	Equipe	Idade máxima para seguimento	Cronograma de atendimento	Protocolo de atendimento	Integração/articulação com atenção primária de saúde
P9	Todos RN encaminhados das UTIN sem critérios de inserção	Não informado	Médico neonatologista, pediatra e nutricionista. Encaminha para outras especialidades quando necessário	2 anos de idade	De acordo com a demanda de cada RN e da patologia apresentada	Protocolo de atendimento próprio	Encaminham os RN para acompanhamento nas UBS, porém sem articulação oficializada
P10	Todos RN encaminhados das UTIN sem critérios de inserção	Não informado	Médico neonatologista. Possui retaguarda do hospital vinculado, com profissionais de neurologia, fisioterapia, fonoaudiologia, otorrinolaringologia e oftalmologia.	Até a adolescência	De acordo com a demanda de cada RN e da patologia apresentada	Manual da Sociedade Brasileira de Pediatria-Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco	Encaminham os RN para acompanhamento nas UBS, porém sem articulação oficializada
P11	Todos RN com idade gestacional <37 semanas advindos de UTIN.	70 crianças	Equipe multiprofissional: médico neonatologista, pediatra, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social. Há disponível na disponível na RAS: cardiopediatria, neuropediatria, endócrino pediatria e infectopediatria	2 anos de idade	De acordo com a demanda de cada RN e da patologia apresentada. Além dessa organização, possui um cronograma específico para acompanhamento dos recém-nascidos pré-termo.	Nota Técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com foco na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Atenção Ambulatorial Especializada - saúde da criança	Tem integração/articulação com as UBS e ESF.

RN - recém-nascido; UTIN - Unidade de terapia intensiva neonatal; UBS - unidade básica de saúde; ESF - Estratégia Saúde da Família; RAS - Redes de atenção à saúde

Discussão

Dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), informam que no DF, em 2020, nasceram 39.361 crianças, das quais 3.193 tinham baixo peso (<2500g) e 605 extremos baixo peso (< 1500g). No que se refere a duração da gestação, 3.410 eram RNPT (<37 semanas) e 262 RNPT extremo (<28 semanas).⁽¹⁵⁾

Em MT no ano de 2020, ocorreram 57.037 nascimentos, destes 4.476 eram baixo peso (<2500g) e 638 extremos baixo peso (< 1500g). Já com relação a idade gestacional, 6.161 eram RNPT (<37 semanas) e 713 RNPT extremo (<28 semanas).⁽¹⁵⁾ Como se pode observar temos um quantitativo importante de neonatos que podem ser classificados como de alto risco, tanto no DF como em MT, o que justifica a importância dos programas de seguimento.

Quanto ao número de serviços/programas para o seguimento de criança de alto risco, os resultados apontaram que existem oito ambulatórios no DF, distribuídos nas sete regiões de saúde. Todos os programas de seguimento identificados são vinculados a hospitais públicos do Sistema Único de Saúde (SUS). Destes, sete são da Secretaria de Estado de Saúde do DF e um do HU.

No que se refere a distribuição geográfica dos programas nos territórios do DF, a região Norte foi a

que teve a maior concentração (02), e em parte da região Centro-sul (Guará, Cidade Estrutural, SIA, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II e Park Way) não foram identificados serviços ou programas de seguimento de criança de alto risco. Essa desigualdade microrregional, somada a densidade populacional e número de nascimentos de risco, afeta a disponibilidade dos serviços e o acesso equitativo.

O estado de MT dispõe apenas de três programas, sendo dois na capital, Cuiabá, e um no interior. Cabe ressaltar que o estado de MT possui uma vasta extensão territorial e cidades muito distantes dos programas identificados, o que dificulta o acesso de criança de alto risco a ambulatórios de seguimento na maioria das regiões do estado, acompanhamento esse tão importante para a identificação de problemas, manutenção do crescimento e desenvolvimento (CD), e consequentemente redução da mortalidade infantil. Ainda sobre o acesso, os programas, tanto de MT como do DF, não possuíam um sistema de registro do número de atendimento e acompanhamento de criança de alto risco, o que impossibilitou uma análise mais precisa do acesso a esses serviços.

Um outro resultado evidenciado nesse estudo é que mais da metade dos ambulatórios de seguimento de criança de alto risco em MT estão vinculados a

HU, por sua vez no DF apenas um apresentava essa característica. Os HU são instituições de saúde ligadas às universidades públicas ou privadas, criados para atender à necessidade de ensino e atividades práticas, exercendo também a assistência à saúde da população em geral, tendo como finalidade desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão por meio da assistência à comunidade na área da saúde.⁽¹⁶⁾ Estudo de revisão de literatura que objetivou identificar os programas brasileiros de vigilância de crianças de risco para a mortalidade infantil, evidenciou que a maioria deles foi implementado no Brasil na década de 1990, nas regiões Sul e Sudeste, sendo observada a presença desses serviços especialmente em hospitais de ensino ou maternidades de referência à gestação de risco,⁽¹⁷⁾ corroborando com os resultados encontrados em MT.

Quanto aos critérios para a inserção nos programas de seguimento, verificou-se que a maioria deles, tanto no DF como em MT, atende a todas as crianças egressas da UTIN. A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)⁽⁹⁾ enfatiza o seguimento dos RNPT de muito baixo peso, já o MS determina que todas as criança de alto risco devem ser acompanhadas após a alta hospitalar.⁽⁵⁾ Nesse sentido, observou-se que os ambulatorios analisados têm buscado atender a esta recomendação ministerial, pois presume-se que a maioria das criança de alto risco passa por internação em UTIN. No entanto, destaca-se que os critérios para a classificação da criança de alto risco foram ampliados em 2021 pelo Ministério da Saúde na Nota técnica anteriormente mencionada, e prevê também o atendimento em várias situações clínicas, funcionais e sociofamiliares apresentadas pela criança. Segundo Medeiros,⁽¹⁸⁾ as limitações impostas pelos critérios de inclusão de alguns programas de seguimentos ambulatoriais, criam longas filas de espera para atendimento, o que prejudica o desenvolvimento da criança, pois quanto mais precoce a intervenção for implementada, mais eficaz ela será.

No que se refere ao cronograma de atendimento, os resultados mostraram que a grande maioria dos ambulatorios estudados, exceto aqueles que executam a terceira etapa do MC, não têm um cronograma pré-estabelecido de consultas e organizam o atendimento de acordo com a demanda de cada neonato e da patologia apresentada. Antigamente, o MS não estabelecia um calendário pré-definido de consultas,

apenas ressaltava que a criança de alto risco devia ser acompanhada pelo menos nos dois primeiros anos de vida, sendo desejável até o quinto ano, para melhor avaliação das funções cognitivas e da linguagem.⁽⁶⁾ No Manual do MC é recomendado aos serviços que cuidam dos RNPT e/ou baixo peso ter agenda aberta e permitir o retorno não agendado caso o bebê necessite, e que após a criança atingir o peso de 2.500g o seguimento deverá seguir as normas para o acompanhamento do CD.⁽⁸⁾ A SBP recomenda o seguinte cronograma de acompanhamento aos RNPT de muito baixo peso: primeira consulta - 7 a 10 dias após a alta; revisões mensais - até 6 meses de idade corrigida; revisões bimestrais ou trimestrais - 6 meses aos 12 meses de idade corrigida; revisões trimestrais - 13-24 meses; revisões semestrais - 2 a 4 anos de idade cronológica e revisões anuais - dos 4 anos até a puberdade.⁽⁹⁾ Já a recomendação atual do MS prevista na Nota técnica, sugere consultas: no pré-natal, entre 7-10 dias de vida, 18-22 dias, 28 dias - 1 mês, aos 3 meses, 5 meses, 7 meses, 9 meses, 11 meses, 15 meses, 21 meses, 30 meses, 3 anos e 6 meses e 4 anos e 6 meses. Ressalta-se que esse acompanhamento deve ser realizado concomitante com a APS que deve garantir consulta mensal do primeiro até 12 meses de vida, trimestral dos 12 meses até os 24 meses e semestral dos 30 meses até os 5 anos de idade. No entanto, enfatiza que a avaliação clínica da criança e o plano de cuidados são mandatários, e por isso devem ser propostos quantos encontros forem precisos.⁽⁵⁾

Sabe-se que o seguimento ambulatorial de forma sistematizada e longitudinal é fundamental para a identificação e prevenção de doenças, minimizando atrasos e/ou sequelas precocemente de maneira diferenciada, e para acompanhar a criança que apresenta risco para mortalidade infantil.⁽¹⁹⁻²¹⁾ Quando esse seguimento não segue um cronograma pode contribuir para aumentar as taxas de morbimortalidade, sendo os RNPT e/ou RNPB os mais atingidos. A quebra de atendimento na fase de desenvolvimento mais crucial de um RNPT, pode torná-lo vulnerável a determinados agravos e resultar em necessidade de tratamento e hospitalização.⁽⁸⁾

Chamou atenção também que a maioria dos programas de seguimento, tanto do DF como de MT não seguem um protocolo oficial de atendimento. Alguns serviços utilizam a Cartilha do MC,⁽⁸⁾ que é um manual

técnico de Atenção Humanizada ao RN publicado pelo MS, outros seguem as normas da SBP⁽⁹⁾ para o seguimento do prematuro de risco e apenas um segue a Nota técnica com os critérios mais atuais de criança de alto risco. Protocolos são instrumentos legais, baseados em evidências científicas e podem oferecer as melhores opções de cuidado disponíveis. Ressalta-se que a utilização de protocolos facilita a organização e otimização do trabalho dos profissionais, além de padronizar as condutas e incorporá-las à prática assistencial.^(20,21) Desse modo, esse instrumento fornece subsídios para que o profissional atue de maneira qualificada e segura por meio da organização de condutas padronizadas e sistematização do cuidado a ser prestado.

Os dados também evidenciaram o desconhecimento por parte dos responsáveis pelos programas tanto do DF quanto do MT sobre o número de crianças cadastradas nos serviços e a idade máxima de acompanhamento. Esse fato associado à falta de protocolos diferenciados demonstra a desorganização desses serviços. Para a SBP, a qualidade do acompanhamento ambulatorial da criança de alto risco deve ser avaliada por meio das taxas de perdas ou faltas às consultas. Assim, reduzir as perdas para garantir uma boa taxa de acompanhamento e o interesse das famílias em levar as crianças às consultas é fundamental para manter o vínculo dessas famílias ao serviço.⁽⁹⁾ O desconhecimento do número de pacientes acompanhados nos serviços estudados além de refletir a desorganização dos programas pode comprometer a qualidade da atenção ofertada.

Outro aspecto preocupante dos resultados diz respeito a ausência de uma equipe multiprofissional na maioria dos programas de MT e de alguns do DF. Todavia, os serviços informaram que os hospitais ou as RAS possuíam os profissionais especialistas e quando necessário, as crianças são encaminhadas. A SBP recomenda uma equipe multidisciplinar para o acompanhamento do prematuro de risco, sendo que essa deve ser composta por: pediatra/neonatalogista, enfermeira, psicóloga infantil, neurologista pediátrico, oftalmologista e retinólogo, otorrinolaringologista, nutricionista clínica, fonoaudiólogo, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional.⁽⁹⁾ O MS no documento mais atual sobre criança de alto risco enfatiza a importância do primeiro ciclo de atendimentos por toda a equipe multiprofissional, composta por médico

pediatra, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e fonoaudiólogo. Ainda ressalta deve ser garantido pela RAS o atendimento das criança de alto risco por outras especialidades médicas como oftalmologia, neurologia, cardiologia, cirurgia, pneumologia, otorrinolaringologia pediátrica, entre outros sempre que necessário.⁽⁵⁾

Um acompanhamento adequado do RNPT, de forma supervisionada e interdisciplinar, assegura a sobrevida e resulta em menores taxas de re-hospitalizações, menor índice de infecções nos primeiros anos de vida, melhores taxas de crescimento e neurodesenvolvimento, adequada inclusão na escola e potencial de aprendizado e inserção na sociedade na vida adulta.^(9,10)

Ainda, no que se refere a equipe multiprofissional, chamou a atenção a ausência do enfermeiro na composição da equipe em alguns ambulatorios do DF e na maioria dos programas de MT. Sabe-se que o enfermeiro é um profissional muito importante para integrar a equipe interdisciplinar, visto que tem papel de destaque na construção da autonomia dos pais e da família no cuidado a criança de alto risco, o que facilita sua adesão ao processo de cuidado pós alta hospitalar. Ressalta-se essa importância principalmente durante a primeira consulta após a alta da UTIN, pois é um momento de adaptação dos pais para os cuidados e a identificação dos diagnósticos de enfermagem. As intervenções do enfermeiro podem ajudar na resolução de situações que são determinantes na qualidade de vida desses bebês.^(22,23)

A importância do profissional enfermeiro no acompanhamento da saúde materno-infantil também foi destacada em pesquisa desenvolvida no Canadá, ressaltando que a participação do enfermeiro nos programas de seguimento facilita a implementação de práticas avançadas nesses serviços, especialmente nas ações de educação em saúde.⁽²⁴⁾

Outro aspecto observado nos resultados diz respeito a falta de integração/articulação dos programas de seguimento com APS, elemento fundamental para a continuidade da assistência a criança de alto risco. De modo geral, os programas apenas realizam o encaminhamento das crianças para as unidades básicas de saúde das áreas de abrangência da residência da família. A exceção é aqueles programas que executam a terceira etapa do MC e que possuem um fluxo de

encaminhamento dos pacientes, o que evidencia uma clara organização do serviço.

A falha de comunicação entre os serviços e profissionais de saúde e as lacunas existentes na referência e contrarreferência têm sido apontadas como uma das maiores dificuldades na implementação e no desenvolvimento dos programas de seguimento da criança de alto risco no país. Estudo evidenciou 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 a essas crianças, sendo que o repasse de informações para garantir a contrarreferência fica incumbida aos familiares ou cuidadores.⁽²⁵⁾

A criança de alto risco após a alta hospitalar tem a sua primeira avaliação pela equipe especializada, que deve elaborar o plano de cuidados e encaminhar para a APS que realizará a vigilância dessas ações. Além dessa supervisão, a APS é responsável pelo seguimento de rotina que inclui consultas complementares, vacinação, exames, procedimentos específicos e orientações previstas para cada idade. Destaca-se que para uma assistência de qualidade a criança de alto risco, é necessária, uma articulação dos serviços de seguimento hospitalares com a APS, nos primeiros anos de vida desses bebês, visto que os riscos e vulnerabilidades às morbidades são maiores nesse período.⁽¹⁰⁾ Nesse sentido, o MS ressalta que para uma atenção integral visando a continuidade da assistência, otimização de recursos e de uma atenção resolutiva com potencial para redução da mortalidade por causas evitáveis, é essencial ocorrer a interlocução entre os serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, acordos para o funcionamento dos serviços e a definição de papéis e responsabilidades de cada profissional.⁽⁶⁾

No que concerne às limitações deste estudo, destacamos as dificuldades em identificar os programas de seguimento na região centro-oeste, bem como, coletar os dados junto aos mesmos, em decorrência do contexto da pandemia da COVID-19, sendo necessário recorrer as entrevistas *online*. Contudo, as informações geradas dão um panorama da atenção a criança de alto risco no DF e no estado de MT, assim como, evidenciam as limitações e necessidades de investimentos em novas estratégias políticas e assistenciais, com vistas a garantir o acesso a serviços de qualidade e que contemple as necessidades dessas crianças.

Ademais, estudos mais aprofundados sobre o seguimento de criança de alto risco no país necessitam ser desenvolvidos, com o objetivo de identificar desafios e fomentar políticas, programas e estratégias efetivas e ampliadas, que considerem a família e o ambiente sociocultural como foco em avaliação e intervenção, assim como, suas intersecções com a melhoria da assistência, dos indicadores de saúde e de desenvolvimento destas crianças. Ainda, reafirma-se a importância de investigar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde que atuam no seguimento de criança de alto risco, para verificar a qualidade da assistência prestada a essa população.

Conclusão

O Distrito Federal possui oito serviços de seguimento de criança de alto risco, vinculados a hospitais públicos e que funcionam de forma independente e com pouca articulação com a rede de atenção básica. Em MT foram identificados apenas três ambulatorios, sendo dois na capital do estado e vinculados a hospitais universitários. Apesar da importância do seguimento de criança de alto risco, a efetivação dessa assistência ainda possui fragilidades, seja pela ausência de equipe multiprofissional e de protocolos assistenciais ou pelo quantitativo de programas ou sua distribuição geográfica, que não atendem a demanda das crianças de alto risco de todas as regiões, tanto no DF como em MT. Vale ressaltar que o acesso a um serviço com atendimento integral e de qualidade à população é um dos princípios do SUS, que inclui desde o atendimento por uma equipe multiprofissional até a articulação e integração dos serviços envolvidos no cuidado.

Contribuições

Gaíva MAM, Alves MDSM, Shockness JP, Costa ID, declaram que contribuíram com a concepção do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada. Silveira AO, Rodrigues IP, Macrini R, Motta E, declaram que contribuíram com a coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão

final a ser publicada. Modes PSSA declara que contribuiu com a revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

- Saldanha J, Moniz C, Machado MC. Recém-Nascido de Muito Baixo Peso em uma Unidade de Cuidados Intensivos Portuguesa Comparativamente ao Vermont Oxford Network: 15 Anos de Registro. *Acta Med Port.* 2019;32(11):686-92.
- Silva IO, Aredes ND, Bicalho MB, Delácio NC, Mazzo LL, Fonseca LL. Cartilha sobre o prematuro como tecnologia educacional para família: estudo quase experimental. *Acta Paul Enferm.* 2018;31(4):334-41.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e a redução da mortalidade infantil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004 [citado 2022 Abr 13]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf
- Steiner L, Diesner SC, Voith P. Risk of infection in the first year of life in preterm children: An Austrian observational study. *PLoS ONE.* 2019;14(12):e0224766.
- Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde da Criança. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde; 2021. 72 p.: il. [citado 2022 Out 21]. Disponível em: https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/notatecnica_crianca-1-1.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 2022 Abr 18]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf
- Vieira CS, Barreto GM, Rover MM, Biederman FA, Becker PN, Itakura DA, et al. Seguimento do recém-nascido pré-termo: abordagem interdisciplinar. In: Gaiva MAM, Toso BR, Mandetta MA (Org.). *Proenf Saúde da Criança e do Adolescente*. 14a ed. Porto Alegre (RS): Artmed/Panamericana; 2020;3:9-48.
- Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico. 3a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [citado 2022 Abr 28]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de seguimento ambulatorial do prematuro de risco. 1.ed. Porto Alegre (RS): Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamento Científico de Neonatologia; 2012 [citado 2022 Abr 28]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Seguimento_prematuro_ok.pdf
- Beleza LO, Ribeiro LM, Paula RA, Guarda LE, Vieira GB, Costa KS. Perfil de recém-nascidos de risco atendidos por enfermeiros em seguimento ambulatorial: estudo de coorte retrospectiva. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2019;27:e3113.
- Ballantyne M, Stevens B, Guttmann A, Willan AR, Rosenbaum P. Maternal-infant Predictors of Attendance at Neonatal Follow Up Programmes. *Child Care Health Dev.* 2013;40(2):250-8.
- Oliveira JS, Maia MT, Moreira KL, Pontes Júnior FA, Damião ME, Albuquerque AM, et al. Facilidades e dificuldades no seguimento ambulatorial de crianças de risco. *Braz J Hea Rev.* 2020;3(3):4160-74.
- Damasceno SS, Nóbrega VM, Coutinho SE, Reichert AP, Toso BR, Collet N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2016;21(9):2961-73.
- Xavier JS, Bernardino FB, Gaíva MA. Acompanhamento de recém-nascidos de risco: revisão integrativa da literatura. *Res Soc Dev.* 2020;9(11):e579119515.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de Saúde (TABNET) - Estatísticas Vitais - Nascidos vivos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022 [citado 2022 Mai 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
- Mayer AP, Paines AT, Coronel DA, Ribeiro JO. Impactos nos níveis de eficiência no hospital universitário de Santa Maria: antes e após a contratação da EBSERH. *GeSec.* 2021;12(2):147-72.
- Soares DC, Facchini LA, Casarin TS, Thumé E. Programas de vigilância de recém nascidos de risco: experiências municipais brasileiras. *Cult Cuid.* 2019;23(53):316-29.
- Medeiros CC. Experiências de famílias e profissionais de programas de acompanhamento de recém-nascidos de risco: revisão sistemática qualitativa [tese]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Brasília; 2021. 116 p.
- Formiga CK, Silva LP, Linhares MB. Identificação de fatores de risco em bebês participantes de um programa de Follow-up. *Rev CEFAC.* 2018;20(3):333-41.
- Krauser IM, Dall'Agnoli CM, Gelbcke FL, Lorenzini E, Ferraz L. A construção de protocolos assistenciais no trabalho em enfermagem. *Rev Min Enferm.* 2018;22:e-1087.
- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Guia para construção de protocolos assistenciais de Enfermagem. São Paulo (SP): COREN-SP; 2015. [citado 2022 Mai 16]. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>
- Castro AC, Duarte ED, Diniz IA. Intervenção do enfermeiro às crianças atendidas no ambulatório de seguimento do recém-nascido de risco. *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2017;7:e1159.
- Sousa FG, Alves DC, Rafael EV, Rolim KM, Costa LG, Santos MH. Seguimento do recém-nascido pré-termo egresso da unidade de terapia intensiva neonatal. In: Gaíva MA, Rodrigues EC, Toso BR, Mandetta MA (org.). *Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família*. São Paulo (SP): Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras; 2021. 331 p. [citado 2022 Mai 21]. Disponível em: <https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Livro-cuidado-SOBEP-2.x19092.pdf#page=331>
- Johnston JC, McNeil D, Van der Lee G, MacLeod C, Uyanwune Y, Hill K. Piloting Centering Parenting in two Alberta public health well-child clinics. *Public Health Nurs.* 2017;34(3):229-37.
- Aires LC, Santos EK, Bruggemann OM, Backes MT, Costa R. Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária TT. *Esc Anna Nery.* 2017;21(2):e20170028.