

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE FOZ DO
IGUAÇU**

CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE - CELS

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE
FRONTEIRA – MESTRADO**

Geisyelli Alderete

**Qualidade do seguimento da saúde da criança prematura em serviços de atenção
primária de municípios da faixa de fronteira do Paraná**

FOZ DO IGUAÇU

2025

GEISYELLI ALDERETE

**Qualidade do seguimento da saúde da criança prematura em serviços de atenção
primária de municípios da faixa de fronteira do Paraná**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira - Mestrado, do Centro de Educação Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Rosane Meire Munhak da Silva

FOZ DO IGUAÇU

2025

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Alderete, Geisyelli

. Qualidade do seguimento da saúde da criança prematura em serviços de atenção primária de municípios da faixa de fronteira do Paraná / Geisyelli Alderete; orientadora Rosane Meire Munhak da Silva. -- Foz do Iguaçu, 2025.

144 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Foz do Iguaçu) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2025.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Recém-Nascido Prematuro. 3. Continuidade da Assistência ao Paciente. 4. Qualidade da Assistência à Saúde. I. Meire Munhak da Silva, Rosane , orient. II. Título.

ALDERETE, G. Qualidade do seguimento da saúde da criança prematura em serviços de atenção primária de municípios da faixa de fronteira do Paraná. 2025. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2025.

Aprovada em: 07/03/2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dra. Rosane Meire Munhak da Silva

Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste

Prof. Dr. Marcos Augusto Moraes Arcoverde

Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste

Prof.^a. Dra. Débora Falleiros de Mello

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, minha base inabalável, fonte de força nos momentos de fraqueza e de sabedoria nos instantes de incerteza, fortalecendo meu coração ao longo desta caminhada.

Aos meus familiares, que sempre acreditaram em mim, e, em especial, aos meus pais, Emiliano e Luzia, por me guiarem com princípios, coragem, fé e amor. Seu apoio incondicional foi essencial para que eu chegasse até aqui.

Aos amigos que estiveram ao meu lado nesta fase tão significativa, celebrando as conquistas e me apoiando nos desafios da vida.

Aos queridos colegas da turma que a universidade me presenteou, tornando a jornada mais leve, repleta de aprendizado e bons momentos.

Aos professores e funcionários do programa de Pós-Graduação, cujo compromisso em instruir e apoiar fez toda a diferença para superar os desafios dessa trajetória.

A todos os participantes desta pesquisa, sem os quais este trabalho não seria possível.

E em especial, minha querida orientadora Profa. Dra. Rosane Meire Munhak da Silva, por sua dedicação e zelo, por confiar em mim para desenvolver esta pesquisa tão importante, por compartilhar seus conhecimentos com paciência e generosidade e por tornar essa jornada não apenas possível, mas também, mais leve e enriquecedora.

Por fim, a todos que, de alguma forma, contribuíram para a minha formação, deixo aqui minha mais sincera gratidão.

"Seja a mudança que você quer ver no mundo"

Mahatma Gandhi

RESUMO

ALDERETE, G. **Qualidade do seguimento da saúde da criança prematura em serviços de atenção primária de municípios da faixa de fronteira do Paraná.** 2025. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2025.

Introdução: a prematuridade é um grande problema de saúde pública a nível global, por representar a principal causa de morte em crianças menores de cinco anos, relacionada à baixa qualidade no seguimento pré-natal, ao nascimento e a continuidade dos cuidados à saúde. A qualidade do cuidado depende de uma diversidade de fatores, que incluem a prática profissional, a organização da atenção nos diferentes níveis e a participação ativa da família. **Objetivo:** analisar a qualidade do seguimento na Atenção Primária à Saúde da criança que nasceu prematura em região de faixa de fronteira Oeste do Estado do Paraná, na perspectiva de enfermeiros. **Métodos:** estudo quantitativo, analítico e exploratório, realizado nos serviços de atenção primária de municípios da faixa de fronteira Oeste do Paraná. A população do estudo foram 264 enfermeiros de 71 municípios do Paraná. A coleta de dados foi realizada de forma presencial e remota pela ferramenta *Google Forms*®, utilizando o guia denominado “Qualiprematuro”, organizado em cinco domínios: Planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidados; Seguimento domiciliar em visita e teleatendimento; Seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravos; Integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado; e Apoio e suporte familiar para o cuidado. Análise dos dados realizada no *software* Jamovi 2.3.28 e teste de associação qui-quadrado ajustado (X^2). **Resultados:** a alta hospitalar foi avaliada como inadequada (61,7%); o seguimento domiciliar e teleatendimento (49,2%), acompanhamento da saúde infantil (58,0%) e integração interserviços (60,2%) foram avaliados como regulares; e o apoio familiar bom (56,7%). Fragilidades foram identificadas no retorno ambulatorial, visitas domiciliares, protocolos, capacitações, teleatendimento, filas de espera, avaliações comportamentais e psicomotoras, integração comunitária, educação em saúde, orientação parental, contrarreferência, articulação entre setores e falta de apoio psicológico aos pais. Como aspecto que potencializa o seguimento da criança prematura na atenção primária, destacou-se atendimento em tempo oportuno, acesso assistencial, farmácia popular, transporte sanitário e complementação nutricional. Diferenças entre as regionais de saúde, porte de município e características urbanas/rurais evidenciaram desigualdades, com relevância estatística ($p < 0,05$). **Conclusão:** ações estratégicas como ampliação do suporte intersetorial, criação de diretrizes específicas para o seguimento do prematuro, a implementação de iniciativas de educação permanente para profissionais, cuidados de enfermagem e políticas públicas que considerem as singularidades de municípios da faixa de fronteira, podem fortalecer a atenção primária como eixo central do cuidado. Espera-se que este estudo contribua para o desenvolvimento de novas pesquisas e intervenções que favoreçam a efetividade do cuidado à criança prematura, garantindo não apenas a sua sobrevivência, mas a melhoria da sua qualidade de vida e desenvolvimento.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Recém-Nascido Prematuro; Continuidade da Assistência ao Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Saúde na Fronteira.

ABSTRACT

ALDERETE, G. **Quality of Follow-up Care for Premature Infants in Primary Health Services in Border Municipalities of Paraná State.** 2025. Dissertation (Master's in Public Health in Border Region) – Center for Education, Languages, and Health, State University of Western Paraná, Foz do Iguaçu, 2025.

Introduction: prematurity is a major global public health issue, as it represents the leading cause of death among children under five years of age. It is closely linked to poor-quality care during the prenatal period, at birth, and throughout ongoing health monitoring. The quality of care depends on a range of factors, including professional practice, the organization of healthcare across different levels, and the active involvement of the family. **Objective:** to analyze the quality of follow-up care in Primary Health Care (PHC) for premature infants in the western border region of Paraná State, from the perspective of nurses. **Methods:** a quantitative, analytical, and exploratory study conducted in primary health services in municipalities located along the western border of Paraná. The study population comprised 264 nurses from 71 municipalities. Data were collected both in person and remotely using the Google Forms® platform, based on the “Qualiprematuro” guide, structured into five domains: hospital discharge planning and care plan organization; home visits and telehealth follow-up; child health monitoring to promote health and prevent complications; integration among health, education, and specialized services; and family support for caregiving. Data were analyzed using Jamovi software version 2.3.28 and adjusted chi-square tests (X^2). **Results:** hospital discharge was rated as inadequate (61.7%); home follow-up and telehealth (49.2%), child health monitoring (58.0%), and inter-service integration (60.2%) were considered fair; while family support was rated as good (56.7%). Weaknesses were identified in outpatient return, home visits, protocols, staff training, telehealth, waiting lists, behavioral and psychomotor assessments, community integration, health education, parental guidance, counter-referral, intersectoral coordination, and lack of psychological support for parents. Positive aspects included timely care, access to services, the Popular Pharmacy Program, medical transportation, and nutritional supplementation. Differences across health regions, municipality size, and urban/rural characteristics revealed statistically significant disparities ($p < 0.05$). **Conclusion:** strategic actions such as strengthening intersectoral support, developing specific guidelines for premature infant follow-up, implementing continuing education initiatives for professionals, improving nursing care, and designing public policies tailored to the unique conditions of border municipalities could enhance the role of primary care as the cornerstone of follow-up. This study aims to contribute to future research and interventions that support the effectiveness of care for premature infants, ensuring not only their survival but also improvements in quality of life and developmental outcomes.

Keywords: Primary Health Care; Premature Infant; Continuity of Patient Care; Quality of Health Care; Border Health.

RESUMEN

ALDERETE, G. **Calidad del seguimiento sanitario de los niños prematuros en los servicios de atención primaria de los municipios de la frontera del Paraná.** 2025. Disertación (Maestría en Salud Pública en Región de Frontera) - Centro de Educación, Letras y Salud, Universidad Estatal del Oeste de Paraná, Foz do Iguacu, 2025.

Introducción: la prematuridad es un importante problema de salud pública a nivel mundial, ya que es la principal causa de muerte en niños menores de cinco años, relacionada con una mala calidad de la atención prenatal, del parto y de la continuidad de la asistencia sanitaria. La calidad de la atención depende de diversos factores, como la práctica profesional, la organización de la atención a diferentes niveles y la participación activa de la familia. **Objetivo:** analizar la calidad del seguimiento en la atención primaria a los niños nacidos prematuramente en la región fronteriza oeste del estado de Paraná, desde la perspectiva de las enfermeras. **Método:** estudio cuantitativo, analítico y exploratorio, realizado en los servicios de atención primaria de municipios de la frontera oeste de Paraná. La población de estudio estuvo constituida por 264 enfermeros de 71 municipios de Paraná. Los datos fueron recolectados de forma presencial y remota, a través de la herramienta Google Forms®, utilizando una guía denominada “Qualiprematuro”, organizada en cinco dominios: planificación del alta hospitalaria y organización del plan de cuidados; visitas domiciliarias de seguimiento y teleasistencia; seguimiento de la salud infantil para promover la salud y prevenir la enfermedad; integración entre servicios de salud, educación y seguimiento especializado; y apoyo familiar a los cuidados. Análisis de datos con el programa Jamovi 2.3.28 y prueba de asociación chi-cuadrado ajustado (X^2). **Resultados:** el dominio sobre el alta hospitalaria se valoró como inadecuado (61,7 %); el seguimiento domiciliario y la teleasistencia (49,2 %), el control de la salud infantil (58,0 %) y la integración entre servicios (60,2 %) se valoraron como regulares; y el apoyo familiar como bueno (56,7 %). Se identificaron debilidades en la retroalimentación ambulatoria, las visitas domiciliarias, los protocolos, la formación, la teleasistencia, las colas, las evaluaciones conductuales y psicomotoras, la integración comunitaria, la educación sanitaria, la orientación a los padres, las contrarreferencias, la coordinación entre sectores y la falta de apoyo psicológico a los padres. Como aspectos que mejoran el seguimiento de los niños prematuros en atención primaria, destacaron la atención oportuna, el acceso a la atención, la farmacia popular, el transporte público y la suplementación nutricional. Las diferencias entre regiones sanitarias, tamaño del municipio y características urbanas/rurales mostraron desigualdades con significación estadística ($p < 0,05$). **Conclusión:** acciones estratégicas como el aumento del apoyo intersectorial, la creación de directrices específicas para el seguimiento de los bebés prematuros, la implementación de iniciativas de educación permanente para los profesionales, cuidados de enfermería y políticas públicas que tengan en cuenta las singularidades de los municipios fronterizos pueden fortalecer la atención primaria como eje central de la atención. Se espera que este estudio contribuya al desarrollo de nuevas investigaciones e intervenciones que favorezcan la atención eficaz de los prematuros, garantizando no sólo su supervivencia, sino también mejorando su calidad de vida y desarrollo.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Recién Nacido Prematuro; Continuidad de la Atención al Paciente; Calidad de la Atención de Salud; Salud Fronteriza.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária à Saúde
CENNI	Centro de Nutrição Infantil
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DBP	Displasia Broncopulmonar
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ECN	Enterocolite Necrotizante
ESF	Estratégia Saúde da Família
IG	Idade Gestacional
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
MC	Método Canguru
MI	Mortalidade Infantil
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PC	Paralisia Cerebral
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNI	Programa Nacional de Imunização
PSF	Programa Saúde da Família
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
QI	Quociente de Inteligência
RN	Recém-Nascidos
ROP	Retinopatia da Prematuridade
SDR	Síndrome do Desconforto Respiratório
SNC	Sistema Nervoso Central
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN	Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa com destaque para Municípios de Faixa de Fronteira internacional Paranaense. Paraná, Brasil, 2015.....	40
Quadro 1	Distribuição das regionais de saúde do Paraná pertencentes a faixa de fronteira, quantidade de municípios de cada regional e quantidade pertencente a faixa de fronteira, com suas respectivas unidades de APS. Paraná, Brasil, 2025.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos escores do Qualiprematuro segundo os cinco Domínios de avaliação em municípios da faixa de fronteira Oeste do Paraná, Brasil, 2025.....	54
Tabela 2	Avaliação geral dos domínios do Qualiprematuro distribuídos entre as regionais de saúde da faixa de fronteira Oeste do Paraná, Brasil, 2025.....	55
Tabela 3	Avaliação geral dos domínios do Qualiprematuro distribuídos em municípios segundo o seu porte, pertencentes a faixa de fronteira Oeste do Paraná. Brasil, 2025.....	57
Tabela 4	Avaliação geral dos domínios do Qualiprematuro distribuídos em municípios da área urbana e rural pertencentes a faixa de fronteira Oeste do Paraná, Brasil, 2025.....	58
Tabela 5	Avaliação geral dos domínios do Qualiprematuro distribuídos segundo o tipo de unidade de saúde, pertencentes a faixa de fronteira Oeste do Paraná, Brasil, 2025.....	59
Tabela 6	Análise do Domínio sobre o planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidados (n=264). Municípios de faixa de fronteira, Paraná, Brasil, 2025.....	83
Tabela 7	Avaliação do Domínio sobre o seguimento domiciliar em visita e teleatendimento (n=264). Municípios de faixa de fronteira, Paraná, Brasil, 2025.....	85
Tabela 8	Avaliação do Domínio sobre o seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravos (n=264). Municípios de faixa de fronteira, Paraná, Brasil, 2025.....	87
Tabela 9	Avaliação do Domínio sobre integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado (n=264). Municípios de faixa de fronteira, Paraná, Brasil, 2025.....	89
Tabela 10	Avaliação do Domínio sobre apoio e suporte familiar para o cuidado (n=264). Municípios de faixa de fronteira, Paraná, Brasil, 2025.....	92

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. JUSTIFICATIVA	19
3. OBJETIVOS.....	21
3.1 Objetivo Geral	21
3.2 Objetivos Específicos.....	21
4. REVISÃO DA LITERATURA	22
4.1 Políticas de atenção à saúde materna e infantil	22
4.2 O recém-nascido prematuro.....	26
4.3 Complicações tardias da prematuridade	29
4.4 Seguimento da saúde do prematuro na atenção primária à saúde	32
5. METODOLOGIA	39
5.1 Tipo de pesquisa	39
5.2 Local de pesquisa.....	39
5.3 Participantes da pesquisa	41
5.4 Instrumento da coleta de dados	42
5.5 Coleta de dados.....	42
5.6 Período de coleta de dados	43
5.7 População e amostra	43
5.8 Análise de dados	44
5.9 Aspectos éticos	44
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
ARTIGO I.....	45
ARTIGO II	76
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	115
APÊNDICE I – Instrumento para Caracterização do Enfermeiro da Atenção Primária a Saúde.....	132
APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	133
ANEXO I – Guia Avaliativo de Coleta de Dados “Qualiprematuro”	135
ANEXO II – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	142

1. INTRODUÇÃO

A prematuridade é considerada um problema de saúde pública em todo o mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 13 milhões de bebês nascem prematuros anualmente, e no Brasil, em 2023, foram registrados 303.450 nascimentos, representando uma taxa de 11,8%, superior à média mundial de 10%. Quase um milhão de óbitos neonatais foram relacionados à prematuridade e, especificamente no Brasil, entre 2007 e 2017, foram contabilizadas 193.482 mortes. Embora a mortalidade tenha apresentado redução, os números ainda refletem um grave impacto social e econômico, sobretudo em países de baixa renda e maior vulnerabilidade (BERNARDINO, 2022; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023; DATASUS, 2023a; DATASUS, 2023b; BRASIL, 2024).

Entre as causas de mortes de crianças com idade inferior a cinco anos, a prematuridade representa a principal, sendo que, a maioria acontece no período neonatal, por causas evitáveis que incluem a baixa qualidade no seguimento pré-natal, no atendimento ao nascimento e no decorrer dos cuidados com sua saúde (WALANI, 2020).

Somada a alta taxa de mortalidade, há grande preocupação das crianças prematuras apresentarem comprometimento no crescimento e neurodesenvolvimento, considerando que o Sistema Nervoso Central (SNC) encontra-se em formação e está sujeito a apresentar condições crônicas e incapacidades físicas, intelectuais e comportamentais (ALCÁNTARA-CANABAL *et al.*, 2020; LÓPEZ-HERNÁNDEZ *et al.*, 2021; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023; JANSON *et al.*, 2024).

Muitos Recém-Nascidos (RN) prematuros são hospitalizados e enfrentam longos períodos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (JANTSCH *et al.*, 2021a; LIMA *et al.*, 2022). Contudo, a hospitalização, essencial para sua sobrevivência, também poderá potencializar a presença de complicações, como os problemas pulmonares, infecções, alterações nos sistemas cardiológico, neurológico e hematológico, os quais podem levar inclusive a sequelas a longo prazo (GOLDSTEIN; MALCOLM, 2019; SOUZA SILVA *et al.*, 2022).

Um estudo realizado em município de tríplice fronteira evidenciou a presença de complicações na condição clínica de bebês prematuros em relação ao tempo prolongado de hospitalização. Essas complicações perpassaram sua permanência na UTIN, certificando que

os desafios à saúde da criança que nasceu prematura podem surgir a curto e a longo prazo (SILVA *et al.*, 2021).

Embora se constate os avanços científicos e tecnológicos no cuidado infantil, os prematuros egressos de unidades hospitalares na transição para o cuidado em domicílio, enfrentam desafios para além da sua sobrevivência. Tendo em vista a complexidade em seus cuidados de saúde, alinhada a um período crítico de adaptação do cotidiano para as necessidades da criança, fica evidente que a efetivação da continuidade do cuidado depende de diversos fatores, que abrangem o preparo da família para a alta do RN, as práticas profissionais, a organização da atenção nos diferentes níveis e a participação ativa da família (FAIRLESS; ULLOA; MCGRATH, 2021; BERNARDINO *et al.*, 2023).

Após a alta hospitalar, os determinantes sociais de saúde também são fatores de risco importantes para o desenvolvimento da criança que nasceu prematura. Condições socioeconômicas podem influenciar a saúde e seu curso de vida. Estudos mostraram que países de baixa renda apresentaram maiores taxas de mortalidade no período pós-natal (WALANI, 2020; RIBEIRO *et al.*, 2023; MATOBA *et al.*, 2024).

Dito isso, é necessário um olhar ampliado para proporcionar a oferta da assistência e garantir o direito à saúde, onde os sistemas de saúde devem abranger os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma integral, universal e com equidade (MACHADO, 2022). Levando em consideração os aspectos que envolvem a saúde do RN, é preciso conhecer as singularidades de cada experiência familiar acerca da continuidade do cuidado prestada à criança, para direcionar o planejamento das ações em saúde e melhorar a assistência ofertada com base na realidade das famílias (BERNARDINO *et al.*, 2022).

Faz-se importante compreender que a criança nascida prematura se encontra em um campo de vulnerabilidades pelo próprio nascimento, somado aos fatores relacionados às dificuldades intrínsecas a cada contexto familiar e cultural. Crianças em situações vulneráveis demandam maior atenção de seus cuidadores e dos profissionais de saúde, para garantir sua proteção e promoção da saúde, com vistas à qualidade do seu crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor (MEDEIROS; FRANZOI; SILVEIRA, 2020).

E por considerar a relevância da meta global proposta nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que trata da redução de mortes evitáveis de RN e crianças menores de cinco anos até 2030, torna-se necessário identificar as lacunas no cuidado a essas crianças, especialmente em regiões de maior vulnerabilidade. Nesse contexto, o seguimento ambulatorial desempenha um papel essencial, ao monitorar potenciais complicações e garantir

intervenções precoces que favoreçam o desenvolvimento saudável e reduzam a Mortalidade Infantil (MI) (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018; PICCO *et al.*, 2022; DAVIS, 2023).

A continuidade do cuidado pós-alta da criança prematuratambém representa um desafio para os gestores e profissionais de saúde, bem como para os seus cuidadores parentais. Na perspectiva dos pais, os problemas relatados incluem a dificuldade no cuidado cotidiano com o RN prematuro, a superproteção, fragilidade no cuidado longitudinal – pela fragmentação da atenção à saúde, somado ao medo, tristeza e incertezas devido a prematuridade (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Já em âmbito profissional, os desafios enfrentados pós-alta hospitalar dizem respeito às deficiências estruturais e organizacionais nos serviços, incluindo a falta de organização de fluxos assistenciais e encaminhamentos especializados, a fragmentação da prestação de cuidados, a coordenação deficiente entre os diferentes níveis de atenção, o suporte insuficiente para bebês e suas famílias e as desigualdades no acesso. Portanto, torna-se relevante a ação conjunta dos serviços de saúde de diferentes níveis e gestores, capacitando profissionais com expertise para atuar em ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a fim de reduzir a morbimortalidade no primeiro ano de vida (SABINO *et al.*, 2021; LITT, *et al.*, 2024).

Nesse contexto de desafios envolvendo o seguimento da saúde do prematuro nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), incluem-se também as fragilidades nas redes de atenção à saúde e nos mecanismos de seguimento das crianças prematuras e egressas de unidades neonatais (TANAKA *et al.*, 2024). Essas fragilidades ocorrem devido à falta de cobertura total de território, necessidade de qualificação e capacitação profissional por meio de educação permanente, não efetivação da visita domiciliar, falta de comunicação entre a atenção primária e a terciária, a (des)organização do serviço, além da condição socioeconômica da família e o apoio social (DINIZ *et al.*, 2019; REICHERT *et al.*, 2021; CARDILLI-DIAS *et al.*, 2023; HUGEN, 2023). Além disso, ainda há a prevalência do modelo biomédico, focado em ações curativas que se destoam do modelo de cuidado que integra a promoção da saúde, a prevenção e a vigilância de agravos (SILVA *et al.*, 2020a).

Esses desafios são mais intensos em regiões de maior vulnerabilidade, comumente presente em regiões de fronteira internacional, cenário da presente pesquisa, visto que as relações intersistemas se apresentam complexas. As vulnerabilidades dessas regiões são proferidas pelo maior movimento populacional devido aos vínculos relacionais, de estudo, de busca por serviços de saúde, somada às dificuldades para o acesso de estrangeiros aos serviços

de saúde, como a falta de documentação, a diversidade de idiomas e os fatores culturais (BERRES; BAGGIO, 2020; SILVA-SOBRINHO *et al.*, 2021; CASACIO *et al.*, 2022).

A mobilidade interpaíses facilitada cria obstáculos que podem interferir inclusive no fluxo de atendimentos, considerando que as famílias (de outros países) de crianças que nasceram prematuras também migram em busca de melhores condições de saúde por não encontrarem essa assistência em seu país de origem, tornando o cuidado moroso e menos efetivo, o que conseqüentemente, pode aumentar as iniquidades e os agravos à saúde (LIMA; TOSO, 2019; SILVA *et al.*, 2021).

A infraestrutura limitada, a escassez de profissionais qualificados, o baixo investimento em saúde e a falta de políticas públicas integradas e eficazes, agravam as vulnerabilidades de crianças prematuras e suas famílias. Além disso, desigualdades em saúde, comuns em regiões de fronteira, impactam na morbimortalidade em comparação a municípios não fronteiriços (SSENGOOBA *et al.*, 2022; ESPÍRITO SANTO; VOKS, 2023; NOVAKOWISKI; BAGGIO; ZILLY, 2023).

Sendo assim, visto que são incipientes as pesquisas em saúde, em região de faixa de fronteira, no que se refere ao seguimento do cuidado do prematuro e sob a hipótese de que o seguimento do cuidado ao prematuro na APS em região de fronteira não é efetivo, esta pesquisa se justifica ao considerar a descontinuidade da atenção após a alta hospitalar, no qual o cuidador encontra dificuldades no acesso a saúde e ao lidar com as necessidades específicas do bebê prematuro (BRAGA; SENA, 2017). Ademais, a presente investigação busca evidenciar a importância da atenção primária no acompanhamento da saúde à criança que nasceu prematura, em tempo oportuno, em conjunto com as famílias e efetiva articulação nas redes de cuidados em saúde (BRASSAROLA; NARARELLI; FONSECA, 2023).

2. JUSTIFICATIVA

Por considerar as necessidades de saúde dos RN prematuros complexas e que demandam maior atenção, devido à grande taxa de morbimortalidade (WALANI, 2020); a alta suscetibilidade de complicações a curto e longo prazos quando comparados com bebês a termo (SPITTLE *et al.*, 2018; SHARMA *et al.*, 2019; SABRI *et al.*, 2022); os cuidados de saúde afetados em domicílio, tendo em vista que pais e cuidadores podem não entender as especificidades da prematuridade e lidar com sentimentos de medos, preocupações e incertezas (DINIZ, *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2019); além das lacunas no seguimento e acompanhamento domiciliar pelos profissionais da APS (REICHERT *et al.*, 2020); os desafios presentes na gestão do seguimento do cuidado de um bebê que nasceu prematuro e permaneceu hospitalizado tornam-se ainda mais intensos (SABINO *et al.*, 2021).

Em adição, a literatura científica descreve que os fatores que contribuem à não adesão ou evasão ao seguimento ambulatorial de crianças egressas de hospitalizações estão relacionados a: não uso de medicamentos contínuos em domicílio; ausência de reanimação do RN ao nascimento; maior Idade Gestacional (IG) ao nascer (DUARTE *et al.*, 2020); deslocamento materno para a casa de familiares em outras regiões para a ajuda no cuidado do bebê, afastando a mãe da atenção primária (REICHERT *et al.*, 2020); condições socioeconômicas como ausência de apoio familiar, trabalho, saúde materna; ambulatório distante da residência; meios de locomoção; e outros, além dos aspectos relacionados a disponibilidade serviço (DINIZ *et al.*, 2019).

As vulnerabilidades dos cuidados exercidos em contexto domiciliar no qual o RN está inserido é um fator agravante à sua saúde, gerando efeitos prejudiciais que poderão ser determinantes para a desorganização de suas características de desenvolvimento.

Portanto, torna-se necessário considerar o cenário vulnerável da faixa de fronteira, onde a população pode experimentar a convivência com doenças que geram risco à saúde pública; atividades ilegais; e tráfico internacional, somado ao déficit de políticas públicas na área da saúde, educação, segurança, moradia e trabalho. Esses fatores destacam uma cultura brasileira que não investe em fronteiras (BRASIL, 2023).

Além disso, em Foz do Iguaçu, município de fronteira trinacional, cerca de 80% da população do município depende exclusivamente dos serviços públicos de saúde (GOMES *et al.*, 2023), evidenciando um ambiente desafiador, exacerbando a vulnerabilidade da região. Como resultado, observa-se uma redução na qualidade e na disponibilidade dos serviços

públicos de saúde, que pode agravar ainda mais as condições de vida, principalmente de populações vulnerabilizadas.

Um estudo realizado em Foz do Iguaçu-PR identificou a (des)continuidade do cuidado ao RN prematuro em região de fronteira. O referido estudo envolveu cuidadores principais e profissionais de saúde do Centro de Nutrição Infantil (CENNI), uma organização não governamental que presta atendimento de saúde a RN prematuros, brasileiros ou estrangeiros. De acordo com os dados, não existe um serviço de referência especializado para o seguimento do cuidado, em período integral, tornado o CENNI o responsável, exclusivamente, por esses atendimentos (BERRES; BAGGIO, 2020).

As condições que comprometem a continuidade do cuidado ao RN prematuro após a alta hospitalar foram identificadas pela inexistência de protocolos ou fluxos específicos definidos; insuficiência de especialistas para o acompanhamento de RN prematuro; acesso comprometido aos serviços, particularmente aos exames laboratoriais e de imagem; estrutura física precária dos serviços (BERRES; BAGGIO, 2020). Outro estudo, neste mesmo cenário, destacou a carência de profissionais de saúde (médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, entre outros) e serviços especializados, confirmando a existência de obstáculos a serem superados para o seguimento cuidado da criança em região de fronteira (PICCO *et al.*, 2022).

Diante da relevância da continuidade do cuidado à criança que nasceu prematura e sua família destaca-se a necessidade de analisar como estão sendo ofertados os seus atendimentos em saúde, em cenário de maior vulnerabilidade, em municípios da faixa de fronteira.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

A presente pesquisa teve como objetivo geral analisar a qualidade do seguimento na Atenção Primária à Saúde da criança que nasceu prematura em região de faixa de fronteira Oeste do Estado do Paraná, na perspectiva de enfermeiros.

3.2 Objetivos Específicos

- Comparar as ações relacionadas ao seguimento da saúde da criança que nasceu prematura na atenção primária de municípios de pequeno, médio e grande porte; entre as regionais de saúde; entre as áreas rurais e urbanas; e entre os tipos de unidades de saúde da faixa de fronteira Oeste do Estado do Paraná;
- Identificar os aspectos do planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidados da criança que nasceu prematura em serviços da atenção primária;
- Investigar o seguimento domiciliar em visita e teleatendimento da criança que nasceu prematura em serviços da atenção primária;
- Analisar o seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravos da criança que nasceu prematura em serviços da atenção primária;
- Identificar a integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado da criança que nasceu prematura em serviços da atenção primária;
- Verificar a existência de apoio e suporte familiar para o cuidado da criança que nasceu prematura em serviços da atenção primária.

4. REVISÃO DA LITERATURA

A presente revisão da literatura aborda o contexto de continuidade do cuidado ambulatorial do RN prematuro, apresentando suas singularidades, o processo saúde-doença, necessidades especiais de atenção e promoção a saúde para seu completo desenvolvimento, além do cenário de vulnerabilidades em saúde da região de fronteira.

A revisão transita pelas políticas públicas que instituem o cuidado à gestante, mãe e criança, uma abordagem mais ampla das condições que permeiam a saúde do RN de alto risco - o prematuro, levando em consideração as possíveis e comuns complicações que geram preocupações, somado às bases teóricas que envolvem o seguimento da criança em serviços de atenção primária.

4.1 Políticas de atenção à saúde materna e infantil

As taxas de MI e indicadores epidemiológicos evidenciam a necessidade de aprimorar os cuidados à saúde da mulher e da criança. Essa temática, vêm se transformando ao longo dos anos, principalmente após a implantação do SUS, por se tratar de um processo de lutas e reivindicações para instituir políticas públicas e programas governamentais para diminuir a morbimortalidade e melhorar a assistência em saúde (LEAL *et al.*, 2018).

Por considerar preocupante a MI, visto a alta taxa, os aspectos de evitabilidade e uma assistência focada apenas em condições agudas e não direcionadas à promoção da saúde e prevenção de agravos, a partir da década de 1970, as políticas públicas na assistência à saúde materno-infantil foram sendo consolidadas. Nessa época, o Ministério da Saúde (MS) criou a Coordenação de Proteção Materno-Infantil, a fim de fornecer propostas de planejamento, orientação, coordenação, controle e fiscalização de ações de proteção à maternidade, infância e adolescência, que posteriormente denominou-se Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI) (BRASIL, 2011).

Em conjunto, ocorreu a implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade entre mães e crianças, focado em ações de orientações, nutrição e assistência durante gestação, parto, puerpério e à criança menor de cinco anos. Mais tarde, em 1983, evoluindo para uma abordagem mais ampla, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) propôs que os serviços estivessem preparados para todos os possíveis problemas e estabeleceu ações básicas para o

atendimento às crianças, quais sejam: promoção do aleitamento materno; controle do crescimento e desenvolvimento; assistência e controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRA) e controle das doenças imunopreveníveis, por meio do Programa Nacional de Imunização (PNI) (MOREIRA, 2004; BRASIL, 2011).

Inclusive, a preocupação epidemiológica foi uma das prioridades, já que o PNI surgiu em 1973, na prevenção primária em saúde por meio de disponibilização de imunobiológicos, que demonstrou os benefícios da vacinação iniciada a partir dos primeiros dias de vida (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARANÁ, 2020).

Um grande marco para a saúde da criança e para fornecer a atenção individualizada, desvinculada à saúde materna, a partir de 1984, foi o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), visando enfrentar as dificuldades nas condições de saúde, com prioridade às crianças pertencentes a grupos de riscos, aumento da cobertura dos serviços de saúde e qualidade da assistência. Partindo de ações específicas foram implantados: incentivo ao aleitamento materno, orientação referente ao desmame e alimentação, controle de doenças, imunização, crescimento e desenvolvimento infantil como prevenção ao óbito (BRASIL, 2018a).

Para assegurar esse direito à vida e à saúde para as crianças, em 1990, foi aprovada a Lei nº 8.069 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), garantindo à criança e ao adolescente os direitos de proteção de integridade física, psicológica, lazer e bem-estar, amparados pela família e pelo Estado (BRASIL, 1990).

Para a efetividade desse cuidado à saúde da mãe e da criança no seguimento ambulatorial, em 1994, surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), baseado na aproximação com a comunidade, para estabelecer comunicação e orientações. Posteriormente, o PSF foi ampliado para a Estratégia Saúde da Família (ESF), buscando transformar um modelo biomédico para um modelo focado na promoção da saúde e na participação dos indivíduos (MENDES, 2012).

No que concerne à assistência hospitalar, com intuito de garantir o direito da criança a uma assistência humanizada, em 1991, foi lançada a iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Trata-se de uma estratégia idealizada com o objetivo de instaurar mudanças nas condutas e rotinas responsáveis pelo desmame precoce hospitalar. Com ações de integração à rede assistencial desde o pré-natal até o acompanhamento no seguimento da criança (LAMOUNIER *et al.*, 2019).

As exigências dessa iniciativa foram redefinidas em 2014, com várias normativas com o objetivo de garantir um atendimento humanizado, tranquilo e acolhedor, inclusive ressaltando a necessidade de alta com contrarreferência para a atenção primária e outros serviços de apoio, entre outras exigências, como a diminuição de partos cirúrgicos (BRASIL, 2014a).

Diante da diversidade regional existente no Brasil e os problemas relacionados às crises sanitárias, às condições econômicas, e à falta de legislações específicas, em 1996, foi adotada a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). A AIDPI surge como estratégia para o seguimento na atenção à saúde da criança paralela à atenção primária, visando a qualidade da assistência a partir de ações focadas em doenças de maior prevalência na infância. Abordagem originada em conjunto com a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que buscou principalmente a redução da MI (PINA *et al.*, 2009; BRASIL, 2011).

A AIDPI foi formulada para auxiliar profissionais da saúde da APS por meio de um manual contendo as ações para melhorar o atendimento à saúde de crianças até cinco anos de idade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2022). Entre essas ações incluem: avaliação de sinais e sintomas, classificação e condutas referente às doenças, avaliação nutricional e de imunização, sistema de contrarreferência, orientações e recomendações aos cuidadores, entre outros, idealizados para oferecer um crescimento e desenvolvimento saudável às crianças (BRASIL, 2017a).

Além do fortalecimento dos programas já citados, as discussões internacionais motivaram a criação de mais programas para melhorar o panorama da MI. Neste interim, instituiu-se o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 2000, que definiu estratégias para a melhoria na atenção obstétrica, garantindo o acesso e a cobertura, às gestantes em todos os períodos, inclusive no período puerperal, tanto na gestação de baixo, como de alto risco, garantindo a integralidade da assistência. Reforçando o estabelecimento de vínculo, melhorias de maternidades e capacitação de profissionais (BRASIL, 2007; COSTA *et al.*, 2010). No entanto, devido a muitos aspectos institucionais, a operacionalização na qualidade da assistência de acordo com o PHPN enfrentou e enfrenta até hoje dificuldades, visto que perpassa aspectos físicos, de recursos materiais, políticas organizacionais, determinantes sociais, capacidade do serviço e outros, evidenciando um desafio para a consolidação do PHPN nos serviços de saúde (SILVA; SILVEIRA; MORAIS, 2017).

Considerando o grande número de partos prematuros e de nascimentos de bebês com baixo peso, que resultam, muitas vezes, em mortes evitáveis, além de pensar nos processos

complexos que abrangem o cuidado integral ao RN e aos indivíduos envolvidos no cuidado, destacou-se a Política Nacional de Atenção Humanizada ao RN de Baixo Peso - Método Canguru (MC) também em 2000. Essa política buscou impactar positivamente a redução da morbimortalidade e apoiar o cuidado neonatal para todas aquelas crianças que, ao nascer, necessitavam de intervenções complexas exigindo a internação hospitalar (BRASIL, 2017b).

O MC é dividido em três etapas, sendo que a primeira tem origem desde o pré-natal, parto, nascimento e continuada dentro das UTIN, focada na ambientação e no acolhimento da família, no estímulo a formação de vínculo por meio do toque e do posicionamento canguru, além de medidas protetoras e de humanização para o RN prematuro. A segunda etapa, envolve o acompanhamento da mãe junto ao bebê, ainda hospitalizados, onde também é estimulado o contato pele a pele na posição canguru, o aleitamento materno até atingir o peso mínimo de 1.250 gramas, além da observação da mãe em relação a rede de apoio, e à capacidade de reconhecer sinais de agravos e de riscos do RN (BRASIL, 2018b; ALVES *et al.*, 2021).

Já a terceira etapa, objeto de estudo da pesquisa, consiste na alta hospitalar da criança, baseada na continuidade dos cuidados em domicílio e na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou seja, o acompanhamento na atenção primária do bebê e da família, até atingir o peso ideal para a faixa etária (BRASIL, 2018b).

Essa estratégia advinda do MS direcionada ao prematuro e RN de baixo peso, foi fundamentada no acolhimento, no respeito às particularidades de cada família, na promoção do contato pele a pele e em estratégias para inserir a família nos cuidados e na continuidade da atenção, associada aos avanços tecnológicos e aos cuidados humanizados (BRASIL, 2017b).

Para reforçar a qualidade e a integralidade da assistência, por meio de políticas sociais e de programas verticais de saúde, essas estratégias continuaram a ser implementadas, a saber: Pacto Nacional Redução Mortalidade Materna e Neonatal (2004); Rede Cegonha – Rede de Atenção Materna e Infantil (2011); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC (2015), todas quais, instituídas para manter o controle de doenças, garantir a universalidade e a equidade, através da redução de desigualdades, do maior acesso e da promoção a saúde (LEAL *et al.*, 2018).

A Rede Cegonha foi reestruturada em 2024 e passou a ser chamada de Rede Alyne, com o objetivo de aprimorar a assistência materno-infantil no Brasil. Nomeada em homenagem a Alyne Pimentel, vítima de falhas no atendimento obstétrico no país, essa iniciativa visa reduzir as desigualdades no acesso à saúde, garantindo acolhimento qualificado, assistência

humanizada e ações voltadas para a redução da morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2024).

Entre seus pilares, a Rede Alyne reforça a necessidade de um cuidado integral à saúde da gestante e do RN, com atenção especial aos prematuros e bebês de baixo peso. A estratégia mantém princípios como o contato pele a pele, a participação ativa da família nos cuidados e a continuidade da atenção, além de incorporar avanços tecnológicos e novas diretrizes baseadas em evidências científicas. Assim, busca consolidar um modelo de assistência perinatal que amplie o acesso e a equidade nos serviços de saúde, contribuindo para a melhoria dos indicadores materno-infantis no país (BRASIL, 2024).

É possível perceber grande avanço na história do Brasil, em programas e políticas em saúde destinadas a nortear o cuidado materno-infantil, a fim de consolidar conhecimentos específicos e fornecer estratégias de atenção à saúde de âmbito social para contribuir com a melhora nas condições de saúde e sobrevivência de crianças brasileiras. O conjunto dessas políticas evidenciaram a redução da MI ao longo dos anos, sendo que em 2021 a mortalidade no país estava em 11,20/1.000 Nascidos Vivos (NV), enquanto em 2000 foi de 29/1.000 NV. No entanto, há um longo caminho a ser traçado para reduzir as iniquidades que influenciam ainda a saúde materno-infantil, reforçando a necessidade de manter e investir em políticas de proteção à vida que são capazes de agir sobre os determinantes sociais da saúde que interferem diretamente na morbimortalidade na primeira infância (MARINHO; FERREIRA, 2021, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022).

Sendo assim, a assistência à saúde da criança ainda se encontra em processo de construção, no qual, muitas ações precisam ser pontuadas, reorganizadas, para que os avanços possam atender às reais necessidades da criança e da família. Para tanto, é relevante fortalecer as políticas públicas, o processo continuado em educação em saúde e buscar implementar de forma integral e prática, as políticas vigentes, para de fato, reduzir os agravos à saúde no período perinatal (ARAÚJO *et al.*, 2014).

4.2 O recém-nascido prematuro

O RN de alto risco refere-se àquele exposto às situações em que há maior risco de prognóstico desfavorável que demanda atenção especial e prioritária. O MS inclui, nesse grupo, crianças que apresentam pelo menos um destes critérios: asfixia grave (Apgar <7 no quinto minuto de vida); baixo nível socioeconômico; história de morte de crianças (<5 anos) na

família; criança explicitamente indesejada; mãe adolescente (<20 anos); mãe com baixa instrução (<8 anos de estudo); baixo peso ao nascer (<2.500g) e com menos de 37 semanas de IG - os RN prematuros (BRASIL, 2014b). O RN prematuro é aquele que nasce antes da mãe completar 37 semanas de gestação (VOGEL, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023).

A nomenclatura “recém-nascido pré-termo” surgiu considerando o fato de o bebê ser maduro fisicamente para a idade e o estágio de desenvolvimento gestacional no qual se encontra (FABRE-GRENET, 1997).

Há uma multicausalidade para a prematuridade, entre elas os aspectos clínicos da gestante e os determinantes sociais: gestações múltiplas; condições crônicas; pré-natal incompleto; idade; condições de trabalho; estilo de vida, como uso de drogas, álcool, tabagismo; agentes infecciosos, como as Infecções Sexualmente Transmissíveis, entre outros. Entretanto, apesar dos avanços, a prematuridade continua elevando as taxas de mortalidade no período neonatal, gerando preocupações globais (CHERMONT *et al.*, 2020; CARVALHO *et al.*, 2021a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

As taxas de prematuridade variam fortemente por região geográfica e nível de renda de um país (WALANI, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022), visto que a natalidade prematura costuma ser mais elevada para aqueles que vivem em situação de pobreza (HESSON; PITTS; LANGEN, 2022). Um estudo realizado no Canadá durante a pandemia da COVID-19 evidenciou que houve um aumento imediato na taxa de nascimento prematuros e natimortos em 20,12% entre os grupos de renda mais baixa (ABOULATTA *et al.*, 2023). Especificamente, o Brasil ocupa a décima posição entre os países com a maior taxa de nascimentos prematuros, com o total de 11,8%, especialmente em mulheres negras (BRASIL, 2023; OLIVEIRA *et al.*, 2024).

Estudos também apontaram que essas taxas são elevadas a depender da educação materna, raça e origem, evidenciando que mulheres negras têm o risco maior de ocorrência de parto prematuro, quando comparada com mulheres brancas, fato evidenciado tanto no Brasil, quanto internacionalmente (FERNANDES *et al.*, 2022; KONDRACKI *et al.*, 2022; PEARLMAN; ROBINSON, 2022; WEISS *et al.*, 2023). Desse modo, mostra-se evidente a realidade de uma desigualdade socioeconômica étnico-racial e a visibilidade na existência de dificuldades no acesso aos serviços de saúde a esse grupo populacional, revelando a necessidade de agir em prol dos determinantes em saúde que moldam os resultados a longo prazo (OLIVEIRA *et al.*, 2018; BECK *et al.*, 2020).

Essas dificuldades se acentuam em regiões fronteiriças, que somada às desigualdades socioeconômicas, encontram-se as particularidades dentre as demais regiões, principalmente no que diz respeito a superlotação no sistema público de saúde de estrangeiros que buscam inclusão social e garantia de direitos básicos em saúde (ALBUQUERQUE, 2012; HORTELAN *et al.*, 2019).

Somada a essas vulnerabilidades, a fragilidade do prematuro frequentemente exige a hospitalização após o nascer, visto que suas necessidades são específicas para sua sobrevivência (KLOSSOSWSKI *et al.*, 2016). As complicações agudas mais comuns identificadas em bebês prematuros incluem a asfixia, hipoglicemia, hipotermia, hiperbilirrubina, morbidades respiratórias e infecções (SHARMA *et al.*, 2019). Corroborando com um estudo de fronteira, que evidencia a ascendência dessas hospitalizações, sendo principalmente por problemas pulmonares (SOUZA SILVA *et al.*, 2022).

Ao considerar que o desenvolvimento do RN prematuro não está completamente concluído em razão ao nascimento precoce, suas respostas ao meio extrauterino são limitadas em relação aos bebês nascidos a termo (RAJU, 2013). Importante destacar que essas complicações podem transcender o período da hospitalização, evidenciando a necessidade de esforços para superar o desfecho desfavorável, não apenas as condições imediatas, mas no enfrentamento de desafios, visto a possibilidade de sequelas que podem aparecer a longo prazo (SILVA *et al.*, 2020).

A presença de complicações futuras gera preocupações que permeiam as dimensões organizacionais, sistêmicas e societária, que se organizam a partir de formalidades em ações estratégicas de cuidado através de profissionais, autoridades e gestores em saúde. Para isso, é preciso a interação entre os sistemas de saúde, trocas de conhecimento entre os setores de referência e contrarreferência, transição no cuidado, políticas sociais de saúde, comissões em saúde e outros, que visam garantir continuidade no cuidado, minimizando o impacto negativo frente a situações vulneráveis que essas crianças que nasceram prematuras e suas famílias apresentam (METELSKI *et al.*, 2020).

Com o exposto, ressalta-se os atuais desafios na gestão do SUS e sua organização para o planejamento da rede de serviços responsáveis pela atenção materno-infantil, para que esteja estreitamente ligada à inserção social dos usuários dos serviços de saúde (VÍCTORA *et al.*, 2000). É preciso caminhar para uma gestão qualificada no seguimento dos prematuros, de modo oportuno na organização das ações da atenção primária, principalmente na primeira

infância, para assim, reduzir o impacto nos índices de mortalidade, nas re-hospitalizações e nas situações vulneráveis (SOUZA SILVA *et al.*, 2022).

4.3 Complicações tardias da prematuridade

O prematuro desde o nascimento está exposto a riscos de morbidades, havendo uma linha tênue em seu processo de saúde e doença. Desse modo, o seu cuidado deve envolver os aspectos relacionados ao bem-estar e aos aspectos pertinentes à enfermidade, visto que suas necessidades estão atreladas ao período em que está saudável e a possibilidade de desenvolver agravos à saúde (LIMA; MAZZA, 2019).

Levando em consideração a sua saída precoce do meio intrauterino e as inúmeras complicações decorrentes da própria imaturidade, o bebê prematuro ainda está sujeito aos agravos decorrentes de sua permanência na UTIN, por precisarem de cuidados especializados e serem submetidos a procedimentos e manipulações que, muitas vezes, aumentam seu risco em adoecer e morrer (QUARESMA *et al.*, 2017).

Dentre as complicações comuns durante a hospitalização dos prematuros, há as decorrentes da IG, como a Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), hemorragia intraventricular, Displasia Broncopulmonar (DBP), Enterocolite Necrotizante (ECN) e outras, que podem estar relacionadas aos procedimentos e manejos necessários à sua sobrevivência (JABERI; ROKSANA, 2018).

Em relação às complicações referentes a IG, é razoável considerar que a experiência extrauterina precoce pode interferir na progressão normal da maturação cerebral. O prematuro apresenta uma redução geral do tamanho e volume do cérebro em várias regiões e essas diferenças no volume cerebral podem resultar em inúmeros problemas, tais como: sepse, DBP, hemorragia intraventricular, exposição a esteroides, oxigenoterapia e sedação (REAM; LEHWALD, 2018). Além disso, a diferença no tamanho cerebral total e no tamanho de várias regiões do cérebro persistem na adolescência e na idade adulta, podendo influenciar até no Quociente de Inteligência (QI) (BJULAND *et al.*, 2014).

Ainda sobre as condições relacionadas a IG, sabe-se que a exposição extrauterina precoce leva a deficiências nutricionais que resultam em consequências adversas duradouras no neurodesenvolvimento (KEUNEN *et al.*, 2015.) Dito isso, uma das ações estratégicas neuroprotetoras para o prematuro inclui a suplementação lactoferrina desde o dia do

nascimento, evidenciando que a maior ingestão de nutrientes no período pós-natal está relacionada com melhores resultados no neurodesenvolvimento (HORTENSIUS, 2019).

Os prematuros possuem maior risco para Paralisia Cerebral (PC) em comparação aos nascidos a termo (SPITTLE *et al.*, 2018). A PC refere-se a um grupo heterogêneo de condições que causam uma disfunção motora central, no qual afeta o tônus, postura e movimentos (PEREIRA, 2018). As diretrizes recomendam que o diagnóstico de PC ou de alto risco de PC pode ser realizado nos primeiros seis meses de vida (NOVAK *et al.*, 2017). Sendo assim, evidencia a importância do acompanhamento do prematuro para garantir um diagnóstico precoce, encaminhamento oportuno para serviços de intervenção precoce e apoio aos pais, para reduzir as comorbidades e potencializar a qualidade de vida (SPITTLE *et al.*, 2018).

Durante o terceiro trimestre de gravidez, o cerebelo exibe um rápido aumento no crescimento e desenvolvimento, fazendo parte de um processo essencial para a integridade estrutural e funcional do mesmo (VOLPE, 2009). Estrutura no qual está envolvida em condições não motoras como a cognição, aprendizado e comportamento (STOODLEY; LIMPEROPOULOS, 2016). Nessa fase tão vulnerável, o parto prematuro pode levar a morbidades associadas a encefalopatia da prematuridade, com repercussões na idade escolar e adolescência (PIETERMAN *et al.*, 2018).

A “Encefalopatia da Prematuridade” inclui diferentes patologias devido a lesões no cérebro, normalmente associadas a hipóxias cerebrais e inflamações sistêmicas (TILBORG *et al.*, 2016). Os bebês prematuros são os mais vulneráveis e os eventos adversos após o nascimento são agravados devido as intervenções clínicas necessárias para a sua sobrevivência, que em contrapartida, contribuem para o desenvolvimento perturbado do cérebro a longo prazo (OPHELDERS *et al.*, 2020).

Considerando as especificidades do bebê, grande parte (92%) não consegue manter níveis adequados de oxigênio e requer suporte respiratório, como a ventilação mecânica (SWEET *et al.*, 2019). Porém, esse procedimento invasivo está inteiramente ligado a riscos aumentados de lesão cerebral e, conseqüentemente, resultados adversos no neurodesenvolvimento (POLGLASE *et al.*, 2012).

Essas terapias às quais estão expostos podem influenciar também na presença da Retinopatia da Prematuridade (ROP), causa significativa de cegueira potencialmente evitável em prematuros de todo o mundo (BLENCOWE *et al.*, 2013). A ROP é uma doença de vascularização anormal da retina que pode levar ao seu descolamento e deficiência visual grave, além de glaucoma, estrabismo, miopia e ambliopia (SABRI *et al.*, 2022). Assim, evidencia uma

condição que impacta na qualidade da vida a longo prazo, tornando extremamente relevante o cuidado hospitalar, com protocolos clínicos bem estabelecidos e acompanhamento ambulatorial oportuno, para assim, identificar e minimizar as consequências o mais precocemente possível (PASTRO *et al.*, 2021).

A hospitalização por tempo maior que cinco dias pode ser considerada fator de risco para deficiência ou perda auditiva, incluindo a utilização de ventilação mecânica e uso de substâncias ototóxicas, como alguns medicamentos (FAISTAUER *et al.*, 2021; GARDONI *et al.*, 2021). O risco é decorrente ao ambiente ruidoso e sons de alta frequência, altos e arrítmicos da UTIN que podem alterar o desenvolvimento das vias auditivas. Os ruídos prejudicam a saúde do RN, aumentando sua frequência cardíaca, pressão arterial que logo diminui a frequência respiratória e saturação de oxigênio. Além disso, interfere no sono, já que provoca choro e aumenta a pressão intracraniana (WACHMAN, 2011). Os bebês prematuros estão em risco, o que torna a triagem auditiva de acompanhamento imprescindível, mesmo que inicialmente tenha sido normal (REAM; LEHWALD, 2018).

O bebê prematuro também poderá estar suscetível ao risco de possuir Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (SUCKSDORFF *et al.*, 2015); Transtorno do Espectro Autista (TEA) (CRUMP; SUNDQUIST; SUNDQUIST, 2021); atraso no desenvolvimento da expressão verbal e linguagem (BUHLER *et al.*, 2009; IONIO *et al.*, 2016; CHEONG *et al.*, 2017); transtornos sociais e psiquiátricos (JOHNSON *et al.*, 2011; ARPI *et al.*, 2013) e outras complicações associadas (REAM; LEHWALD, 2018). Inclusive estudos que apontaram riscos para doenças crônicas não transmissíveis como as doenças coronarianas, hipertensão arterial, doença metabólica e doença renal crônica (HARRIS *et al.*, 2011; STEEN *et al.*, 2015; BOGUSZEWSKI *et al.*, 2017).

Importante apontar que as complicações da prematuridade se referem a maior causa da mortalidade neonatal. Com o seguimento adequado de sua saúde, a sobrevivência de prematuros pode ser melhorada, visto a relevância em reduzir o risco de deficiências permanentes e má qualidade de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Sendo assim, nota-se a necessidade de maiores avaliações do estado de saúde do prematuro, com seguimento ambulatorial especializado para detectar e intervir precocemente frente aos possíveis problemas, com atenção especial no acompanhamento do crescimento, nutrição, imunização, funções visuais, auditivas, neuromotoras e cuidado domiciliar (TORCHIN; ANCEL, 2016; HALIMI ASL; SAFARI; HAMRAH, 2017). Nesse contexto, práticas colaborativas voltadas à prevenção em saúde e identificação precoce de condições

latentes, tornam-se fundamentais para reduzir ou interromper o aparecimento de complicações (SILVA *et al.*, 2020).

4.4 Seguimento da saúde do prematuro na atenção primária à saúde

O conceito de APS surgiu em 1920, como foco central do processo de regionalização do Reino Unido (MAESENEER *et al.*, 2008). No Brasil, a APS é protagonista na coordenação do cuidado e na ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). De acordo com a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, em anexo (2010, p. 1) RAS é definida como: “*Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado*”. Portanto, trata-se de uma estratégia do SUS para articular os serviços de saúde de forma integrada e coordenada, para garantir acesso, continuidade e integralidade, sendo a APS a mediadora de toda a rede de cuidados (BRASIL, 2010).

A APS implica no contato inicial dos indivíduos aos serviços de saúde, devendo estar o mais próximo possível do local onde vivem, por constituir-se no primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (STARFIELD, 2002).

No Brasil, desde a implementação do SUS, que segue os princípios de universalidade, integralidade e equidade, estabelecidos pela Constituição Federal de 1988, nota-se avanços em direção à maior cobertura em saúde em todos os níveis de atenção, buscando proporcionar redução das desigualdades de acesso (BRASIL, 1988; BARRETO *et al.*, 2014). Posteriormente, em 1994, a PSF foi ampliada para a ESF, este nível de atenção objetivou melhorar o desempenho e as condições de saúde, no qual potencializou os sistemas de informação, reduziu índices de mortalidade, hospitalizações e inequidades sociais (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018; MOREIRA *et al.*, 2020).

Com isso, a APS se desenvolveu não só como porta de entrada, mas como protagonista do seguimento do cuidado, por meio da descentralização da atenção, de ações para a saúde individual e coletiva, que envolvem prevenção, promoção à saúde, vigilância em saúde, tratamento precoce para as condições mais prevalentes (BRASIL, 2012). Considerando que a APS é a organizadora do sistema de atenção à saúde, é necessário seguir seus atributos essenciais, divididos em: primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação (STARFIELD, 2002).

A efetividade do primeiro contato com o indivíduo pode repercutir em melhores índices de expectativa de vida, nível de saúde, melhor desempenho nas esferas de prevenção e promoção a saúde, além de reduzir iniquidades e hospitalizações, principalmente em grupos vulneráveis, portanto, é necessário um olhar mais atento a esse atributo essencial (GULLIFORD, 2017; TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018). No entanto, a ESF ainda apresenta um primeiro contato frágil, visto que há barreiras a serem superadas, como: redução de horários e profissionais; extenso tempo de espera na unidade; burocracia para marcar consultas, horários de funcionamento das unidades pouco flexíveis, entre outros (BISPO *et al.*, 2020).

Para que essas barreiras sejam superadas, é preciso pensar em estratégias de ação como reduzir a população vinculada a cada ESF, fixar os profissionais nas unidades, priorizar áreas e grupos em vulnerabilidade social, facilitar o acesso, ampliar horário de funcionamento, diversificar a forma de comunicação com as equipes, fortalecer o papel da enfermagem, viabilizar sistemas de informações e oferecer qualificação aos profissionais de saúde (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

A longitudinalidade do cuidado implica em garantir a atenção ao longo do tempo, que pode ser construída por meio de laços interpessoais com os indivíduos, permitindo um melhor reconhecimento dos problemas (STARFIELD, 2002). De acordo com Seidel (2022), evidencia-se que o vínculo entre profissionais de saúde e familiares, é uma ferramenta para potencializar a oferta do cuidado. Contudo, a alta rotatividade dos profissionais fragiliza essa relação e, conseqüentemente, prejudica a qualidade do serviço (VIEIRA *et al.*, 2021).

Atualmente 63% de toda a população brasileira recebe cuidados de saúde exclusivamente do sistema público por meio da ESF, enquanto os que utilizam de cobertura privada, muitas vezes, não possuem a mesma longitudinalidade do cuidado. A cobertura universal de saúde está incluída entre a ODS da meta global até 2030. Entretanto, apesar dos avanços, essa expansão na cobertura em saúde ainda possui lacunas visto a escassez de profissionais, porte populacional, recursos financeiros, distâncias percorridas pelas famílias, planos privados, entre outros (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2018; ANDRADE *et al.*, 2018a; ANDRADE *et al.*, 2018b).

Não há como desvincular a longitudinalidade da integralidade, pois a atenção contínua pelos serviços de saúde, é acompanhada de maior demanda de assistência para um cuidado efetivo. A integralidade se caracteriza por um conjunto de ações de forma continuada que atenda todas as necessidades sob vários aspectos de saúde do indivíduo (STARFIELD, 2002).

Embora esse atributo seja essencial para a resolutividade do cuidado, ainda há muito o que avançar para o cuidado integral, tendo em vista que a integralidade nos serviços ainda é observada de forma insatisfatória (SIGNOR *et al.*, 2022). Estudos apontaram para uma frequente insatisfação dos usuários quanto à baixa oferta de atendimentos, suporte especializado, medicações de uso contínuo, orientações, acompanhamento domiciliar e apoio às famílias, todos os quais precisam ser incluídos para a integralidade do cuidado (ALMEIDA *et al.*, 2017; LIMA *et al.*, 2018; MOREIRA *et al.*, 2020; VIEIRA *et al.*, 2021).

Para que todos os três atributos funcionem de forma oportuna e efetiva, é necessário a coordenação no cuidado, que trata da articulação de ações em saúde voltada ao alcance de um objetivo comum, que possibilita intervenções experienciadas pelo usuário de forma contínua, a partir do reconhecimento de suas necessidades (STARFIELD, 2002; ALMEIDA *et al.*, 2010).

Para manter adequadamente o funcionamento da APS no país, a ESF se apresenta como modelo mais apropriado, para isso, é fundamental que os gestores adotem uma postura crítica e comprometida, de modo a garantir sua constante qualificação e aprimoramento. De acordo com Tasca *et al.* (2020) algumas recomendações são necessárias para fortalecer a APS no âmbito do SUS, a saber: ampliação do acesso; formação de profissionais para atuação multidisciplinar; alocação de tecnologias; aprimoramento de coordenação, estrutura e financiamento; recursos humanos; produção e divulgação de conhecimento; e incentivo a APS como papel mediador frente aos determinantes sociais.

Sabendo da importância do primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação para o atendimento de todos os indivíduos, a formação em saúde precisa estar voltada para tais atributos, para o efetivo cuidado. O reconhecimento por parte dos profissionais a respeito do território e das famílias que lidam, para proporcionar o cuidado longitudinal, acolhimento, escuta qualificada, reconhecendo o histórico de saúde e condições de vida, possibilitará assegurar a qualidade na assistência (CRISTIANE *et al.*, 2021).

Com respeito ao atendimento da criança que nasceu prematura nos serviços de APS, evidencia-se que o primeiro contato aos serviços de saúde ainda é frágil ou até mesmo inexistente (JANTSCH *et al.*, 2021b). Identifica-se fragilidade da APS no reconhecimento das demandas de saúde dessa criança, considerando que suas ações acontecem de forma reativa, ambulatorial, fragmentada e centrada nas doenças desse segmento. Tais ações levam a “peregrinação” do prematuro na RAS e o despreparo das equipes para o reconhecimento das necessidades desses bebês na ESF, fragilizando ainda mais o seu itinerário terapêutico (SOLANO *et al.*, 2019).

Para Moreira, Lopes e Carvalho (2004, p. 526) é necessário estruturar e organizar os serviços de saúde para o acompanhamento dos RN de alto risco:

[...] deve-se partir da formação de uma equipe, composta basicamente por pediatra, profissional da enfermagem, do serviço social, da psicologia. Deve-se ter a facilidade de consultar especialistas, principalmente das áreas de neurologia, neurocirurgia, fisioterapia, fonoaudiologia, oftalmologia, cardiologia, otorrinolaringologia e audiologia. Com o maior número de prematuros de extremo baixo peso (peso de nascimento igual ou inferior a 1.000g) participando desses ambulatórios, é importante se obter o apoio do nutricionista, uma vez que o aporte nutricional adequado é fundamental para otimizar o desenvolvimento, principalmente em relação à cognição.

É preconizado pelo MS, que todo RN, independentemente do risco, após a alta hospitalar, tenha sua primeira consulta de acompanhamento na primeira semana de vida. Este se trata do período de adaptação do bebê e de sua família, inseridos em uma nova condição social e biológica. Durante esse período, é reconhecido que as primeiras avaliações nas consultas guiam as orientações necessárias na puericultura, determinando as demandas existentes, tanto dos familiares, quanto da criança (BRASIL, 2012).

Existe uma necessidade de resposta do serviço de forma estruturada e organizada para que a rede de atenção seja estabelecida, já que grupos de riscos, como os bebês prematuros, podem apresentar demandas específicas, tais como: controle de peso, nutrição, medicação que requerem suporte de rede; os quais necessitam frequentar mais os serviços de APS, quando comparados aos bebês nascidos a termo (MARTÍNEZ *et al.*, 2015).

De acordo com Silva *et al.* (2022), há elementos que qualificam e convergem para a gestão dos cuidados primários em saúde aos prematuros em âmbito da APS, com uma abordagem de cuidado amplo, que envolve desde o planejamento hospitalar até o acompanhamento especializado às complicações e o cuidado longitudinal, para a qualidade do seguimento à saúde da criança prematura.

Programas de acompanhamento ao prematuro devem ser iniciados ainda no período de hospitalização, com a inclusão da atenção primária no planejamento da alta (PALLÁS-ALONSO *et al.*, 2019; PINEDA *et al.*, 2020). A alta planejada é crucial para preparar e orientar os familiares a respeito de manobras básicas e identificação de sinais de riscos em domicílio (SUAZO *et al.*, 2014), avaliação das condições parentais (DOYLE *et al.*, 2014), identificação de fatores de risco durante a hospitalização, para evitar futuras complicações, além de melhorar o histórico de crianças prematuras hospitalizadas (MCGOWAN *et al.*, 2019). Portanto, é necessário a sistematização e estratégias educativas e avaliativas de alta hospitalar para auxiliar

uma prática cuidativa autônoma, segura e de qualidade por parte dos cuidadores em ambiente domiciliar e consequente continuidade do cuidado por meio das APS (GÓES *et al.*, 2021).

É impossível separar a visita domiciliar do seguimento do cuidado do bebê. A visita domiciliar é uma estratégia para apoiar a atenção e vigilância à saúde (D'AGOSTINO *et al.*, 2015), de preferência que ocorra na primeira semana após a alta (LAKSHMANAN *et al.*, 2019; PINEDA *et al.*, 2020), passível de realização pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), médicos e enfermeiros (AIRES *et al.*, 2015). Através da visita pode-se observar o ambiente familiar como fator de vulnerabilidade ao RN prematuro, reconhecendo problemas familiares que interferem no cuidado, além de apoiar os pais a reconhecer habilidades e necessidades do filho (LAFORGIA *et al.*, 2018; SILVEIRA *et al.*, 2018), além de destacar especificidades de cada comunidade (PALLÁS-ALONSO *et al.*, 2019). Dessa forma, é uma importante oportunidade para fortalecer as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos (D'AGOSTINO *et al.*, 2015; AIRES *et al.*, 2015).

Além da visita, é importante destacar como alternativa de educação em saúde e favorável para a resolução de dúvidas e encaminhamentos, o suporte telefônico e tecnologias móveis, como: aplicativos, mensagens e outros. Essa estratégia busca intervir e otimizar a gestão de cuidados na atenção primária e estimular as boas práticas em cuidados parentais no desenvolvimento infantil em domicílio (LAKSHMANAN *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2020).

Especialmente para as crianças prematuras, acompanhar o crescimento e o desenvolvimento com atenção é essencial. Recomenda-se para crianças egressas de hospitalização, a primeira consulta realizada em 48 horas após a alta (SUAZO *et al.*, 2014) ou até cinco dias (PALLÁS-ALONSO *et al.*, 2018) e retornos semanais até completar 40 semanas de idade corrigida (SUAZO *et al.*, 2014; D'AGOSTINO *et al.*, 2015), com consultas intercaladas entre cada profissional (AIRES *et al.*, 2015). Para o seguimento das consultas, o registro dos indicadores de crescimento, como o peso, estatura e perímetro cefálico, é necessário que sejam preenchidos em gráficos próprios de acompanhamento ao prematuro, para a comunicação oportuna entre os profissionais que o acompanham (PALLÁS-ALONSO *et al.*, 2018).

Para o melhor acompanhamento, há recomendação de protocolos específicos aos prematuros (MCNEIL *et al.*, 2016; BELEZA *et al.*, 2019; PINEDA *et al.*, 2020) para identificar precocemente a possibilidade de atraso do neurodesenvolvimento (DEMPSEY; ABRAHAMSON; KELLER-MARGULIS, 2016) e outros riscos (KUO *et al.*, 2017), inclusive,

a indicação de, no mínimo, duas avaliações oftalmológicas e audiológicas no primeiro ano de vida, mesmo que a criança não apresente risco conhecido (ALONSO *et al.*, 2012).

A prematuridade aumenta o risco de necessidades contínuas de saúde e desenvolvimento, portanto, é preciso tornar o atendimento ambulatorial ainda mais relevante no acompanhamento de crescimento, nutrição, imunizações e na identificação de problemas, como refluxos gastroesofágicos, as deficiências visuais e auditivas, doenças pulmonares crônicas e outros. Essa atenção especial gera sucesso no cuidado aos bebês, promovendo uma vida mais longa e saudável (BETHEL; LIU, 2023).

Considerando todas as possíveis complicações e atendimentos em saúde complexos, é importante identificar as sequelas advindas da prematuridade para tratamento e acompanhamento oportuno (D'AGOSTINO *et al.*, 2013; JI; SHIM, 2020). Os problemas mais comuns costumam aparecer a longo prazo; assim, as avaliações especializadas podem ajudar a identificar pequenos sinais antecipadamente e tratá-los com cuidados específicos (NAMIRO *et al.*, 2012; SUAZO *et al.*, 2014; SILVEIRA *et al.*, 2018).

Desse modo, evidencia a necessidade de interação entre os serviços de atenção primária, secundária e terciária, para compartilhamento de registros clínicos e oferta de cuidados permanentes ou temporários, de forma integral, inclusive, quando necessário, o serviço de assistência social e a inserção do psicólogo nos serviços de saúde. A partir destas interações, é possível desenvolver ações em saúde para o enfrentamento de vulnerabilidades (CURRIE *et al.*, 2018; BELEZA *et al.*, 2019; PALLÁS-ALONSO *et al.*, 2019; PINEDA *et al.*, 2020).

Além de todo o cuidado com o prematuro, é fundamental compreender as preocupações da família (CARVALHO *et al.*, 2021b), desenvolvendo ações como encontros grupais de apoio aos pais para promover orientações acerca do cuidado da saúde da criança (JI; SHIM, 2020) e, trocas de experiências em relação a esse cuidado (LAKSHMANAN *et al.*, 2019). Essas ações são importantes para que os cuidadores proporcionem um ambiente adequado, com redução de estressores e desenvolva maiores habilidades do cuidado, entre outros (PINEDA *et al.*, 2020).

Por fim, o seguimento do prematuro ainda é complexo para as equipes de saúde, repleto de inseguranças e dúvidas, permeado predominantemente pelo modelo hospitalocêntrico (AIRES *et al.*, 2015). Portanto, diante dos pontos destacados, é imprescindível fortalecer a APS, gerir atenção qualificada, proporcionar maior acesso e cobertura para o seguimento do prematuro, qualificando os profissionais de saúde, garantindo estrutura, rede de apoio, que contribuam com o processo de equidade, ampliação da atenção à

saúde e conseqüentemente, gerar impacto nos índices de mortalidade, re-hospitalizações e situações vulneráveis (SILVA *et al.*, 2022).

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de pesquisa

Esta pesquisa caracteriza-se pela abordagem quantitativa, analítica e exploratória. Os estudos analíticos, podem ser classificados em ecológicos, seccional, caso-controle, caso-referência e coorte. O presente estudo adota um delineamento seccional, para analisar as condições de saúde de uma população específica, sendo adequado para identificar grupos passíveis de intervenção e gerar hipóteses sobre causas ou influências em doenças e condições (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003). Assim, foi investigada a qualidade do cuidado prestado à criança prematura na APS em municípios da faixa de fronteira, evidenciando fragilidades que demandam intervenções para a aprimorar a assistência. Com base na literatura, sustenta-se a hipótese de que diversos fatores influenciam as lacunas identificadas, impactando a saúde e o desenvolvimento dessa população vulnerável a curto e longo prazo.

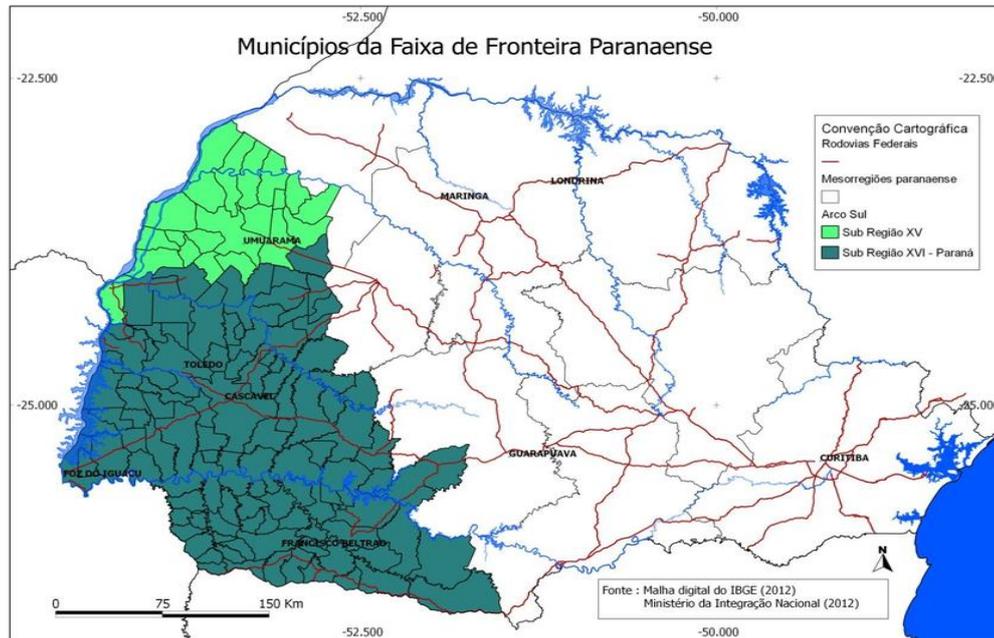
Com respeito a pesquisa exploratória - que pode ser realizada por meio de entrevistas, observações e análise de conteúdo, trata-se de uma investigação empírica, a fim de desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com o tema abordado, incentivar pesquisas futuras ou rever conceitos (MARCONI; LAKATO, 2003).

De acordo Kirschbaum (2013, p.181) “os estudos quantitativos se baseiam na dedução de hipóteses proveniente da teoria estabelecida, conseqüentemente, o material coletado deve ser analisado e condensado em variáveis”. O estudo será classificado como não experimental, uma vez que para o foco da investigação, não haverá manipulação de variáveis ou grupos de comparação, fundamentado em observar sem interferir de qualquer maneira (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

5.2 Local de pesquisa

Os serviços de atenção primária dos municípios do estado do Paraná pertencentes a faixa de fronteira Oeste foram campo da presente pesquisa. O Paraná é um estado localizado na região sul do Brasil, composto por 399 municípios (PARANÁ, 2020-2023), destes 139 estão inseridos na faixa de fronteira, como mostra a Figura 1 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022).

Figura 1- Mapa com destaque para Municípios de Faixa de Fronteira internacional Paranaense. Paraná, Brasil, 2015.



Fonte: Rocha *et al.* (2015, p. 9).

Apenas as mesorregiões Oeste e Sudoeste possui todos os municípios contido na faixa de fronteira do estado do Paraná. As referentes cidades situadas na faixa de fronteira, separadas por regionais de saúde são: nove cidades pertencentes a 9ª regional - Foz do Iguaçu; 27 cidades pertencentes a 8ª regional - Francisco Beltrão; 25 cidades pertencentes a 10ª regional – Cascavel; 18 cidades pertencentes a 20ª regional – Toledo; 15 cidades pertencentes a 7ª regional – Pato Branco; 21 cidades pertencentes a 12ª regional – Umuarama; 11 cidades pertencentes a 11ª regional – Campo Mourão; 4 cidades da 13ª regional – Cianorte; três cidades pertencentes a 14ª regional – Paranaíba; seis cidades na 5ª regional – Guarapuava. Esses dados foram apresentados no Quadro 1.

Quadro 1– Distribuição das regionais de saúde do Paraná pertencentes a faixa de fronteira, quantidade de municípios de cada regional e quantidade pertencente a faixa de fronteira, com suas respectivas unidades de APS. Paraná, Brasil, 2025.

Regional de Saúde	Nº municípios	Nº municípios na faixa de fronteira	Nº serviços de APS* na faixa de fronteira
09ª Foz do Iguaçu	9 municípios	9 municípios	85 APS
10ª Cascavel	25 municípios	25 municípios	166 APS
7ª Pato branco	15 municípios	15 municípios	104 APS
08ª Francisco Beltrão	27 municípios	27 municípios	134 APS
20ª Toledo	18 municípios	18 municípios	123 APS
12ª Umuarama	21 municípios	21 municípios	113 APS
11ª Campo Mourão	25 municípios	11 municípios	49 APS
13ª Cianorte	11 municípios	4 municípios	18 APS
14ª Paranavaí	28 municípios	3 municípios	14 APS
5ª Guarapuava	20 municípios	6 municípios	31 APS
Total:	199 municípios	139 municípios	837 APS

*Atenção Primária à Saúde.

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2024); Secretaria de Saúde (2024).

5.3 Participantes da pesquisa

Os participantes do estudo foram 264 enfermeiros (as) de unidades de APS de 71 municípios da faixa de fronteira Oeste do Paraná.

Foram incluídos no estudo um(a) enfermeiro(a) de cada unidade de APS; atuante há pelo menos um ano na atenção primária; e que já experienciou o seguimento da saúde criança que nasceu prematura.

Foram excluídos os(as) profissionais enfermeiros(as) que se encontravam de férias, licenças e atestados.

A justificativa para incluir apenas enfermeiros com, no mínimo, um ano de atuação na APS se referiu ao conhecimento e à experiência deles quanto aos fluxos de atendimentos e de referência aos demais níveis de atenção à saúde.

5.4 Instrumento da coleta de dados

Inicialmente, foi realizada uma breve caracterização dos participantes e das unidades de saúde que em que foi realizada a coleta, afim de identificar os profissionais e a área estudada (APÊNDICE I).

O guia avaliativo para a realização da coleta de dados foi o “Qualiprematuro” (ANEXO I), que tem como objetivo analisar a qualidade do seguimento à saúde da criança que nasceu prematura no âmbito da atenção primária (SILVA; MELLO, 2022). O referido guia avaliativo foi criado a partir de criteriosa revisão de referências, pautado nas dimensões de assistência, gerência e recursos, articulado aos atributos da APS, baseado em protocolos existentes e de resultados de evidências científicas relacionadas ao seguimento da saúde do prematuro, no qual propõe o guia avaliativo (SILVA; MELLO, 2022). O mesmo, já passou pelo processo de validação de conteúdo.

Esse guia avaliativo, está pautado nas dimensões da assistência, gerência, recursos em articulação com os atributos da APS. Ele está organizado em cinco domínios, com a finalidade de abranger elementos que qualificam o seguimento da saúde da criança que nasceu prematura, totalizando 64 questões. Sendo eles: Planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidados (10 questões); Seguimento domiciliar em visita e teleatendimento (11 questões); Seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravos (12 questões); Integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado (19 questões); e Apoio e suporte familiar para o cuidado (12 questões) (SILVA; MELLO, 2022).

Em cada questão, foram atribuídas quatro respostas, com valores de 01 a 04, permitindo apenas uma alternativa. Está prevista a avaliação de cada domínio separadamente, considerando que o serviço de saúde poderá se mostrar inadequado em um domínio e excelente em outro (SILVA; MELLO, 2022).

5.5 Coleta de dados

O convite para os enfermeiros participarem da pesquisa foi a partir de e-mails, por mensagem de texto instantânea (*whatsapp*), redes sociais, ligações de áudio ou de vídeo, por intermédio de gestores ou de forma presencial nas próprias unidades de saúde.

Participaram 213 enfermeiros de modo *online* e 51 de forma presencial, mas independentemente da forma que foi contatado, todos responderam ao questionário pela

ferramenta *Google Forms*®, a alternativa que lhe cabe como resposta. A primeira página apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE II), após selecionar a alternativa concordo, o sistema permitiu a migração para a página seguinte, organizada com dados para caracterização pessoal e profissional, em seguida, o sistema seguiu para as questões referentes ao seguimento da criança prematura no âmbito da APS.

A pesquisa foi realizada após treinamento e orientação fornecido à mestranda pesquisadora pela pesquisadora responsável, a qual possui expertise na área de pesquisas com a saúde neonatal, com ênfase em prematuridade.

5.6 Período de coleta de dados

O período de coleta de dados foi de seis meses, com início em março e término em agosto do ano de 2024.

5.7 População e amostra

Foram incluídas unidades de APS de municípios de pequeno, médio ou grande porte localizados na faixa de fronteira e dos municípios sede de cada regional. Compreende-se que municípios com menos que 25 mil habitantes são considerados de pequeno porte, municípios com 25 a 100 mil habitantes médio porte e municípios com mais de 100 mil habitantes grande porte (CALVO *et al.*, 2016).

A justificativa para incluir os municípios sedes das regionais foi pelo fato destes possuírem hospital com UTIN (hospital e ambulatório de referência para neonatologia), os quais podem se diferir dos serviços oferecidos em municípios de pequeno porte que só dispõe de unidades de APS.

O cálculo amostral foi realizado considerando o total de unidades de APS de todos os municípios que compõem a faixa de fronteira internacional no estado do Paraná. Dos 399 municípios, 139 são pertencentes à faixa de fronteira. Assim, considerando que eram 837 unidades de APS, o número mínimo de unidades participantes ficou estipulado em 264. A equação utilizada para o cálculo do tamanho da amostra foi a seguinte:

$$n = (EDFF * Np(1-p)) / [(d^2 / Z^2 1-\alpha / 2 * (N-1) + p * (1-p)]$$

Onde “N” é o tamanho da população, “p” é a frequência em % hipotética do fator do resultado na população, “d” é o limite de confiança e “EDFF” é o Efeito de desenho (DEAN; SULLIVAN; SOE, 2013). Para o cálculo, foi considerado alfa em 5% e intervalo de confiança em 95%.

5.8 Análise de dados

Os dados foram organizados em planilhas no Excel® e as análises estatística foram realizadas no *software* Jamovi 2.3.28. Sendo fixado alfa (erro tipo I) em 5%.

Foi realizada a análise descritiva, com as frequências absolutas e relativas (%) das categorias de cada domínio (I, II, III, IV e V). Além disso, utilizou-se o teste qui-quadrado (X^2) para avaliar a associação entre as categorias dos domínios (variável dependente), as regionais de saúde, o porte dos municípios (pequeno, médio e grande), a área (urbana ou rural) e o tipo da unidade de saúde (Básica, Básica Ampliada e Unidade Saúde da Família) e para avaliar a associação das classes internas de cada variável, verificando-se a hipótese de equilíbrio entre as variáveis. Portanto, valor de $p < 0,05$ indica uma variável com uma classe que, possivelmente, está se sobre saindo entre as demais.

5.9 Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná sob o parecer nº 6.545.705 (ANEXO II). Foi fornecido o TCLE, elaborado seguindo as diretrizes e normas contidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, para a coleta das assinaturas em duas vias, e/ou, concordância eletrônica pelo *Google Forms*®.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A exploração dos resultados e discussão da presente pesquisa permitiu a organização de dois artigos científicos, os quais serão apresentados na íntegra, conforme segue:

I - Seguimento da saúde da criança prematura em serviços de atenção primária de municípios da faixa de fronteira do Paraná – artigo submetido à Revista Ciências & Saúde Coletiva;

II - Cuidado à saúde da criança prematura na atenção primária de municípios da faixa de fronteira – artigo organizado para submissão à Revista Latino-Americana de Enfermagem.

ARTIGO I

Qualidade do seguimento da criança prematura na Atenção Primária à Saúde

Resumo A prematuridade é um grande desafio global para a saúde pública e a principal causa de morte em crianças menores de cinco anos, relacionada à baixa qualidade no seguimento pré-natal, ao nascimento e à saúde. Famílias enfrentam desafios críticos, especialmente em regiões de fronteira, marcadas por vulnerabilidades socioeconômicas e culturais. O objetivo do estudo foi analisar a qualidade do seguimento da criança prematura na Atenção Primária à Saúde em municípios da faixa de fronteira Oeste do Paraná, sob a perspectiva dos enfermeiros. Estudo analítico e exploratório em 71 municípios da fronteira do Paraná, com 264 enfermeiros, utilizando o instrumento “Qualiprematuro”, organizado em cinco domínios avaliativos. Identificou-se inadequação no planejamento da alta, avaliações regulares para seguimento domiciliar e teleatendimento, integração interserviços e acompanhamento infantil, embora o apoio familiar tenha se mostrado satisfatório. Diferenças regionais, porte dos municípios, áreas urbanas e rurais destacaram desigualdades significativas. Foram evidenciadas lacunas na continuidade do cuidado do prematuro, reforçando a necessidade de investimentos em estrutura, planejamento e políticas públicas específicas para regiões fronteiriças.

Palavra-chave Atenção Primária à Saúde, Prematuro, Continuidade da Assistência ao Paciente, Qualidade da Assistência à Saúde, Saúde na Fronteira

Abstract Prematurity is a major global challenge for public health and the leading cause of death in children under five years old, related with poor quality in prenatal care, at birth, and in health follow-up. Families face critical challenges, especially in border regions, marked by socioeconomic and cultural vulnerabilities. This study aimed to analyze the quality of follow-up care for premature children in Primary Health Care in municipalities of the Western Border of Paraná from the nurses' perspective. It is an analytical and exploratory study conducted in 71 border municipalities of Paraná, involving 264 nurses and using the “Qualiprematuro” instrument, organized into five evaluative domains. Inadequacies were identified in discharge planning, regular evaluations for home follow-up and telehealth, inter-service integration, and child health monitoring, although family support was satisfactory. Regional differences, municipality size, urban and rural areas highlighted significant inequalities. Gaps in the continuity of premature care were evident, emphasizing the need for investments in infrastructure, care planning, and specific public policies for border regions.

Key words Primary Health Care, Premature, Continuity of Patient Care, Quality of Health Care, Border Health

Resumen La prematurez es un gran desafío global para la salud pública y la principal causa de muerte en niños menores de cinco años, relacionada a la baja calidad en el seguimiento prenatal, al nacimiento y a la salud. Las familias enfrentan desafíos críticos, especialmente en regiones fronterizas con vulnerabilidades socioeconómicas y culturales. Este estudio analizó la calidad del seguimiento de los niños prematuros en la Atención Primaria de Salud en municipios de la franja fronteriza oeste de Paraná, desde la perspectiva de 264 enfermeros. Es un estudio

analítico y exploratorio realizado en 71 municipios, utilizando el instrumento “Qualiprematuro”, compuesto por cinco dominios evaluativos. Se detectaron deficiencias en la planificación del alta, evaluaciones regulares para seguimiento domiciliario y teleatención, integración entre servicios y monitoreo infantil, aunque el apoyo familiar fue satisfactorio. Diferencias regionales, tamaño de municipios y áreas urbanas y rurales evidenciaron desigualdades significativas. Estas brechas en la continuidad del cuidado del prematuro refuerzan la necesidad de invertir en infraestructura, planificación y políticas públicas específicas para regiones fronterizas.

Palabras clave Atención Primaria de Salud, Prematuro, Continuidad de la Atención al Paciente, Calidad de la Atención de Salud, Salud Fronteriza

INTRODUÇÃO

A prematuridade é um dos maiores desafios globais para a saúde pública. De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 13,4 milhões de recém-nascidos nasceram prematuros em 2020, e aproximadamente 900.000 crianças morreram em 2019 devido a complicações associadas à prematuridade¹.

Muitos recém-nascidos prematuros enfrentam longos períodos de hospitalização em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), essenciais para sua saúde e sobrevivência². Contudo, esses períodos podem potencializar novas complicações, mesmo com os avanços científicos e tecnológicos no cuidado infantil³. As consequências do nascer prematuro vão além do período da hospitalização, pois, a longo prazo, essas crianças ainda podem evoluir com alterações físicas, comportamentais e do neurodesenvolvimento¹.

A transição para o cuidado domiciliar no momento da alta hospitalar pode ser desafiadora para as famílias. Essas dificuldades decorrem da complexidade em seus cuidados de saúde, alinhadas a um período crítico de adaptação do cotidiano para atender as necessidades

da criança. Assim, fica evidente que a continuidade do cuidado depende de diversos fatores, que incluem o preparo da família para a alta do recém-nascido, as práticas profissionais, a organização da atenção nos diferentes níveis e a participação ativa da família e da comunidade em todo esse processo⁴.

Evidências científicas indicam que países de baixa renda apresentam maiores taxas de mortalidade no período pós-natal, sobretudo quando relacionada a falta de acesso aos serviços essenciais para vigilância à saúde^{1,5}. Um estudo europeu sobre o acompanhamento de crianças prematuras apontou que características sociodemográficas maternas, como idade jovem e baixo nível educacional, estão associadas à não adesão ao acompanhamento ambulatorial de crianças prematuras⁶. Esse fator é preocupante, pois essas crianças encontram-se vulnerabilizadas, devido às consequências adversas para o neurodesenvolvimento, e por isso, necessitam de seguimento especializado¹.

A literatura nacional e internacional também descreve outros fatores que contribuem para a não adesão ou evasão ao seguimento ambulatorial, que incluem: não usar medicamentos contínuos em domicílio; ausência de reanimação ao nascimento; prematuridade tardia (acima de 34 semanas gestacionais)⁷; deslocamento materno para a casa de familiares em outras regiões para auxiliar no cuidado do recém-nascido⁸; ausência de uma rede de apoio familiar; baixa remuneração; morbidade materna; longas distâncias; falta de transporte; raça afro-americana; e tabagismo materno⁹.

Ao compreender os prejuízos causados pelo afastamento do recém-nascido prematuro da continuidade de cuidados pós-alta, reforça-se a necessidade de um olhar ampliado para a oferta e as práticas assistenciais, garantindo o direito à saúde, visto que o sistema de saúde público deve abranger seus princípios de integralidade, universalidade e equidade¹⁰. É preciso conhecer as singularidades de cada experiência relacionada à continuidade do cuidado, a fim

de direcionar o planejamento das ações em saúde e aprimorar a assistência, considerando a realidade de cada região⁷.

A combinação de conhecimento científico, participação ativa das famílias e inovações tecnológicas, facilita o processo de cuidado parental, contribuindo para a efetividade do cuidado cotidiano e para o seguimento da saúde da criança prematura, que conseqüentemente, terá um impacto positivo para o desenvolvimento na primeira infância¹¹.

É preciso refletir que a criança nascida prematura está inserida em um campo de vulnerabilidades advindas do próprio nascimento, somadas aos fatores relacionados às dificuldades intrínsecas a cada contexto familiar e cultural. Crianças em situações vulneráveis demandam maior atenção de seus cuidadores e dos profissionais de saúde, para garantir sua proteção e promoção da saúde, visando à qualidade do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor¹².

A continuidade do cuidado pós-alta é um desafio para gestores e profissionais de saúde, que reconhecem a importância do trabalho multiprofissional e orientações às famílias, mas enfrentam barreiras como a falta de estrutura, ausência de padronização do atendimento e necessidade de práticas contínuas de educação em saúde¹³.

Esses desafios se intensificam em regiões vulneráveis, como os municípios da faixa de fronteira internacional, onde as relações intersistemas são complexas. As vulnerabilidades dessas regiões são evidenciadas pelo intenso movimento populacional, devido aos vínculos relacionais, de estudo e da busca por serviços de saúde, somada às dificuldades de acesso para estrangeiros, como a falta de documentação, a diversidade de idiomas e os fatores culturais¹⁴.

16.

O cenário vulnerável da fronteira exige atenção especial devido a doenças que ameaçam a saúde pública, atividades ilegais e tráfico internacional. A ausência de políticas públicas de

saúde eficazes reflete a negligência histórica com essas regiões¹⁷. Além disso, a falta de profissionais e serviços especializados agrava as dificuldades no cuidado contínuo à criança¹⁸.

Considerando a relevância de conhecer as práticas de saúde oferecidas e a qualidade do cuidado prestado às crianças prematuras, egressas de unidades neonatais, e às suas famílias em municípios vulneráveis, este estudo teve por objetivo analisar a qualidade do seguimento da criança prematura na Atenção Primária à Saúde (APS) em municípios da faixa de fronteira Oeste do Paraná, sob a perspectiva dos enfermeiros.

MÉTODOS

Tipo e local de estudo

Trata-se de estudo analítico, exploratório e de abordagem quantitativa, desenvolvido nos serviços de APS em municípios do estado do Paraná, localizados na faixa de fronteira Oeste, de março a agosto de 2024. Essa região é composta por 139 municípios de pequeno, médio e grande porte, distribuídos em nove regionais de saúde, situados em uma área de até 150 quilômetros de largura ao longo da fronteira terrestre do Paraná, Brasil.

População e amostra

Foi realizado um cálculo amostral considerando o total de unidades de APS em cada município, entre os 139 da faixa de fronteira. Assim, considerando que eram 837 unidades de APS, o número de unidades participantes ficou estipulado em 264. A equação utilizada para o cálculo do tamanho da amostra foi a seguinte:

$$n = (EDFF * Np(1-p)) / [(d^2 / Z^2 1 - \alpha / 2 * (N-1) + p * (1-p)]$$

Onde “N” é o tamanho da população, “p” é a frequência em % hipotética do fator do resultado na população, “d” é o limite de confiança e “EDFF” é o Efeito de desenho¹⁹. Para o cálculo, foi considerado alfa 5% e intervalo de confiança em 95%.

Crítérios de inclusão e exclusão

Adotaram-se como critérios de inclusão: ser enfermeiro, atuar há pelo menos um ano na APS e já ter realizado o seguimento da saúde de crianças nascidas prematuras. Como critérios de exclusão, consideraram-se os profissionais que se encontram de férias, licenças e atestados. Ressalta-se que, durante o período de coleta de dados, não houve exclusões.

Participaram do estudo 264 enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF), provenientes de 71 municípios da faixa de fronteira, todos com experiência no seguimento da saúde de crianças nascidas prematuras.

Coleta de dados

A coleta de dados foi conduzida por uma enfermeira e uma bióloga, sendo uma mestrande e outra pós-doutoranda em Saúde Pública em Região de Fronteira.

O convite para a pesquisa ocorreu por *e-mail*, mensagens instantâneas (*whatsapp*®), redes sociais, ligações de áudio/vídeo, por intermédio de gestores ou presencialmente nas unidades de saúde. Participaram 213 enfermeiros de modo *online* e 51 presencialmente. Todos responderam ao questionário pelo *Google Forms*®. A primeira página apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e ao selecionar “concordo”, os participantes acessavam a página seguinte, com questões de caracterização pessoal e profissional. Em seguida, iniciava-se a coleta de dados pelo instrumento Qualiprematuro.

O guia avaliativo Qualiprematuro teve como objetivo analisar a qualidade do seguimento à saúde da criança que nasceu prematura no âmbito da APS, sendo pautado nas dimensões da assistência, gerência, recursos em articulação com os atributos da APS. Instrumento validado em fevereiro de 2023^{20,21}, contém 64 questões organizadas em cinco domínios: Planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidados (I); Seguimento domiciliar em visita e teleatendimento (II); Seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravos (III); Integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado (IV); e Apoio e suporte familiar para o cuidado (V)²⁰.

De acordo com o guia, cada questão recebeu valores atribuídos de 01 a 04, permitindo a marcação de apenas uma alternativa. A avaliação de cada domínio foi realizada separadamente, conforme recomendado pelo Qualiprematuro, considerando que um serviço de saúde pode apresentar inadequações em um domínio e excelência em outro²⁰.

Análise dos dados

Os dados foram organizados em planilhas no Excel® e as análises estatística foram realizadas no software Jamovi 2.3.28. Sendo fixado alfa (erro tipo I) em 5%.

Foi realizada a análise descritiva, com as frequências absolutas e relativas (%) das categorias de cada domínio (I, II, III, IV e V). Além disso, utilizou-se o teste qui-quadrado (X^2) para avaliar a associação entre as categorias dos domínios (variável dependente) e as regionais de saúde, o porte dos municípios (pequeno, médio e grande), a área (urbana ou rural) e o tipo da unidade de saúde (Básica, Básica Ampliada e Unidade Saúde da Família).

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná sob o parecer nº 6.545.705. Para proteger a identidade e a privacidade dos participantes, o anonimato dos indivíduos foi assegurado, garantindo uma condução ética da pesquisa.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 264 enfermeiros atuantes na APS, sendo o sexo predominante feminino (95,1%). A faixa etária variou de 20 anos a mais de 50 anos, com a maioria entre 30 e 40 anos (41,5%). Em relação ao tempo de formação, a maioria (66,3%) possuem mais de 10 anos de formado e quanto à qualificação profissional, 50,8% possuem pós-graduação na área da saúde infantil e a maioria (62,5%) tem mais de 5 anos de experiência na APS. A maioria dos enfermeiros atuavam em UBS localizadas em áreas urbanas (85,2%) e mais da metade indicaram atender poucas crianças nascidas prematuras na unidade em que atuam (54,9%).

A Tabela 1 mostra a avaliação geral dos cinco domínios relacionados ao seguimento da criança nascida prematura no âmbito da APS. O Domínio I, referente ao planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidados, recebeu uma avaliação inadequada (61,7%); o Domínio II, que trata do seguimento domiciliar em visita e teleatendimento foi regular (49,2%); o Domínio III, sobre o seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravos, foi regular (58,0%); o Domínio IV, referente a integração entre os serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado também obteve uma pontuação regular (60,2%); por último o Domínio V, relacionado ao apoio e suporte familiar para o cuidado, foi considerado bom (56,1%).

Tabela 1- Distribuição dos escores do Qualiprematuro segundo os cinco Domínios de avaliação em municípios da faixa de fronteira Oeste do Paraná, Brasil, 2025.

Domínios do Qualiprematuro	n	%
Domínio I - Planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidados		
Inadequado	163	61,7
Regular	73	27,7
Bom	28	10,6
Domínio II – Seguimento domiciliar em visita e teleatendimento		
Inadequado	37	14,0
Regular	130	49,2
Bom	97	36,7
Domínio III - Seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravos		
Inadequado	6	2,3
Regular	153	58,0
Bom	105	39,8
Domínio IV – Integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado		
Inadequado	43	16,3
Regular	159	60,2
Bom	62	23,5
Domínio V – Apoio e suporte familiar para o cuidado		
Inadequado	21	8,0
Regular	86	32,6
Bom	148	56,1
Excelente	9	3,4

Fonte: Autores.

A Tabela 2 apresenta as avaliações gerais dos cinco domínios distribuídas nas diferentes Regionais de Saúde da faixa de fronteira Oeste do Paraná. A análise dos dados demonstra variações na qualidade dos serviços de saúde entre as regionais, especialmente nos Domínios I e V.

Quando ao Domínio I, algumas regionais, como a 8ª (76,6%), 10ª (76,6%) e 20ª (82,9%), apresentaram altos índices de avaliação inadequada, todavia, a proporção de unidades que atingiram nível regular destoou das demais nas regionais 5ª (44,4%), 9ª (39,7%), 11ª (40,0%) e 13ª (50,0%). Por outro lado, o Domínio II apresentou um desempenho mais equilibrado, com a maioria das regionais avaliadas como regulares, incluindo a 5ª (55,6%), 8ª (54,7%), 10ª (54,7%), 11ª (60,0%), 13ª (50,0%) e 20ª (57,1%). O Domínio III mostrou resultados com avaliações boas em três regionais: 5ª (55,6%), 7ª (56,5%) e 13ª (50,0%), porém nas demais, foi prevalente avaliações regulares.

Em relação ao Domínio IV, a maioria das regionais manteve-se com escores regulares, como na 5ª (66,7%), 8ª (57,8%), 9ª (63,0%), 10ª (57,8%), 12ª (68,2%) e 20ª (68,6%). O apoio e suporte familiar (Domínio V) se destacou como o ponto positivo nas avaliações, sobretudo na 11ª Regional, onde 100% das avaliações foram classificadas como boas. Esse foi o único domínio que trouxe escores de excelência, registrados na 7ª (13,0%), 8ª (6,5%), 10ª (1,6%), 12ª (4,5%) e 13ª (50,0%) regionais de saúde.

Foram identificados valores com significância estatística no domínio referente ao planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidados ($p < 0,001$); no domínio sobre o seguimento domiciliar em visita e teleatendimento ($p < 0,019$) e no domínio sobre o apoio e suporte familiar para o cuidado ($p < 0,004$).

Tabela 2- Avaliação geral dos domínios do Qualiprematuro distribuídos entre as regionais de saúde da faixa de fronteira Oeste do Paraná, Brasil, 2025.

Regionais de Saúde	5ª		7ª		8ª		9ª		10ª		11ª		12ª		13ª		20ª		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Domínio I																			0,001
Inadequado	4	44,4	15	65,2	49	76,6	39	53,4	49	76,6	1	20,0	14	63,6	0	0,0	29	82,9	
Regular	4	44,4	4	17,4	11	17,2	29	39,7	11	17,2	2	40,0	6	27,3	1	50,0	4	11,4	

Bom	1	11,1	4	17,4	4	6,3	5	6,8	4	6,3	2	40,0	2	9,1	1	50,0	2	5,7	
Domínio II																			0,019
Inadequado	0	0,0	6	26,1	6	9,4	19	26,0	6	9,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,7	
Regular	5	55,6	8	34,8	35	54,7	35	47,9	35	54,7	3	60,0	7	31,8	1	50,0	20	57,1	
Bom	4	44,4	9	39,1	23	35,9	19	26,0	23	35,9	2	40,0	15	38,2	1	50,0	13	37,1	
Domínio III																			0,907
Inadequado	0	0,0	1	4,3	1	1,6	2	2,7	1	1,6	0	0,0	1	4,5	0	0,0	1	2,9	
Regular	4	44,4	9	39,1	41	64,1	41	56,2	41	64,1	4	80,0	12	54,5	1	50,0	23	65,7	
Bom	3	55,6	13	56,5	22	34,4	30	41,1	22	34,4	1	20,0	9	40,9	1	50,0	11	31,4	
Domínio IV																			0,325
Inadequado	0	0,0	3	13,0	9	14,1	17	23,3	9	14,1	1	20,0	3	13,6	0	0,0	6	17,1	
Regular	6	66,7	10	43,5	37	57,8	46	63,0	37	57,8	2	40,0	15	68,2	1	50,0	24	68,6	
Bom	3	33,3	10	43,5	18	28,1	10	13,7	18	28,1	2	40,0	4	18,2	1	50,0	5	14,3	
Domínio V																			0,004
Inadequado	1	11,1	4	17,4	1	3,2	10	13,7	2	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	8,6	
Regular	3	33,3	3	13,0	11	35,5	30	41,1	22	34,4	0	0,0	6	27,3	1	50,0	10	28,6	
Bom	5	55,6	13	56,5	17	54,8	32	43,8	39	60,9	5	100	15	68,2	0	0,0	22	62,9	
Excelente	0	0,0	3	13,0	2	6,5	1	1,4	1	1,6	0	0,0	1	4,5	1	50,0	0	0,0	

Fonte: Autores.

Pela análise da Tabela 3 foi observado que o porte dos municípios pode influenciar a qualidade do seguimento da criança prematura na APS. O Domínio I mostrou escore inadequado, independentemente do porte dos municípios, quais sejam: pequenos (56,7%), médios (62,9%) e grandes (65,4%). Avaliações consideradas boas foi significativamente baixa, especialmente em municípios de grande porte com 1,9%. No Domínio II, municípios de pequeno porte apresentaram melhor desempenho, denominados bom (46,7%). No geral, houve predominância de avaliação regular, sobretudo em municípios de grande porte (54,8%).

No Domínio III houve maior prevalência de avaliações regulares nos municípios de pequeno (55,6%), médio (57,1%) e grande (60,6%) porte. O escore bom foi semelhante entre todos os portes. O Domínio IV também apresentou alta porcentagem em avaliações regulares, especialmente em municípios grandes (67,3%) e médios (52,9%). Nos municípios pequenos,

28,9% das avaliações foram boas. Por último, no Domínio V foi destacado com melhor desempenho, especialmente nos municípios de pequeno porte (67,8%), mas também recebeu avaliação positiva em municípios grandes (51,9%) e médios (47,1%). A presença de avaliações de excelência em municípios pequenos (7,8%) e médios (2,9%) reforçou o bom desempenho nessa área. Houve avaliações regulares, especialmente nos municípios de grande porte (42,3%).

Foi observado relevância estatística nos Domínios I ($p < 0,003$), II ($p < 0,052$) e V ($p < 0,001$).

Tabela 3- Avaliação geral dos domínios do Qualiprematuro distribuídos em municípios segundo o seu porte, pertencentes a faixa de fronteira Oeste do Paraná. Brasil, 2025.

Porte dos municípios	Pequeno		Médio		Grande		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Domínio I							0,003
Inadequado	51	56,7	44	62,9	68	65,4	
Regular	22	24,4	17	24,3	34	32,7	
Bom	17	18,9	9	12,9	2	1,9	
Domínio II							0,052
Inadequado	7	7,8	14	20,0	16	15,4	
Regular	41	45,6	32	45,7	57	54,8	
Bom	42	46,7	24	34,3	31	29,8	
Domínio III							0,884
Inadequado	3	3,3	1	1,4	2	1,9	
Regular	50	55,6	40	57,1	63	60,6	
Bom	37	41,1	29	41,4	39	37,5	
Domínio IV							0,166
Inadequado	12	13,3	16	22,9	15	14,4	
Regular	52	57,8	37	52,9	70	67,3	
Bom	26	28,9	17	24,3	19	18,3	
Domínio V							<0,001
Inadequado	4	4,4	11	15,7	6	5,8	
Regular	18	20,0	24	34,3	44	42,3	
Bom	61	67,8	33	47,1	54	51,9	

Excelente	7	7,8	2	2,9	0	0,0
-----------	---	-----	---	-----	---	-----

Fonte: Autores.

A Tabela 4 evidenciou disparidades entre as áreas urbanas e rurais na qualidade do atendimento a criança prematura. No Domínio I, foi observado um escore inadequado, principalmente na área rural, com 76,9%. No Domínio II, embora a área rural tenha apresentado avaliação "bom", o seguimento domiciliar e o teleatendimento ainda destacaram desafios em ambas as áreas. No Domínio III, o escore inadequado foi maior na área rural (7,7%) em comparação à urbana (1,3%). Nesse mesmo domínio, a área rural apresentou uma pequena diferença no escore regular (61,5%) em relação à urbana (57,3%).

O Domínio IV mostrou maior inadequação na área rural (25,6%), destacando dificuldades na integração entre serviços de saúde e educação. O Domínio V, apesar de melhor avaliado, ainda mostrou fragilidades tanto na área urbana quanto na rural. Esses resultados indicam que as áreas rurais enfrentam maiores dificuldades em todos os domínios, com relevância estatística no Domínio III ($p < 0,031$).

Tabela 4- Avaliação geral dos domínios do Qualiprematuro distribuídos em municípios da área urbana e rural pertencentes a faixa de fronteira Oeste do Paraná, Brasil, 2025.

Área	Área Urbana		Área Rural		p-valor
	n	%	N	%	
Domínio I					0,102
Inadequado	133	59,1	30	76,9	
Regular	67	29,8	6	15,4	
Bom	25	11,1	3	7,7	
Domínio II					0,394
Inadequado	33	14,7	4	10,3	
Regular	113	50,2	17	43,6	
Bom	79	35,1	18	46,2	
Domínio III					0,031

Inadequado	3	1,3	3	7,7	
Regular	129	57,3	24	61,5	
Bom	93	41,3	12	30,8	
Domínio IV					0,096
Inadequado	33	14,7	10	25,6	
Regular	135	60,0	24	61,5	
Bom	57	25,3	5	12,8	
Domínio V					0,730
Inadequado	17	7,6	4	10,3	
Regular	72	32,0	14	35,9	
Bom	129	57,3	19	48,7	
Excelente	7	3,1	2	5,1	

Fonte: Autores.

A Tabela 5 mostrou no Domínio I o escore inadequado alto em todos tipos de unidades: básica (63%), básica ampliada (50%) e na USF (62,2%). No seguimento domiciliar e teleatendimento (Domínio II), as unidades ampliadas e a USF tiveram melhor desempenho, mas as unidades básicas ainda se apresentaram inadequadas (16,7%). No seguimento da saúde infantil, o escore regular foi predominante, com 59,3% nas unidades básicas, 50,0% básicas ampliadas e 58,1% na USF. O suporte familiar (Domínio V) se destacou com escores de excelência 4,0% em USF, enquanto 59,3% das unidades básicas com escore bom. Contudo, as básicas ampliadas ainda se apresentaram regular (50,0%), sem relevância estatística.

Tabela 5- Avaliação geral dos domínios do Qualiprematuro distribuídos segundo o tipo de unidade de saúde, pertencentes a faixa de fronteira Oeste do Paraná, Brasil, 2025.

Tipo de Unidade	Básica		Básica ampliada		Unidade de Saúde de Família		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Domínio I							0,087
Inadequado	34	63,0	6	50,0	123	62,1	
Regular	13	24,1	2	16,7	58	29,3	

Bom	7	13,0	4	33,3	17	8,6	
Domínio II							0,620
Inadequado	9	16,7	1	8,3	27	13,6	
Regular	30	55,6	6	50,0	94	47,5	
Bom	15	27,8	5	41,7	77	38,9	
Domínio III							0,524
Inadequado	2	3,7	1	8,3	3	1,5	
Regular	32	59,3	6	50,0	115	58,1	
Bom	20	37,0	5	41,7	80	40,4	
Domínio IV							0,462
Inadequado	11	20,4	2	16,7	30	15,2	
Regular	35	64,8	6	50,0	118	59,6	
Bom	8	14,8	4	33,3	50	25,3	
Domínio V							0,838
Inadequado	4	7,4	1	8,3	16	8,1	
Regular	17	31,5	6	50,0	63	31,8	
Bom	32	59,3	5	41,7	111	56,1	
Excelente	1	1,9	0	0,0	8	4,0	

Fonte: Autores.

DISCUSSÃO

Na avaliação geral dos municípios da faixa de fronteira, o planejamento da alta hospitalar foi considerado inadequado. O seguimento domiciliar em visita e teleatendimento, o acompanhamento da saúde infantil e a integração entre os setores da saúde e educação foram avaliados como regulares. Apenas o apoio familiar ao cuidador da criança nascida prematura recebeu um escore de avaliação considerado bom. O estudo revelou diferenças na qualidade do seguimento, relacionadas ao porte dos municípios, à localização das unidades de APS (urbana ou rural) e ao tipo de unidade de saúde.

As lacunas na qualidade do acompanhamento da saúde infantil, como fragilidades da prematuridade, falta de infraestrutura e capacitação profissional, evidenciam a necessidade de

intervenções para fortalecer o atendimento ao prematuro e sua família, especialmente em áreas vulneráveis, como rurais e UBS com dificuldades no cuidado multidisciplinar^{22,23}.

A integração entre profissionais e cuidadores é fundamental para o seguimento da criança prematura em todos os seus domínios de cuidado, criando uma rede de suporte robusta que fortaleça o desenvolvimento neuropsicomotor e promova qualidade de vida. O planejamento da alta hospitalar é essencial, servindo como um pilar do seguimento ambulatorial, e deve ser personalizado, com foco nas necessidades específicas de cada família para garantir um cuidado eficaz. Esses processos incluem orientações dinâmicas, estratégias adaptadas e um plano de alta estruturado em parceria com os serviços de APS, conforme descrito por pesquisadores brasileiros e norte americanos^{24,25}.

Contudo, o presente estudo revelou que, no primeiro domínio, a maioria dos serviços foi considerado inadequado. Isso, evidencia a necessidade de reestruturar o processo de alta de crianças prematuras para eliminar essas lacunas no cuidado infantil a longo prazo²⁶.

Em relação à visita domiciliar e teleatendimento, metade das unidades participantes foi avaliada como regular. Embora os resultados demonstrem avanços nesse domínio, ainda há muito a ser melhorado no seguimento domiciliar, visto as dificuldades existentes para efetivar essas ações²⁶.

Um estudo realizado em Arkansas (EUA) sobre o acompanhamento domiciliar de 498 recém-nascidos egressos de UTIN evidenciou que a visita domiciliar impacta positivamente o primeiro ano de vida, promovendo maiores taxas de procura por atendimentos de saúde, imunização, educação parental e, conseqüentemente, redução da mortalidade infantil²⁷.

Os resultados obtidos estão em concordância com estudo brasileiro que evidenciou a descontinuidade da atenção à criança nascida prematura. Essa pesquisa destaca fragilidades nos sistemas de referência e contrarreferência, no vínculo profissional-familiar, na estruturação dos

serviços de forma uniprofissional, além de apontar o cuidado como fragmentado e desarticulado²⁸.

A literatura científica aponta que a interação entre os serviços de saúde, educação e serviços especializados melhora o cuidado integrado, a detecção precoce de problemas e promove novas estratégias de cuidado^{29,30}. No entanto, essa integração é parcial, evidenciando falhas na articulação intersetorial. Um estudo na Espanha com crianças nascidas prematuras mostrou que, mesmo em países desenvolvidos, o acompanhamento dessa população de risco enfrenta dificuldades³¹.

O domínio que se refere ao suporte e apoio familiar, recebeu uma avaliação positiva neste estudo. Grupos comunitários e serviços sociais são fundamentais para fornecer recursos, trocar experiências e orientar sobre cuidados cotidianos da criança em domicílio. Além disso, intervenções e orientações profissionais oportunas direcionadas à família, reduzem a ansiedade dos pais, melhoram o engajamento no cuidado e fortalecem a criação de um ambiente acolhedor^{32,33}.

No contexto deste estudo, a reestruturação dos serviços de APS em regiões de fronteira é essencial devido à ausência de políticas públicas específicas, escassez de recursos, barreiras geográficas e desigualdades no acesso^{14,34,35}. Além disso, as lacunas no suporte ao prematuro e as disparidades regionais na faixa de fronteira evidenciam diferenças em acesso, infraestrutura, capacitação das equipes e práticas assistenciais. A padronização das ações, adaptada às necessidades locais, emerge como estratégia central para reduzir desigualdades e garantir atendimento equitativo, independentemente do contexto regional¹⁸.

Embora a maioria dos domínios apresentasse avaliações inadequadas ou regulares, algumas regionais de saúde se destacaram. A 5ª (Guarapuava) obteve avaliações boas no seguimento da saúde infantil, assim como a 7ª (Pato Branco), 13ª (Cianorte), e sobretudo, a 11ª (Campo Mourão), sem taxa de inadequação. Esses dados refletem avanços regionais

significativos, como apontado em um estudo realizado no município de Guarapuava, que destacou melhorias importantes na assistência materno-infantil, tais como redução da gravidez na adolescência, aumento das consultas de pré-natal e queda nas classificações de Apgar consideradas de risco³⁶.

Esses avanços contrastam com os desafios enfrentados por outras regionais, como a 8ª e a 20ª, que apresentam fragilidades significativas. Um estudo realizado na 8ª regional de saúde revelou que 75,7% dos óbitos no primeiro ano de vida foram considerados evitáveis. Esses poderiam ser prevenidos por ações acessíveis e eficazes, como prevenção, diagnóstico, tratamento e orientações adequadas de promoção e atenção ao recém-nascido. Os resultados reafirmam a necessidade readequar ações externas à saúde da criança, especialmente no período ano de vida, um período crítico para grupos vulneráveis, como os prematuros³⁷.

Ainda no contexto das fragilidades regionais, a 9ª regional enfrenta desafios específicos, pois um de seus municípios integra a tríplice fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina), onde vulnerabilidades socioeconômicas e logísticas impactam a assistência à saúde. Esse cenário exige políticas públicas específicas e acordos binacionais para atender às necessidades da população fronteiriça e garantir o direito universal à saúde^{38,39}.

Porém, segundo a OMS menos da metade da população global tem acesso a serviços essenciais de saúde, levando residentes de países vizinhos a buscar atendimento no Brasil⁴⁰. Esse movimento sobrecarrega o sistema de saúde, enfraquecendo sua estrutura em recursos e organização da assistência⁴¹.

A dificuldade no acesso transfronteiriço à saúde não é exclusiva do Brasil, mas ocorre também em outras regiões do mundo. Um estudo nas fronteiras da África Oriental revelou barreiras semelhantes no acesso, causadas por baixos investimentos em saúde e ausência de políticas internacionais eficazes⁴².

Esse cenário fragiliza a atenção à saúde materno-infantil, visto que o acesso aos serviços de saúde nessas regiões é frequentemente descontinuado¹⁴. Um sistema enfraquecido aumenta as taxas de prematuridade e complicações associadas, impactando na morbimortalidade infantil²². Um estudo norte-americano corroborou essas questões, destacando desigualdades geográficas, desvantagem social e o local de nascimento como fatores de risco para a prematuridade⁴³.

Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) ofereça cobertura assistencial abrangente, incluindo acolhimento e humanização do cuidado, barreiras burocráticas, logísticas, financeiras, culturais e linguísticas ainda afetam a qualidade do atendimento às crianças migrantes. Fatores como dificuldade em compreender o idioma, morosidade nos serviços e falta de confiança foram relatados⁴⁴, somado à carência de profissionais e serviços especializados nessas regiões¹⁸.

Tais desafios destacam a necessidade de estratégias interculturais e investimentos em infraestrutura para reduzir desigualdades e melhorar o acesso ao SUS, principalmente em áreas onde 80% da população depende exclusivamente do SUS, como no município de Foz do Iguaçu, localizado na tríplice fronteira⁴⁵.

Em relação ao porte dos municípios, os pequenos se destacaram em diversos domínios quando comparados aos de médio e grande porte, corroborando estudos que apontam melhor estrutura e processos de trabalho nesses locais⁴⁶. Embora frequentemente enfrentem desafios relacionados ao financiamento, infraestrutura dos serviços de saúde e acesso a média e alta complexidade⁴⁷, esses municípios apresentam facilitadores, como maior cobertura da Estratégia Saúde da Família, proximidade entre profissionais e comunidade, concentração de serviços na APS e melhor continuidade do cuidado em momentos de crise^{48,49}.

As áreas rurais apresentaram maior fragilidade na maioria dos domínios, com altas taxas de inadequação. Essa vulnerabilidade está ligada às barreiras geográficas, como grandes

distâncias, transporte precário, falta de profissionais, infraestrutura insuficiente e limitações no acesso a consultas, exames e medicamentos^{50,51}. Um estudo em Oklahoma reforçou essas questões, mostrando que pacientes urbanos recebem cuidados mais adequados em comparação às regiões rurais, devido a barreiras como distância e infraestrutura deficiente⁵².

Essas áreas se destacaram no domínio de seguimento domiciliar em visita e teleatendimento, devido à necessidade de atendimento remoto. O teleatendimento mostrou-se eficaz para reduzir barreiras, ampliar o acesso aos cuidados especializados e fortalecer ações de educação em saúde em locais com baixa infraestrutura^{26,52}. Além disso, as unidades de saúde da região Sul se sobressaem em tecnologias que viabilizam a telemedicina, superando outras regiões do país⁴⁶.

Quanto ao tipo de unidade, as USF e as unidades básicas ampliadas tiveram melhor desempenho em vários domínios, comparadas às UBS. A USF, com equipe multidisciplinar e melhor capacidade de atendimento, destaca-se na integralidade, reforçando a necessidade de ampliar sua cobertura e implementar políticas públicas para fortalecer a atenção à saúde na APS^{53,54}.

Ademais, pesquisas em países desenvolvidos mostram seguimento de prematuros bem estruturado, com tecnologias avançadas, profissionais especializados e rastreamento eficaz, resultando em menores taxas de morbimortalidade^{32,33,55,56}. Já em países em desenvolvimento, a infraestrutura insuficiente, a carência de profissionais especializados e desigualdades no acesso geram lacunas no cuidado, elevando desnutrição, infecções e atrasos no desenvolvimento infantil^{18,57}.

Dito isso, reforça-se a importância de investir em abordagens que promovam a saúde, levando em consideração o contexto familiar, bem como as condições biológicas, psicossociais e territoriais. O acompanhamento precoce e individualizado, com abordagem resolutiva,

fortalece o cuidado infantil e contribui para a construção de uma sociedade com crianças saudáveis, independentemente de terem nascidas prematuras^{56,57}.

O estudo apresentou limitações relacionadas à dependência de dados autorreferidos pelos participantes, o que pode ter gerado viés de resposta. Além disso, a ausência de um desenho longitudinal impossibilitou avaliar a evolução da qualidade do seguimento ao longo do tempo. Outro ponto é a limitação na generalização dos resultados, dado que o estudo foi realizado em uma região específica, podendo não refletir a realidade de outros contextos ou populações.

CONCLUSÃO

A qualidade do seguimento de crianças prematuras na APS em municípios da faixa de fronteira Oeste do Paraná, sob a perspectiva dos enfermeiros, foi analisada e a continuidade do cuidado foi identificada como forte desafio, sobressaindo as lacunas do planejamento da alta hospitalar, seguimento domiciliar, longitudinalidade do cuidados e integração intersetorial. Apesar disso, o apoio familiar destacou-se positivamente, indicando que intervenções direcionadas são relevantes e podem contribuir para promover o desenvolvimento infantil e reduzir vulnerabilidades.

Regiões fronteiriças, com suas particularidades socioeconômicas e culturais, exigem estratégias de atenção à saúde que considerem suas especificidades. O fortalecimento das redes de cuidado, a capacitação profissional, em especial de enfermeiros, e o investimento em infraestrutura são essenciais para reduzir as desigualdades e garantir uma assistência integral e equitativa.

Assim, este estudo traz contribuições científicas ao evidenciar as lacunas no seguimento de crianças prematuras na APS, especialmente em regiões de fronteira, destacando fatores como fragilidades na transição do cuidado e na integração intersetorial. Os resultados reforçam a

necessidade de estratégias específicas para aprimorar a continuidade do cuidado e a equidade na assistência, oferecendo subsídios para políticas públicas e práticas profissionais mais resolutivas.

REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization. Preterm birth. 2023.
2. Lima MDO, Silva TPR, Carmo AS, Mateus LMA, Marcatto JO, Matozinhos FP, Abreu AC, Couto RC, Pedrosa TMG. Associação entre peso ao nascer, idade gestacional e diagnósticos secundários na permanência hospitalar de recém-nascidos prematuros. *REME Rev Min Enferm.* 2022;26:e1427.
3. Silva RMM, Zilly A, Ferreira H, Pancieri L, Pina JC, Mello DF, et al. Fatores relacionados ao tempo de hospitalização e óbito de recém-nascidos prematuros. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e03704.
4. Fairless HE, Ulloa M, McGrath B. Continuity of care when transitioning complex preterm infants from NICU to home: Parent experiences. *J Neonatal Nurs.* 2021;27(4):273-279.
5. Ribeiro LZ, Macedon CR, Laignier MR, Santos BB, Sousa LVdA, Ramos JLS. Análise da taxa de mortalidade perinatal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo, Brasil entre os anos de 2008 e 2017. *J Hum Growth Dev.* 2023;33(2):250.
6. Seppänen AV, Draper ES, Petrou S, et al. Follow-up after very preterm birth in Europe. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2022;107(1):113-114.

7. Duarte ED, Tavares TS, Cardoso IVL, Vieira CS, Guimarães BR, Bueno M. Fatores associados à descontinuidade do seguimento ambulatorial de egressos de unidades neonatais. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(3):e20180793.
8. Reichert APdS, Soares AR, Bezerra ICS, Guedes ATA, Pedrosa RK, Vieira DS. Terceira etapa do método canguru: experiência de mães e profissionais da atenção primária. *Esc Anna Nery.* 2020;25(1):e20200077.
9. Swearingen C, Simpson P, Cabacungan E, Cohen S. Social disparities negatively impact neonatal follow-up clinic attendance of premature infants discharged from the neonatal intensive care unit. *J Perinatol.* 2020;40(5):790-797.
10. Machado VC. Direitos humanos e políticas públicas de saúde para populações específicas. *Rev Interdisciplinar Saúde Educ.* 2022;3(1):47-71.
11. Queiroz MA, Brasil CC, Cabral CBM, Porto ACL, Barbosa PME, Sousa RC, Alegria RFdG, Peixoto V. Tecnologias eHealth nos cuidados parentais aos bebês nascidos prematuros: revisão integrativa. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2024;29(8):e06212024.
12. Medeiros CC, Franzoi MAH, Silveira AO. Cuidado parental e promoção do desenvolvimento infantil no contexto da prematuridade. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2020;33:11656.
13. Sabino GdC, Araujo DMd, Silva MRBd, Souza DRS, Gomes NN, Oliveira NSd, Machado KLF. Práticas do enfermeiro no acompanhamento da mãe de recém-nato pré-termo na Atenção Básica. *Global Acad Nurs J.* 2021;2(Spe. 1):e91-e91.

14. Berres R, Baggio MA. (Dis)continuation of care of the pre-term newborn at the border. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(3):e20180827.
15. Silva-Sobrinho RA, Zilly A, Silva RMM, Arcoverde MAM, Deschutter EJ, Palha PF, Bernardi AS. Coping with COVID-19 in an international border region: health and economy. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2021;29:e3398.
16. Casacio GDM, et al. Itinerário terapêutico de crianças com necessidades especiais de saúde: análise guiada por sistemas de cuidado. *Rev Gaúcha Enferm.* 2022;43:e20210115.
17. Brasil. Ministério do Planejamento e Orçamento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Boletim Regional, Urbano e Ambiental. Rio de Janeiro: Ipea; 2023. n. 30, jul-dez. 2023. (Edição Especial 15 anos). ISSN 2177-1847.
18. Picco TM, Baggio MA, Hirano AR, Caldeira S, Ferrari RAP. Cuidado em saúde à criança na atenção primária em região de fronteira. *Esc Anna Nery.* 2022;26:e20210104.
19. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Versão. www.OpenEpi.com, atualizado 2013/04/06, acessado 2025/02/01.
20. Silva RMM, Mello DF. Qualidade do seguimento do bebê prematuro na rede de Atenção Primária à Saúde: guia “Qualiprematuro”. *Rev Bras Enferm.* 2022;75:e20220241.
21. Paião SR. Validação de conteúdo do instrumento Qualiprematuro: qualidade do seguimento de prematuros na atenção primária à saúde [dissertação]. Foz do Iguaçu: Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Educação, Letras e Saúde; 2024.

22. Genovesi FF, Canario MASS, Godoy CB, Maciel SM, Cardelli AAM, Ferrari RAP. Assistência à saúde materno-infantil: índice de adequação em serviços públicos de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 4):e20170757.
23. Silva RMM, Pancieri L, Zilly A, Spohr FA, Fonseca LMM, Falleiros de Mello D. Seguimento da saúde da criança e prematuridade: as repercussões da pandemia da COVID-19. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2021;29:e3414.
24. Smith VC, Mao W, McCormick MC. Changes in assessment of and satisfaction with discharge preparation from the neonatal intensive care unit. *Adv Neonatal Care.* 2021;21(5):E144-E151.
25. Uema RTB, Rodrigues TFCdS, Back IR, Zulin A, Santos FGTd, Bernal SCZ, Plantier GM, Radovanovic CAT. Validação de um checklist para alta hospitalar responsável em unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm.* 2024;32
26. Silva RMM, Zilly A, Nonose ERS, Fonseca LMM, Mello DF. Oportunidades de cuidados à criança prematura: visita domiciliar e suporte telefônico. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2020;28.
27. McKelvey LM, Lewis KN, Beavers J, Casey PH, Irby C, Goudie A. Home visiting for NICU graduates: impacts of Following Baby Back Home. *Pediatrics.* 2021;148(1):e2020029397.
28. Tanaka MC, Bernardino FBS, Braga PP, Alencastro LCS, Gaíva MAM, Viera CS. Fragilidades para a continuidade do cuidado ao pré-termo egresso da unidade neonatal. *Rev Esc Enferm USP.* 2024;58.

29. Santos AMS, Tajra I, Torres MV. Avaliação da saúde ocular de crianças da educação infantil em uma creche: tecendo laços entre educação e saúde. *Saúde em Redes*. 2022;8(1):101-115.
30. Davis BE, Leppert MO, German K, Lehmann CU, Adams-Chapman I. Primary care framework to monitor preterm infants for neurodevelopmental outcomes in early childhood. *Pediatrics*. 2023;152(1):e2023062511.
31. Pallás-Alonso CR, Loureiro B, De la Cruz Bértolo J, García P, Ginovart G, Jiménez A, Martín Y, Soriano J, Torres MJ, Vento M. Spanish survey on follow-up programmes for children born very preterm. *Acta Paediatr*. 2019;108:1042-1048.
32. Pineda R, Heiny E, Nellis P, Smith J, McGrath JM, Collins M, Barker A. The Baby Bridge program: a sustainable program that can improve therapy service delivery for preterm infants following NICU discharge. *PLoS One*. 2020;15(5):e0233411.
33. Ma LY. [Research hotspots in post-discharge follow-up management of preterm infants]. *Chin J Contemp Pediatr*. 2023;25(6):560-565.
34. Haum NDAP, Carvalho M. Controle social do SUS: a saúde em região de fronteira em pauta. *Saúde Soc*. 2021;30(4):e200350.
35. Pedro CB, Casacio GDM, Zilly A, Ferreira H, Ferrari RAP, Silva RMM. Fatores relacionados ao planejamento familiar em região de fronteira. *Esc Anna Nery*. 2021;25(3):e20200180.

36. Jardim IMM, Melhem ARF, Saldan PC. Análise temporal de características maternas, assistenciais e de nascidos vivos do município de Guarapuava-PR de 2010 a 2019. *Rev Bras Saúde Materno Infant.* 2024;24:e20230158.
37. Costa LD, Borges LM. Características epidemiológicas da mortalidade neonatal e infantil em uma regional de saúde. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR.* 2026;26(1):57-64.
38. Arenhart CGM, Rizzotto MLF, Melara M, Carrijo AR. Representações sociais do direito à saúde na fronteira trinacional. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2022;27:4233-4241.
39. Hirano AR, Picco TM, Pimenta RA, Baggio MA. Continuidade do cuidado da criança na Atenção Primária à Saúde em região de fronteira. *Interface (Botucatu).* 2023;27:e220697.
40. WHO. World Health Organization. Universal health coverage (UHC). 2023.
41. Novakowski RDF, Baggio MA, Zilly A. Atenção puerperal em uma região de fronteira: fragilidades agravadas pela pandemia de COVID-19. *Esc Anna Nery.* 2023;27:e20220323.
42. Ssenooba F, Babirye S, Tuhebwe D, Ssenyonjo A, Ssendagire S, Rutaroh A, et al. The right of access to healthcare: an analysis of how legal and institutional frameworks constrain or facilitate access to healthcare for residents in border areas in the East African Community. *Int J Equity Health.* 2022;21(1):168.
43. Khan SS, Vaughan AS, Harrington C, Seegmiller L, Huang X, Pool LR, Davis MM, Allen NB, Capewell S, O'Flaherty M, Miller GE, Mehran R, Vogel B, Kershaw KN, Lloyd-Jones DM, Grobman WA. US county-level variation in preterm birth rates, 2007-2019. *JAMA Netw Open.* 2023;6(12):e2346864-e2346864.

44. Coimbra EG, Casacio GDM, Segura-Muñoz SI, Silva-Sobrinho RA, Silva RMM. Cuidado da saúde da criança na experiência de famílias em processo migratório. *Bol Conjuntura (BOCA)*. 2024;19(57):311-338.
45. Gomes MMF, Cruz RCS, Vasconcelos AMN, Izuka A, Bom CG, Luz LDP, Uchimura KY, Terabe S, Cortez-Escalante JJ, Almirón M. Recadastramento da população residente em Foz do Iguaçu, Brasil, em atendimento à Política de Atenção Primária à Saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;46:e158.
46. Catapan SC, Willemann MCA, Calvo MCM. Estrutura e processo de trabalho para implantação da teleconsulta médica no Sistema Único de Saúde do Brasil, um estudo transversal com dados de 2017-2018. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(1):e2020305.
47. Pinafo E, Nunes EFP de A, Carvalho BG, Mendonça FF, Domingos CM, Silva CR. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(5):1619-1628.
48. Costa MIS, Rosa TE da C, Lucena FS, Fernandez M, Duarte LS, Malinvern C, Dantas LA de A. Continuidade do cuidado e ações no território durante a COVID-19 em municípios de São Paulo, Brasil: barreiras e facilitadores. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2023;28(12):3507-3518.
49. Ulinski KGB, Carvalho BG, Vieira FS, Rodrigues R, Lima LD de. Efeitos das emendas parlamentares no financiamento municipal da atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2024;40(3):e00007323.

50. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Almeida PF. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(8):e00247820.
51. Soares DJ, Vilasbôas ALQ, Souza MKB, Bispo Júnior JP. Acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde em municípios rurais do Brasil. *Saúde Debate*. 2024;48(142):e8945.
52. Noyd DH, Janitz AE, Baker AA, Beasley WH, Etzold NC, Kendrick DC, Oeffinger KC. Rural, large town, and urban differences in optimal subspecialty follow-up and survivorship care plan documentation among childhood cancer survivors. *Epidemiology Biomarkers Prev*. 2023;32(5):634-41.
53. Signor E, Weiller TH, Lopes LFD, Gonzales RIC, Antunes LB, Kessler M. Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde de acordo com modelos assistenciais. *Rev Enferm UFSM*. 2022;12(e46):1-16.
54. Castanheira ERL, Duarte LS, Viana MMO, Nunes LO, Zarili TFT, Mendonça CS, Sanine PR. Organização da atenção primária à saúde de municípios de São Paulo, Brasil: modelo de atenção e coerência com as diretrizes do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2024;40(2):PT099723.
55. Pierrat V, Marchand-Martin L, Marret S, Arnaud C, Benhammou V, Cambonie G, Debillon T, Dufourg MN, Gire C, Goffinet F, Kaminski M, Lapillonne A, Morgan AS, Rozé JC, Twilhaar S, Charles MA, Ancel PY; EPIPAGE-2 Writing Group. Neurodevelopmental outcomes at age 5 among children born preterm: EPIPAGE-2 cohort study. *BMJ*. 2021;373(741):n741.

56. Litt JS, Campbell DE. High-risk infant follow-up after NICU discharge: current care models and future considerations. *Clin Perinatol*. 2023;50(1):225-238.

57. Neto FMJ. Redes de atenção à saúde: realidade de Portugal no acompanhamento do prematuro, após alta hospitalar/Health care networks: reality in Portugal in the monitoring of premature infants after hospital discharge. *J Nurs Health* . 2023;13.

ARTIGO II

Cuidado à saúde da criança prematura na atenção primária de municípios da faixa de fronteira

Resumo

Objetivo: analisar o cuidado à saúde ofertado à criança que nasceu prematura na atenção primária de municípios da faixa de fronteira, na perspectiva dos enfermeiros. **Método:** estudo analítico e exploratório, conduzido em 71 municípios da faixa de fronteira Oeste do Paraná, Brasil, com 264 enfermeiros que responderam o guia avaliativo “Qualiprematuro”, estruturado em cinco domínios. Dados foram analisados pelo teste de associação qui-quadrado ajustado (X^2). **Resultados:** Os achados mostram dificuldades referentes a alta hospitalar, retorno ambulatorial, visitas domiciliares, protocolos específicos, capacitações, teleatendimento, filas de espera para atendimentos especializados, avaliações comportamentais e psicomotoras, integração com a comunidade, educação em saúde, orientação aos pais, contrarreferência, articulação entre saúde, educação e pesquisa e a falta de apoio psicológico aos pais. Como aspecto facilitador elencam-se atendimento em tempo oportuno, acesso ao suporte assistencial, farmácia popular, transporte sanitário e complementação nutricional. **Conclusão:** faz-se premente investimentos na qualificação profissional, na estruturação de fluxos assistenciais e no fortalecimento da integração intersetorial que repercutam em ações que contemplem as singularidades da criança prematura e bem como consolidem a atenção primária como eixo central do cuidado integral.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Recém-Nascido Prematuro; Continuidade da Assistência ao Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Saúde na Fronteira.

Introdução

A prematuridade permanece como um desafio para a saúde pública. Suas consequências vão além do período neonatal, afetando o crescimento, o desenvolvimento e aumentando o risco de doenças crônicas ao longo da vida. Estima-se que mais de 13 milhões de recém-nascidos nascem prematuros anualmente em todo mundo. No Brasil, em 2023, foram registrados 303.450 casos de prematuridade^{1,2}. Quase um milhão de mortes estão relacionadas ao nascimento prematuro. Somente no Brasil, entre 2007 e 2017, foram contabilizados 193.482 óbitos, evidenciando um grave impacto social e econômico, sobretudo em países de baixa renda e maior vulnerabilidade^{1,3}.

Para atingir a meta global dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que visa reduzir as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos até 2030, torna-se necessário identificar as lacunas no cuidado a essas crianças, especialmente em regiões de maior vulnerabilidade. Nesse contexto, o seguimento ambulatorial desempenha um papel essencial ao monitorar potenciais complicações e garantir intervenções precoces, promovendo um desenvolvimento saudável e contribuindo para a redução da mortalidade infantil⁴⁻⁶.

O acompanhamento da saúde de crianças prematuras na Atenção Primária à Saúde (APS) tem avançado, especialmente no acesso aos serviços de saúde e na redução de desigualdades, mas ainda enfrenta desafios. Estudos apontaram fragilidades como a falta de organização dos fluxos assistenciais e dos encaminhamentos especializados, comunicação frágil entre os níveis de atenção, ausência de treinamentos e protocolos adequados, cobertura territorial incompleta, não efetivação da visita domiciliar e dificuldade para estabelecer vínculos com a família. Esses fatores, somados a condições socioeconômicas desfavoráveis, comprometem a continuidade do cuidado na APS⁷⁻⁹.

A persistência de lacunas na APS contribui para o abandono do acompanhamento ambulatorial da criança de alto risco. A falta de suporte profissional adequado e a ausência de

um vínculo efetivo com as famílias, somada às dificuldades emocionais e sociais que elas enfrentam, agravam a vulnerabilidade tanto individual quanto institucional. Esse cenário aumenta os riscos à saúde e ao desenvolvimento infantil, prejudicando a continuidade do cuidado e a efetividade das intervenções¹⁰.

É importante destacar que municípios situados na faixa de fronteira, cenário deste estudo, são considerados vulneráveis devido aos desafios relacionados às peculiaridades socioeconômicas e culturais, às barreiras linguísticas e aos fluxos migratórios intensificados. Esses fluxos podem agravar a sobrecarga em sistemas de saúde já deficitários, especialmente pelo aumento da demanda gerada por doenças e riscos sanitários, direcionando a atenção prioritariamente para problemas agudos de saúde^{11,12}.

A infraestrutura limitada, a escassez de profissionais qualificados, o baixo investimento em saúde e a falta de políticas públicas integradas e eficazes agravam as vulnerabilidades de crianças prematuras e suas famílias¹². Além disso, as desigualdades em saúde, frequentemente observadas nessas regiões de fronteira, impactam a morbimortalidade em comparação a municípios não fronteiriços^{13,14}. Nesse contexto, destaca-se o papel da APS na mitigação dessas desigualdades, promovendo acesso, continuidade e qualidade do cuidado, além de fortalecer a garantia dos direitos humanos universais¹⁵.

Portanto, a funcionalidade dos serviços de APS como eixo central para a continuidade do cuidado, sobretudo em uma região vulnerável, é essencialmente relevante, visto a necessidade de promover o acompanhamento holístico que contemple não apenas a criança, mas também o ambiente familiar e suas singularidades. Garantir o acesso equitativo e compreender as particularidades do seguimento são aspectos fundamentais para a formulação de estratégias específicas e para ampliar práticas em saúde sensíveis, acolhedoras e integrais¹⁶.

Desse modo, o estudo tem como objetivo descrever o cuidado à saúde ofertado à criança que nasceu prematura na atenção primária de municípios da faixa de fronteira, na perspectiva dos enfermeiros.

Métodos

Delineamento do estudo

Estudo analítico, exploratório e de abordagem quantitativa, com delineamento seccional¹⁷. Foi classificado como não experimental, pois não há manipulação de variáveis ou grupos de comparação, sendo fundamentado na observação¹⁸.

Cenário do estudo

Os dados foram coletados nos serviços de APS de municípios do estado do Paraná, Brasil, localizados na faixa de fronteira Oeste. Essa região de fronteira com Argentina e Paraguai abrange 139 municípios, distribuídos entre nove diferentes regionais de saúde.

Período de coleta de dados

Os dados foram coletados entre março e agosto de 2024.

População e participantes

Os participantes do estudo foram 264 enfermeiros(as) que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF), distribuídos em 71 municípios da faixa de fronteira Oeste do Paraná, pertencentes aos 139 municípios.

Critérios de seleção

Para contribuir com o estudo, considerou-se os critérios de inclusão: ser enfermeiro(a); com um ano ou mais de atuação na APS; e já ter realizado o seguimento da saúde da criança que nasceu prematura. Como critérios de exclusão: enfermeiros(as) em licenças, férias ou afastados durante o período da pesquisa.

Definição da amostra

O cálculo amostral foi realizado considerando o total de unidades de APS de todos os municípios que compõem a faixa de fronteira internacional no estado do Paraná. Dos 399 municípios, 139 são pertencentes à faixa de fronteira. Assim, considerando que eram 837 unidades de APS, o número mínimo de unidades participantes ficou estipulado em 264. A equação utilizada para o cálculo do tamanho da amostra foi a seguinte:

$$n = (EDFF * Np(1-p)) / [(d^2 / Z^2 1-\alpha / 2 * (N-1) + p * (1-p)]$$

Onde “N” é o tamanho da população, “p” é a frequência em % hipotética do fator do resultado na população, “d” é o limite de confiança e “EDFF” é o Efeito de desenho¹⁹. Para o cálculo, foi considerado alfa 5% e intervalo de confiança em 95%.

Instrumentos de coleta de dados

O instrumento utilizado foi o guia avaliativo "Qualiprematuro", desenvolvido e validado no Brasil²⁰. Ele é organizado em cinco domínios: Planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidados (I); Seguimento domiciliar em visita e teleatendimento (II); Seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravos (III); Integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado (IV); e Apoio e suporte familiar para o cuidado (V), totalizando 64 questões^{20,21}.

De acordo com o guia, para cada questão são atribuídos os valores de 01 a 04, com a opção de marcação de uma alternativa apenas. A avaliação de cada domínio pode ser realizada separadamente, como recomenda o Qualiprematuro, considerando que o serviço de saúde pode se mostrar inadequado em um domínio e excelente em outro²⁰. Ressalta-se que o instrumento também permite realizar uma avaliação por questão, de forma separada como foi realizado no presente estudo.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por uma enfermeira e uma bióloga, sendo uma mestranda e uma pós-doutoranda em Saúde Pública em Região de Fronteira.

Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa por diferentes meios, incluindo e-mails, mensagens de texto instantâneas (*WhatsApp*®), redes sociais, chamadas de áudio ou vídeo, além do contato direto por gestores ou presencialmente nas unidades de saúde. Do total, 213 enfermeiros responderam ao convite feito por meio remoto, e 51 enfermeiros participaram presencialmente. No entanto, independentemente do meio de contato, todos preencheram o questionário da pesquisa por meio de acesso à plataforma Google Forms®.

Na primeira página do questionário, os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Somente após selecionar a opção "concordo", o sistema permitiu o acesso à página seguinte, que continha questões voltadas à caracterização pessoal e profissional. Em seguida, foram apresentadas perguntas específicas sobre o seguimento da criança prematura no contexto da APS.

Tratamento e análise de dados

O teste qui-quadrado ajustado (X^2) foi aplicado para avaliar a associação das classes internas de cada variável, verificando-se a hipótese de equilíbrio entre as variáveis. Portanto, valor de $p < 0,05$ indica uma variável com uma classe que possivelmente está se sobre saindo entre as demais.

Os dados foram organizados em planilhas no Excel[®] e as análises estatística foram realizadas no *software* Jamovi 2.3.28, sendo fixado alfa (erro tipo I) em 5%.

Aspectos éticos

Este estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob o parecer nº 6.545.705. Para garantir a privacidade e a proteção da identidade dos participantes, o anonimato foi assegurado em todas as etapas da pesquisa, garantindo sua condução ética. Além disso, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi disponibilizado a todos os profissionais antes da participação no estudo.

Resultados

A Tabela 1 apresenta os resultados do Domínio I, que aborda o planejamento da alta hospitalar e a organização do plano de cuidados.

Os resultados do Domínio I receberam, de forma geral, uma avaliação inadequada. Quase metade dos profissionais não foi comunicada sobre a alta da criança prematura, visto que não há comunicação entre estas esferas de cuidado. Pouco mais de três quartos dos enfermeiros não participaram da elaboração do plano de alta, e grande parte desconhece a sua existência. Quanto ao histórico da hospitalização da criança, o encaminhamento das informações foi realizado principalmente por escrito ou por telefone.

Os enfermeiros relataram, em sua maioria, desconhecer se a equipe de saúde hospitalar oferece orientação e treinamento ao cuidador principal para os cuidados domiciliares, continuidade do cuidado ambulatorial ou avaliação das condições emocionais do cuidador. Além disso, não foi identificado agendamento prévio para as consultas na UBS/USF durante a alta hospitalar, ficando sob responsabilidade das famílias buscar a unidade para o seguimento ambulatorial de forma independente.

Para facilitar a compreensão, as tabelas a seguir mostram as respostas mais frequentes, seguidas da frequência absoluta, da frequência relativa e valor do p.

Tabela 6 - Análise do Domínio sobre o planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidados (n=264). Municípios de faixa de fronteira, Paraná, Brasil, 2025

Perguntas e Respostas do Domínio I	Resposta	n	%	p-valor
Os profissionais de saúde da APS desta unidade são comunicados pelos profissionais do hospital sobre a alta da criança prematura				
Não são comunicados	1	131	49,6	<0,001
Qual a forma de comunicação entre hospital e serviço de APS sobre a alta hospitalar da criança prematura?				
Não há comunicação da alta hospitalar	1	79	29,9	0,043
Os profissionais de saúde desta unidade organizam o planejamento da alta da criança prematuramente para a organização dos cuidados oferecidos pelos serviços de APS?				
Não participam	1	203	76,9	<0,001
Os profissionais da unidade de APS participam da elaboração do plano de cuidados da criança prematuramente para o domicílio?				
Não sabe se o plano de cuidados é elaborado	1	123	46,6	<0,001
Na elaboração do plano de cuidados para o domicílio, é avaliado o ambiente familiar e social em que a criança será instalada antecipadamente?				
Não sabe se o plano de cuidados é elaborado	1	127	48,1	<0,001
No plano de cuidados para a alta é levado em consideração o histórico de hospitalização da criança prematura?				
Encaminhamento realizado por escrito ou telefone com o histórico	3	115	43,6	<0,001
Antes da alta hospitalar, o cuidador principal é orientado e treinado pelos profissionais de enfermagem do hospital para os cuidados e necessidades da criança prematura em domicílio?				

Não sei informar	1	152	57,6	<0,001
Antes da alta, o cuidador principal é orientado pelos profissionais do hospital sobre os atendimentos ambulatoriais da criança prematura?				
Não sei informar	1	150	56,8	<0,001
Antes da alta hospitalar, as condições emocionais do cuidador principal foram observadas e avaliadas pelos profissionais?				
Não sei informar	1	197	74,6	<0,001
Uma criança precoce recebe alta hospitalar com consulta de seguimento agendada na UBS/USF próxima à sua casa?				
Não há agendamento prévio e o cuidador principal precisa procurar a UBS/USF	1	138	52,3	<0,001

Fonte: Dados coletados pelos autores, 2025.

No que se refere ao seguimento domiciliar em visita e teleatendimento (Domínio II) (Tabela 2), cuja avaliação geral foi regular, os resultados indicaram que as visitas domiciliares para as crianças prematuras ocorrem em quase metade das unidades investigadas, geralmente conduzidas por uma equipe multiprofissional, com a participação de pelo menos dois profissionais. Destaca-se que a primeira visita foi realizada na primeira semana após a alta hospitalar em dois terços das unidades de APS. No entanto, o foco das visitas ainda esteve vinculado a demandas específicas nas respostas de três quartos dos enfermeiros, como a ausência em puericulturas e imunização. Além disso, falhas no uso de protocolos predefinidos foram identificadas a partir das respostas de quase metade dos enfermeiros, pois as ações foram definidas apenas no dia da visita. Quanto a treinamentos e capacitações específicas para as equipes, a maioria dos respondentes relatou sua inexistência.

Em relação ao teleatendimento, foram identificadas barreiras significativas, uma vez que esse serviço não foi disponibilizado para quase metade dos participantes e a pouco mais da metade relatou que este tipo de acompanhamento não é realizado.

Por outro lado, a respeito das ações de cuidado nas visitas, os profissionais destacaram, em sua maioria, a importância de um cuidado integral e holístico que contemple a criança prematura, sua família e o ambiente em que estão inseridos. Ademais, metade ressaltou a

necessidade de discutir e compartilhar as ações com a equipe multidisciplinar para direcionar o cuidado de forma eficiente.

Tabela 7 - Avaliação do Domínio sobre o seguimento domiciliar em visita e teleatendimento (n=264). Municípios de faixa de fronteira, Paraná, Brasil, 2025

Perguntas e Respostas do Domínio II	Resposta	n	%	p-valor
São realizadas Visitas Domiciliares à criança prematura?				
Para todas as crianças prematuras	4	130	49,2	<0,001
Quais profissionais realizam Visitas Domiciliares para a criança prematura?				
Equipe multiprofissional (enfermeiros/técnicos de enfermagem/médicos/Agentes Comunitário de Saúde/dentre outros), com a participação de pelo menos dois profissionais	4	127	48,1	<0,001
Quando a criança prematura chega em casa, quanto tempo leva para a primeira Visita Domiciliar?				
Na primeira semana após a alta	4	175	66,3	<0,001
Qual o intervalo de tempo estabelecido entre as Visitas Domiciliares para a criança prematura?				
Realizada quando há falta na puericultura e vacinação	2	83	31,4	<0,001
As ações realizadas nas Visitas Domiciliares são embasadas em protocolos previamente estabelecidos?				
Ações apenas definidas no dia de sua realização	3	121	45,8	<0,001
Há treinamentos e/ou capacitação da equipe para as Visitas Domiciliares direcionadas para o cuidado da criança prematura?				
Não são realizados treinamentos ou capacitações	2	141	53,4	<0,001
É disponibilizado ao cuidador principal ou à família de crianças prematuras o teleatendimento?				
Não disponibilizado	1	127	48,1	<0,001
Sobre o teleatendimento, quais profissionais estão disponíveis para atender o cuidador principal e/ou a família da criança prematura?				
Não disponibilizado	1	127	48,1	<0,001
Há treinamentos e ou capacitação da equipe profissional para o teleatendimento direcionado para o cuidado da criança prematura?				
Não é realizado teleatendimento	1	137	51,9	<0,001
Nas Visitas Domiciliares ou nos teleatendimentos, qual o foco das ações contempladas?				
O cuidado da criança prematura, da família e do ambiente/contexto em que estão inseridos, bem como as demandas apresentadas pela família	4	135	51,1	<0,001
Após a Visita Domiciliar e ou teleatendimento, como as ações em saúde são definidas?				

Ações são compartilhadas/discutidas com a equipe multidisciplinar para direcionar o cuidado	4	132	50,0	<0,001
---	---	-----	------	--------

Fonte: Dados coletados pelos autores, 2025.

O seguimento da saúde infantil que contempla o Domínio III, cuja avaliação geral foi regular, é mostrado na Tabela 3 com destaque para a consulta inicial de puericultura que ocorreu, em dois terços das unidades investigadas, predominantemente na primeira semana após a criança chegar em casa, sendo realizada de forma intercalada pela equipe multiprofissional nessa mesma proporção. Contudo, pouco mais da metade dos enfermeiros indicaram que o agendamento da consulta ficou sob responsabilidade da família. A periodicidade das consultas foi mensal na maioria das unidades, enquanto em situações de vulnerabilidade as consultas ocorreram quinzenalmente para quase dois terços dos respondentes, permanecendo, em mais de três quartos, até a criança completar dois anos de vida.

Em relação ao crescimento da criança prematura, os enfermeiros relataram que os controles e gráficos específicos para a prematuridade foram aplicados em na maioria. No entanto, para metade deles, os protocolos utilizados eram os disponíveis para as consultas regulares, sem adaptações específicas para criança prematura. Quanto à estratificação de risco, todas as crianças prematuras foram estratificadas da mesma forma, de alto risco na maioria das indicações dos enfermeiros do estudo. Novamente, as capacitações dos profissionais direcionados à puericultura representou um desafio, visto que pouco mais da metade afirmou que elas não aconteceram.

No contexto da puericultura, verificou-se, na maior parte, a existência de um processo de avaliação do crescimento e do desenvolvimento baseado no exame clínico, em triagens para identificar risco e no esquema vacinal diferenciado para a criança prematura. Além disso, avaliações especializadas foram disponibilizadas, em grande parte, durante o primeiro ano de

vida. Entretanto, foi identificado que os cuidadores principais enfrentam dificuldades para reconhecer sinais de alerta de agravos à saúde, conforme relatado por pouco mais de dois quintos dos enfermeiros.

Tabela 8 - Avaliação do Domínio sobre o seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravos (n=264). Municípios de faixa de fronteira, Paraná, Brasil, 2025

Perguntas e Respostas do Domínio III	Resposta	n	%	p-valor
Quando ocorre o primeiro atendimento de puericultura da criança prematura na UBS/USF? Na primeira semana após chegar em casa, independentemente se ficou ou não hospitalizada	4	173	65,5	<0,001
Como é realizado o agendamento da primeira consulta de puericultura da criança prematura? O cuidador principal ou a família precisa ligar ou ir na unidade de saúde, sendo que, a consulta da criança prematura é considerada prioritária	3	135	51,1	<0,001
A consulta de puericultura da criança prematura é realizada com quais profissionais? As consultas são intercaladas com a equipe multiprofissional	4	167	63,3	<0,001
Qual o intervalo preconizado das consultas de puericultura nos serviços especializados e na APS? Mensal e em condições vulneráveis quinzenal	2	165	62,5	<0,001
Até quando a puericultura da criança prematura é realizada? Até completar dois anos de vida nos serviços especializados e na APS	2	207	78,4	<0,001
Como é realizada a consulta de seguimento do crescimento da criança prematura pelo profissional da APS (peso, estatura e perímetro cefálico)? Realizados controles e utilizados os gráficos para a criança prematura	4	158	59,9	<0,001
Quais as diretrizes/protocolos para realização da puericultura da criança prematura? Há protocolos gerais disponíveis	3	132	50,0	<0,001
Há treinamentos/capacitação dos profissionais para a puericultura da criança prematura? Não há treinamentos e/ou capacitações	1	136	51,5	<0,001
É realizada a estratificação de risco da criança que nasceu prematura? Toda criança prematura é estratificada de alto risco	2	140	53,0	<0,001
O que é realizado na puericultura para o seguimento do crescimento e desenvolvimento da criança prematura? Avaliação do crescimento e desenvolvimento com base no exame clínico, ferramentas de triagens para identificar				

risco e esquema vacinal diferencial para a criança prematura	4	149	56,4	<0,001
Quais as especialidades são inseridas no acompanhamento de saúde da criança prematura pela equipe multidisciplinar? São disponibilizadas avaliações ainda no primeiro ano por profissionais especializados, da área: fonoaudiologia, oftalmologia, neurologia e cardiologia	4	110	41,7	<0,001
O cuidador principal e a família reconhecem os sinais de alerta de agravos à saúde da criança prematura? Reconhecem parcialmente sinais de alerta	3	117	44,3	<0,001

Fonte: Dados coletados pelos autores, 2025.

Os dados revelaram um cenário heterogêneo quanto à integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado (Domínio IV), com uma avaliação geral regular (Tabela 4). O sistema de referência para o atendimento à saúde da criança prematura foi considerado eficiente por quase metade dos enfermeiros. Entretanto, a contrarreferência apresentou resultados limitados, apesar de o sistema ser considerado integrado e com troca de informações entre as esferas de atenção por um terço dos participantes. Além disso, o compartilhamento do histórico da criança por meio de prontuário eletrônico foi identificado em mais da metade das unidades, evidenciando fragilidades no processo de comunicação.

A integração entre unidades de saúde e instituições educacionais ocorreram somente em situações com problemas específicos para a maioria dos respondentes, enquanto grande parte indicou estratégias de acompanhamento restritas às crianças com diagnóstico de atraso no desenvolvimento. Reuniões para discutir casos e capacitar profissionais da educação aconteceram, nas respostas de um quinto dos enfermeiros, em situações de urgência ou casos especiais.

Em emergências, segundo quase metade dos enfermeiros, os cuidadores recorrem a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), e no caso de atendimento psicológico, o serviço foi disponível para menos da metade das unidades.

A estratificação de risco e o encaminhamento adequado para atendimentos especializados foram considerados eficientes para maior parte dos enfermeiros. Contudo, um terço relatou desconhecimento sobre a existência de protocolos específicos para avaliações oftalmológicas e pouco mais de dois quintos indicaram como esses agendamentos seriam realizados.

Em relação aos protocolos para avaliação neurológica e/ou cardiológica, os encaminhamentos foram realizados nos casos com diagnósticos de alterações. No entanto, verificou-se a necessidade de permanência em filas de espera para mais de um terço das unidades. Além disso, quase metade dos profissionais desconheciam o andamento desse processo.

A avaliação comportamental das crianças foi realizada com base apenas na percepção dos familiares ou dos profissionais da APS, segundo maior parte dos enfermeiros. Nas unidades em que foram identificadas alterações, as crianças foram inseridas em filas de espera em uma proporção semelhante, assim como ocorreu para a avaliação psicomotora, que foi realizada mediante diagnóstico prévio. Ademais, quando as crianças são encaminhadas para serviços especializados, pouco mais da metade indicou não existir previsão de tempo para o atendimento. Já a avaliação fonoaudiológica de triagem auditiva foi realizada previamente ainda no primeiro ano de vida, segundo quase metade dos enfermeiros.

Os resultados apontaram que para pouco mais de 40% dos enfermeiros não existe integração entre a unidade de saúde e as instituições de ensino e pesquisa.

Tabela 9 - Avaliação do Domínio sobre integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado (n=264). Municípios de faixa de fronteira, Paraná, Brasil, 2025

Perguntas e Respostas do Domínio IV	Resposta	n	%	p-valor
Como é o sistema de referência para a atenção à saúde da criança prematura?				

Sistema de referência ágil e troca informações entre as esferas de atenção à saúde, prioriza o atendimento a criança prematura	4	128	48,5	<0,001
Como é a contrarreferência para a atenção à saúde da criança prematura?				
É integrado e com trocas de informações entre as esferas de atenção	4	78	29,5	<0,007
É trabalhado o histórico de saúde-doença da criança prematura?				
Há prontuário eletrônico integrado na rede	4	138	52,3	<0,001
Há integração entre unidade de saúde e instituição educacional que a criança prematura frequenta?				
Os profissionais da APS conhecem a escola, mas a integração ocorre somente quando existe algum problema	3	154	58,3	<0,001
Há estratégias de acompanhamento da criança prematura entre os serviços de saúde e educação?				
Sim, para crianças com diagnóstico de atraso no desenvolvimento	2	110	41,7	<0,001
Há reuniões para discutir casos e instrumentalizar os profissionais da educação sobre a criança prematura?				
Há troca de informações em situações de urgência/especiais	2	110	41,7	<0,001
Em situação aguda, o cuidador principal ou famílias das crianças prematuras sabem qual serviço procurar?				
Buscam a Unidade de Pronto Atendimento	3	127	48,1	<0,001
Se o cuidador principal ou família da criança prematura precisar de atendimento psicológico, existe o serviço disponível?				
Serviço de psicologia está disponível e as famílias o procuram	4	110	41,7	<0,001
É realizada a estratificação da criança prematura de risco para complicações tardias?				
Estratificação de risco é feita e há encaminhamentos adequados para os atendimentos necessários	4	120	45,5	<0,001
Há protocolos para avaliação oftalmológica da criança prematura?				
Não sei informar	1	91	34,5	<0,003
Como é realizado o agendamento da avaliação oftalmológica das crianças prematuras com peso ao nascer inferior a 2000g e/ou idade gestacional ≤ 36 semanas?				
Não sei informar	1	120	45,5	<0,001
Há protocolos para avaliação neurológica e/ou cardiológica da criança prematura?				
Encaminhamento se houver diagnóstico de alterações neurológicas e/ou cardiológicas, mas fica na fila de espera	2	100	37,9	<0,001
Como é o andamento da avaliação neurológica e/ou cardiológica da criança prematura?				
Não sei informar	1	121	45,8	<0,001

Há protocolos para avaliação comportamental da criança prematura?					
Avaliação realizada apenas com base na percepção da família e/ou profissional nos atendimentos na APS;	3	111	42,1	<0,001	
Há avaliação da psicologia infantil para a criança prematura?					
Crianças com alterações são inseridas na fila de espera	3	121	45,8	<0,001	
Há protocolos para avaliação psicomotora da criança prematura?					
Apenas com diagnóstico de alterações	2	124	46,9	<0,001	
Como é o andamento para atender a criança prematura em caso de necessitar órtese ou prótese?					
Há encaminhamento ao serviço especializado sem previsão de tempo	3	137	51,9	<0,001	
Como é o andamento para a avaliação fonoaudiológica de triagem auditiva da criança prematura?					
Há avaliação preventiva no primeiro ano de vida	4	120	45,5	<0,001	
Há integração entre unidade de saúde e instituição de ensino?					
Não há integração	2	113	42,8	<0,001	

Fonte: Dados coletados pelos autores, 2025.

O apoio e o suporte familiar para o cuidado (Tabela 5), avaliados como bom pela maioria dos profissionais que considerou que o serviço de saúde ofereceu suporte adequado às famílias de crianças prematuras. No entanto, pouco mais de dois terços dos enfermeiros desconhecia a existência de redes apoio comunitário no bairro onde a família reside.

Os enfermeiros, em sua maioria, relatam oferecer suporte ocasionalmente no cuidado familiar, tanto no domicílio quanto na UBS. Adicionalmente, menos da metade indicaram conhecer a estrutura domiciliar e colaborar na adaptação do ambiente para torná-lo mais seguro para a criança. Contudo, grande parte não soube informar se existe um contexto comunitário acolhedor e estimulador para a criança.

Destacou-se a oferta do suporte pela assistência social na maioria das respostas, e, segundo mais de dois terços dos enfermeiros, famílias em situação de vulnerabilidade social recebem auxílio. Porém, apenas pouco mais de um terço dessas famílias foram acompanhadas regularmente pelo serviço social. Outra fragilidade identificada foi a baixa frequência, cerca de

um terço, de orientações oferecidas aos cuidadores principais sobre os direitos da criança no contexto comunitário.

Por outro lado, os enfermeiros relataram que as famílias contaram com alguns tipos de apoio estruturado, como o serviço de farmácia popular em sua maioria, transporte sanitário acessível com pouco mais da metade das indicações e complemento nutricional gratuito, acima de três quartos.

Tabela 10 - Avaliação do Domínio sobre apoio e suporte familiar para o cuidado (n=264). Municípios de faixa de fronteira, Paraná, Brasil, 2025

Perguntas e Respostas do Domínio V	Resposta	n	%	p-valor
O serviço de saúde oferece suporte à família para o cuidado da criança prematura?				
Há fonte de apoio familiar e suporte do serviço de saúde para o cuidado	4	140	53,0	<0,001
No bairro onde a família reside, há apoio comunitário e suporte à família para o cuidado da criança prematura?				
Não sei informar	1	104	39,4	<0,001
Existem profissionais de saúde que podem apoiar à família no cuidado da criança prematura?				
Existem profissionais de saúde que colaboram no cuidado de vez em quando, podendo ser no domicílio ou na própria UBS	3	155	58,7	<0,001
Profissionais do serviço de saúde conhecem se a estrutura do domicílio oferece segurança (ambiente salubre) e acomodações adequadas para a criança prematura?				
Profissionais do serviço de saúde conhecem a estrutura domiciliar e colaboram com a adaptação para um ambiente seguro	4	121	45,8	<0,001
Profissionais do serviço de saúde conhecem na comunidade um contexto acolhedor e capaz de estimular o desenvolvimento da criança prematura?				
Não sei informar	1	108	40,9	<0,001
O serviço de saúde / comunidade oferece assistência social às famílias da criança prematura?				
Oferece e as famílias conseguem acessar o serviço	4	182	68,9	<0,001
Famílias em vulnerabilidade social recebem auxílio do serviço de assistência social?				
Há auxílio do serviço de assistência social às famílias de crianças prematuras	4	183	69,3	<0,001
As famílias estratificadas como vulneráveis são acompanhadas pelo serviço social da sua comunidade?				

São acompanhadas de forma efetiva, com atendimento regular.	4	105	39,7	<0,001
Os cuidadores principais recebem orientações a respeito dos direitos da criança prematura e da família na comunidade?				
São oferecidas orientações sobre os direitos da criança e da família	4	100	37,8	<0,001
Há serviço de farmácia popular e ou comunitária para dar suporte ao cuidador principal e à família da criança prematura?				
Sim, existe o serviço para dar suporte às famílias	4	190	71,9	<0,001
Há serviço de transporte sanitário para o seguimento à saúde da criança prematura?				
Sim, existe o serviço para dar suporte às famílias	4	154	58,3	<0,001
Em caso de necessidade de complemento nutricional, há serviço gratuito para dar o suporte ao cuidador principal e a família da criança prematura?				
Sim, existe o serviço para dar suporte às famílias	4	223	84,4	<0,001

Fonte: Dados coletados pelos autores, 2025.

Discussão

A pesquisa evidenciou falhas no planejamento da alta hospitalar, especialmente na comunicação entre hospital e a APS. Destacaram-se o desconhecimento sobre orientações às famílias no momento da alta, ausência de agendamento prévio para consultas na UBS/USF baixo número de visitas domiciliares. Os profissionais reconheceram a importância do cuidado integral, mas enfrentam desafios como falta de protocolos, capacitações e limitações no teleatendimento. Apesar da realização oportuna das consultas de puericultura, persistiram lacunas no manejo precoce dessas crianças, incluindo longas filas de espera para atendimentos especializados e dificuldades em avaliações comportamentais e psicomotoras.

No cenário analisado, identificaram-se avanços no cuidado da criança prematura, como suporte assistencial em casos de vulnerabilidade social/domiciliar e acesso a programas como farmácia popular, transporte sanitário e complementação nutricional. No entanto, persistiram fragilidades, incluindo integração limitada com a comunidade, baixa oferta de educação em saúde, insuficiência de orientação aos pais sobre seus direitos, dificuldades na contrarreferência e pouca articulação entre os setores da saúde, educação e pesquisa. Além disso, a ausência de

atendimento psicológico aos pais evidenciou a necessidade de estratégias para fortalecer o suporte às famílias.

No contexto de transição dos cuidados, a literatura internacional aponta que um planejamento adequado de alta hospitalar é essencial para reduzir as taxas de rehospitalização⁽²²⁻²³⁾. Estudos americanos enfatizaram a importância de ações bem estruturadas nesse processo, incluindo treinamentos direcionados, encaminhamentos e organização dos cuidados da alta hospitalar, pois todos são fundamentais para garantir a continuidade e a integralidade do cuidado à criança prematura, especialmente para famílias em situação de vulnerabilidade⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Esta pesquisa identificou dificuldades no planejamento da alta hospitalar, alinhando-se a outros estudos que evidenciaram a inexistência de comunicação entre hospitais e APS^(7,26). Estudo brasileiro apontou desafios adicionais, como a ausência não somente de orientações aos cuidadores, como também de sistema informatizado, somado à integração deficiente entre profissionais das redes de atenção e à inexistência de indicadores e de protocolos formais para contrarreferência e retorno ambulatorial⁽²⁷⁾.

A avaliação do estado emocional dos cuidadores na alta hospitalar, é frequentemente negligenciada, como evidenciado neste estudo pela baixa oferta de atendimento psicológico. Pesquisas revelaram que medo, dificuldades e preocupações dos pais impactam diretamente o cuidado. Isso reforça a necessidade de orientações claras na alta hospitalar e acompanhamento contínuo por uma equipe multidisciplinar. O suporte emocional fortalece a resiliência dos cuidadores, favorecendo o desenvolvimento saudável da criança e a adaptação da família à nova rotina⁽²⁸⁻²⁹⁾.

A visita domiciliar é ferramenta essencial para acompanhar a criança prematura, por permitir a identificação de dificuldades no ambiente familiar que impactam o cuidado. Estudos destacaram a evolução do suporte telefônico e de tecnologias em saúde, que auxiliam famílias

e profissionais na orientação, no esclarecimento de dúvidas e na resolução de problemas⁽³⁰⁻³²⁾. Na China, um aplicativo *online* para monitoramento do crescimento pós-alta, foi projetado para auxiliar os pais de crianças prematuras após alta hospitalar. A iniciativa teve alta adesão e demonstrou o potencial das tecnologias na melhoria do acompanhamento infantil⁽³³⁾.

Em relação ao seguimento domiciliar por meio de visitas presenciais, embora seja uma estratégia eficaz, sua prática ainda é limitada. Estudos recentes, incluindo esta pesquisa, apontam avanços, como a realização precoce da primeira visita após o nascimento e a participação de outros profissionais da equipe de saúde, além dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No entanto, a cobertura não é universal, deixando algumas crianças sem acompanhamento^(4,34-35). Da mesma forma, o teleatendimento enfrenta desafios para sua implementação, como a falta de infraestrutura e desigualdade no acesso digital que limitam o seu potencial⁽³⁶⁾.

Pesquisadores holandeses desenvolveram uma ferramenta de intervenção parental para visitas domiciliares específica para crianças prematuras, destacando a necessidade de protocolos previamente definidos, prática que não foi observada neste estudo⁽³⁷⁾. A aplicação dessa ferramenta resultou em uma melhor compreensão dos pais sobre as necessidades de desenvolvimento de seus filhos, promovendo cuidados mais adequados e contribuindo para o desenvolvimento motor e socioemocional compatível com a idade⁽³⁸⁾.

Pesquisas nacionais e internacionais, corroboram a importância das visitas domiciliares na redução de sintomas de depressão e ansiedade materna, na promoção da saúde, na prevenção de agravos e no desenvolvimento infantil saudável⁽³⁹⁻⁴⁰⁾.

Embora os profissionais reconheçam a importância do cuidado integral e multidisciplinar à criança e sua família, é essencial que eles disponham de ferramentas para desenvolver competências que direcionem o cuidado de forma eficiente. Um estudo nacional destacou a importância de profissionais capacitados para coordenar casos complexos na

continuidade no cuidado⁽⁴¹⁾. Corroborado este estudo, pesquisas apontaram a insuficiência de treinamentos específicos, percebida por profissionais e pais, impactando o cuidado domiciliar e ambulatorial. A falta de capacitação gera insegurança na tomada de decisões, nos encaminhamentos e na orientação às famílias^(7,26).

No acompanhamento das crianças prematuras na APS, um estudo internacional reforça a importância de estratégias de vigilância devido ao alto risco para o desenvolvimento saudável⁽⁵⁾. Embora esta pesquisa demonstre avanços na realização da primeira consulta ao recém-nascido, o modelo brasileiro ainda se baseia na demanda espontânea para o agendamento. Isso compromete o prazo recomendado pelo Ministério da Saúde, dificultando o acesso oportuno e a continuidade do cuidado às famílias⁽⁸⁾.

O Ministério da Saúde do Brasil⁽⁴²⁾ recomenda três consultas na primeira semana após a alta hospitalar, duas na segunda e uma consulta semanal a partir da terceira semana até que a criança atinja 2.500 gramas. Contudo, o estudo revela que essa periodicidade não é rigorosamente seguida conforme as diretrizes de saúde pública. As consultas foram realizadas predominantemente de forma mensal e quinzenal para casos de vulnerabilidade, sem a devida consideração à idade corrigida.

Na puericultura, é fundamental avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança prematura com exame clínico, triagens, vacinas e uso da Caderneta de Saúde da Criança. Os enfermeiros deste estudo relataram essa prática; porém, estudos nacionais, indicaram desafios nesse processo, incluindo o preenchimento incompleto da caderneta. Isso evidencia a necessidade de aprimorar a implementação dessa ferramenta essencial para a vigilância da saúde infantil⁽⁴³⁻⁴⁴⁾.

Prematuros são vulneráveis a diversas morbidades, o que pode resultar em reinternações e dificuldade na recuperação do peso e do crescimento nos primeiros meses. Dessa forma, a integração entre os serviços de saúde, educação e o acompanhamento especializado, por meio

de um sistema de referência em rede, é fundamental. O compartilhamento eficaz de informações e o cuidado multidisciplinar são essenciais para garantir um desenvolvimento adequado, reduzindo complicações e promovendo um acompanhamento contínuo e qualificado para essas crianças⁽⁴⁵⁻⁴⁶⁾.

Assim, destaca-se a importância de identificar complicações associadas à prematuridade por meio de avaliações especializadas em oftalmologia, fonoaudiologia, fisioterapia, neurologia, entre outras. Essa abordagem permite intervenções oportunas e encaminhamento adequados, favorecendo o desenvolvimento infantil e prevenindo complicações futuras⁽⁴⁷⁾.

Embora essa avaliação inicial esteja disponível no primeiro ano de vida, sua realização depende de diagnósticos prévios, além da ausência de protocolos específicos, fluxos pouco definidos e longas filas de espera. Um estudo australiano destacou que a intervenção precoce melhora os resultados cognitivos e motores na infância. No entanto, tais intervenções são mais comuns em países de renda média ou alta e, mesmo nesses casos, muitas vezes, não são iniciadas cedo o suficiente⁽⁴⁸⁾.

Pesquisadores da Itália, Reino Unido, Estados Unidos e Finlândia ressaltaram a importância da triagem universal e de programas abrangentes para a detecção precoce de disfunções e comprometimento à saúde, incluindo perdas visuais, auditivas e atrasos neurológicos. Como observado neste estudo, muitos pais/cuidadores não reconhecem sinais de alerta, e os sintomas podem surgir tardiamente. Assim, recomenda-se que a triagem seja realizada em todas as crianças, sem exceção, garantindo um acompanhamento adequado e intervenções oportunas⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾.

A integração entre saúde, serviços especializados e educação é essencial para o desenvolvimento infantil e promoção da saúde em diferentes dimensões. Esta integração facilita o acesso a recursos e amplia o atendimento, promovendo o desenvolvimento infantil e atendendo às necessidades da criança e da família⁽⁵²⁾. No entanto, este estudo identificou

fragilidades na comunicação entre APS, instituições educacionais e de pesquisa, comprometendo a continuidade do cuidado e dificultando a implementação de políticas públicas voltadas à integralidade do atendimento infantil, enfraquecendo a rede de atenção⁽⁵³⁾.

Nesta pesquisa, os participantes relataram a existência de suporte às famílias nos serviços de saúde, mas apontaram lacunas importantes na conexão com a comunidade, evidenciando a inexistência de redes de apoio comunitário em algumas regiões. A ausência de redes de apoio compromete o desenvolvimento infantil e a saúde mental dos cuidadores, que enfrentam desafios sozinhos, conforme evidências científicas indicaram⁽⁵⁴⁻⁵⁵⁾.

Um estudo inglês destacou que intervenções de suporte social e engajamento comunitário, por meio de abrigos, igrejas, clínicas e centros comunitários, fortalecem a resiliência familiar e auxiliam famílias vulneráveis. Essa prática é especialmente relevante em regiões de fronteira, onde a baixa conscientização sobre serviços disponíveis, barreiras culturais e obstáculos organizacionais dificultam o acesso à saúde e educação⁽⁵⁶⁾.

Referente ao apoio às famílias, o Programa Farmácia Popular do Brasil oferece medicamentos à população, reduz hospitalizações, fortalece a APS e beneficia famílias de baixa renda. Em municípios com pouca estrutura, amplia o acesso à saúde, previne complicações e atenua desigualdades socioeconômicas, promove o direito à saúde e fortalece a equidade no cuidado⁽⁵⁷⁾.

Embora o estudo destaque benefícios do programa, persistem desigualdades regionais, especialmente no acesso a medicamentos. Conduzido no Sul do Brasil, região mais desenvolvida, os achados ressaltam disparidades no Norte e Nordeste, onde o programa é mais restrito. Esses resultados reforçam a necessidade de descentralização e expansão do acesso, promovendo maior equidade nacional⁽⁵⁸⁾.

No que se refere ao transporte sanitário, uma pesquisa nacional reforça os achados deste estudo, destacando avanços na provisão do transporte sanitário como estratégia para ampliar o acesso a serviços especializados⁽⁵⁹⁾.

Experiências em países de baixa renda, como Nepal, mostraram que as ações das equipes de saúde são fortemente influenciadas pela disponibilidade de recursos, como medicamentos e transporte. Isso reforça a importância de continuar investindo em estratégias para fortalecer os sistemas de saúde primários brasileiros⁽⁶⁰⁾.

Além do transporte e acesso a medicamentos, a oferta de complemento nutricional gratuito para crianças prematuras fortalece o desenvolvimento, a imunidade e reduz complicações e internações prolongadas, reduzindo morbimortalidades e ampliando a efetividade das ações na APS⁽⁶¹⁻⁶²⁾. Essa ação foi constatada em toda a região de fronteira, a exemplo de pesquisadores internacionais, os quais estão desenvolvendo intervenções inovadoras, por meio de suplementos nutricionais específicos para crianças prematuras, com o objetivo de prevenir complicações graves⁽⁶³⁻⁶⁴⁾.

Um estudo em Foz do Iguaçu, destacou a criação de um ambulatório especializado para prematuros, visando reduzir a mortalidade infantil por desnutrição, com suporte nutricional e integração à APS⁽⁶⁵⁾. Em Recife, apesar da APS ser referência, apenas 38,8% das crianças receberam acompanhamento especial, sendo encaminhadas principalmente para ambulatórios especializados⁽⁸⁾. Esses dados ressaltam desigualdades no acesso aos serviços de saúde e as disparidades regionais existentes.

As desigualdades regionais, sociais e geográficas impactam a assistência à saúde, exigindo articulação intersetorial e atenção às particularidades territoriais. Regiões de fronteira, muitas vezes subinvestidas, enfrentam barreiras de acesso por baixos recursos e restrições a não cidadãos. Esse cenário, observado em países como EUA, México e França, reforça a

necessidade de políticas transfronteiriças, regionalização do cuidado e ampliação do acesso à saúde⁽¹³⁾.

A mobilização local, aliada ao planejamento e à gestão em saúde, é essencial para garantir direitos humanos universais, como o direito à saúde. A exclusão de estrangeiros persiste, marginalizando migrantes⁽¹¹⁾. Semelhante a outro estudo, esta pesquisa identificou fragilidades na orientação sobre direitos sociais, evidenciando a necessidade de incluir essa temática na educação em saúde e combater a desinformação, promovendo maior equidade no acesso aos serviços⁽⁶⁶⁾.

No Brasil, as regiões de fronteira enfrentam desafios na assistência à saúde, tornando-se um problema de saúde pública. Embora crianças nascidas no país tenham direito ao atendimento, lacunas no seguimento de prematuros na APS, como falta de consultas e visitas domiciliares, estão associadas ao retorno das famílias a seus países de origem. Além disso, a APS nem sempre se consolida como porta de entrada devido à precariedade dos serviços e falta de profissionais, levando à sobrecarga das UPA e do sistema de saúde^(4,12).

A fragilidade do suporte à criança e sua família reflete desafios de saúde globais. Um acompanhamento eficaz requer o envolvimento de todas as esferas de saúde e profissionais, com base em protocolos e cuidados inovadores. A abordagem deve ser holística, considerando o contexto e as vulnerabilidades de cada família, para alcançar melhores resultados no desenvolvimento da criança nascida prematura⁽⁴⁷⁾.

O estudo apresentou limitações, como a dependência de dados autorreferidos, o desconhecimento dos profissionais da APS sobre a assistência na alta hospitalar e a ausência de um desenho longitudinal, dificultando a avaliação da evolução do cuidado. Além disso, a generalização dos resultados, dado que o estudo foi realizado em uma região específica, podendo não refletir a realidade de outros contextos ou populações.

A pesquisa destaca a necessidade de fortalecer a APS para garantir a continuidade da criança prematura, enfatizando a importância da articulação entre saúde, educação e assistência social. Identifica as fragilidades, como a falta de protocolos específicos, capacitação profissional, visitas domiciliares, desigualdade social e suporte psicológico às famílias. Ressalta ainda, o uso de tecnologias como o teleatendimento para otimizar o acompanhamento e a educação em saúde.

Conclusão

Os resultados evidenciaram a complexidade e a importância do cuidado à saúde das crianças prematuras na APS em regiões de fronteira no Brasil. Houve avanços, como consultas e visitas domiciliares em momentos oportunos e suporte às famílias por meio de programas estruturados, como o transporte sanitário, dispensação de medicamentos e complementação nutricional. Contudo, persistem fragilidades, incluindo a ausência de protocolos específicos, falhas no planejamento de alta hospitalar, limitações na comunicação intersetorial, falta de treinamentos para profissionais e lacunas no suporte emocional e social às famílias.

O fortalecimento da APS enquanto eixo central do cuidado requer investimentos na qualificação profissional, na estruturação de fluxos assistenciais e no fortalecimento da integração entre os diferentes níveis de atenção, serviços especializados e setores como educação e assistência social para garantir acompanhamento mais abrangente para crianças prematuras. A inclusão de ferramentas tecnológicas e estratégias de teleatendimento também se mostra promissora, desde que acompanhada de esforços para a redução das desigualdades regionais e equidade no acesso aos serviços.

Futuras pesquisas podem avaliar o impacto de intervenções específicas, teleatendimento e programas tecnológicos, além de estratégias para fortalecer a integração intersetorial. Ademais, pesquisas podem focar no suporte emocional às famílias e fomentar redes

comunitárias, visto que as desigualdades regionais e socioeconômicas afetam o acesso ao cuidado. Por fim, estudos longitudinais podem acompanhar o desenvolvimento infantil a longo prazo, avaliando o impacto do acompanhamento precoce na APS na prevenção de complicações e na qualidade de vida.

Por fim, destaca-se a necessidade de avançar em políticas públicas que contemplem as particularidades das regiões de fronteira e que sejam eficazes, promovendo a equidade e a continuidade do cuidado às crianças prematuras e suas famílias.

REFERÊNCIAS:

1. WHO. World Health Organization. Preterm birth. 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> .
2. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de monitoramento da natalidade: nascidos vivos. Brasília: SVS/Aids. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>
3. Bernardino FBS, Gonçalves TM, Pereira TID, Xavier JS, Freitas BHBM de, Gaíva MAM. Tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27:567-578. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.41192020>
4. Picco TM, Baggio MA, Hirano AR, Caldeira S, Ferrari RAP. Cuidado em saúde à criança na atenção primária em região de fronteira. *Esc Anna Nery*. 2022;26:e20210104. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0104>
5. Davis BE, Leppert MO, German K, Lehmann CU, Adams-Chapman I. Primary care framework to monitor preterm infants for neurodevelopmental outcomes in early childhood. *Pediatrics*. 2023;152(1):e2023062511. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-062511>

6. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3: saúde e bem-estar [Internet]. Brasília: IPEA. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html#:~:text=At%C3%A9%202030%2C%20acabar%20com%20as,25%20por%201.000%20nascidos%20vivos>
7. Hugen JSO, Costa R, Goronzi TA, Lima MM, Velho MB, Kivel C, Guarda D, Wilhelm LA. Percepção dos profissionais da Atenção Primária sobre a continuidade do cuidado no Método Canguru. *Rev APS*. 2023;26:e262338882. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0077>
8. Cândido JLA, Frias PG, Sarinho SW. Análise da implantação do Método Canguru em maternidade terciária de Recife, Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2024;45(esp):e20240149. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20240149.pt>
9. Tanaka MC, Bernardino FBS, Braga PP, Alencastro LCS, Gaíva MAM, Viera CS. Fragilidades para a continuidade do cuidado ao pré-termo egresso da unidade neonatal. *Rev Esc Enferm USP*. 2024;58. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0228pt>
10. Shibukawa BMC, Borota Uema RT, Oliveira NN, Oliveira RR, Santos JLG, Higarashi IH. Acompanhamento de crianças de alto risco em serviços de saúde: estudo de método misto geoespacial. *Rev Latino-Am Enferm*. 2022;30:e3777. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5806.3778>
11. Arenhart CGM, Rizzotto MLF, Melara M, Carrijo AR. Representações sociais do direito à saúde na fronteira trinacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27:4233-4241. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.08702022>
12. Novakowiski RDF, Baggio MA, Zilly A. Atenção puerperal em uma região de fronteira: fragilidades agravadas pela pandemia de COVID-19. *Esc Anna Nery*. 2023;27:e20220323. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0323pt>

13. Ssenogooba F, Babirye S, Tuhebwe D, Ssenyonjo A, Ssendagire S, Rutaroh A, et al. The right of access to healthcare: an analysis of how legal and institutional frameworks constrain or facilitate access to healthcare for residents in border areas in the East African Community. *Int J Equity Health*. 2022;21(1):168. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01785-3>.
14. Kunkel M, Gordillo ÉAF, Cicchelerio LM, Porzsolt F, Meira MCR, Ferreira H, Moreira NM, Luz LDP, Orfão NH, Silva-Sobrinho RA. Curvas epidêmicas e o perfil de pacientes hospitalizados pela COVID-19 em região de fronteira. *Rev Latino-Am Enferm*. 2024;32:e4297. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6772.4297>
15. Sotelo-Daza J, Jaramillo YE, Vivas Chacón M. Nurses' perception about their role in reducing health inequalities in community contexts. *Rev Latino-Am Enferm*. 2024;32:e4299. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7245.4299>
16. Silva RMM, Pancieri L, Zilly A, Spohr FA, Fonseca LMM, Falleiros de Mello D. Seguimento da saúde da criança e prematuridade: as repercussões da pandemia da COVID-19. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2021;29:e3414. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4759.3414>
17. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol Serv Saúde*. 2003;12(4):189-201. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000400003>
18. Sousa VD, Driessnack M, Mendes IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15:502-7. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>
19. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Versão. www.OpenEpi.com, atualizado 2013/04/06, acessado 2025/02/01

20. Silva RMM, Mello DF. Qualidade do seguimento do bebê prematuro na rede de Atenção Primária à Saúde: guia “Qualiprematuro”. *Rev Bras Enferm.* 2022;75:e20220241. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0241pt>
21. Paião SR. Validação de conteúdo do instrumento Qualiprematuro: qualidade do seguimento de prematuros na atenção primária à saúde [dissertação]. Foz do Iguaçu: Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Educação, Letras e Saúde; 2024. <https://tede.unioeste.br/handle/tede/7247>
22. Padratzic HC, Love K. NICU discharge preparation and transition planning: foreword. *J Perinatol.* 2022;42(Suppl 1):3-4. <https://doi.org/10.1038/s41372-022-01311-x>
23. Miravittles M, Bhutani M, Hurst JR, Franssen FME, van Boven JFM, Khoo EM, Zhang J, Brunton S, Stolz D, Winders T, Asai K, Scullion JE. Implementing an Evidence-Based COPD Hospital Discharge Protocol: A Narrative Review and Expert Recommendations. *Adv Ther.* 2023;40(10):4236-4263. <https://doi.org/10.1007/s12325-023-02609-8>
24. Smith VC, Mao W, McCormick MC. Changes in assessment of and satisfaction with discharge preparation from the neonatal intensive care unit. *Adv Neonatal Care.* 2021;21(5):E144-E151. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000862>
25. Pai VV, Lu T, Gray EE, Davis A, Rogers EE, Jocson MA, Hintz SR. Resource and service use after discharge among infants 22-25 weeks estimated gestational age at the first high-risk infant follow-up visit in California. *J Pediatr.* 2024;274:114172. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2024.114172>.
26. Reichert APS, Soares AR, Bezerra ICS, Guedes ATA, Pedrosa RKB, Vieira DS. Terceira etapa do método canguru: experiência de mães e profissionais da atenção primária. *Esc Anna Nery.* 2020;25:e20200077. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0077>

27. Oliveira CCRB, Silva EAL, Souza MKB. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. *Physis*. 2021;31(1):e310105. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>
28. Ji ES, Shim KK. Effects of a community-based follow-up program for parents with premature infants on parenting stress, parenting efficacy, and coping. *Child Health Nurs Res*. 2020;26(3):366. <https://doi.org/10.4094/chnr.2020.26.3.366>.
29. Park JH, Lee H, Cho H. Analysis of the supportive care needs of the parents of preterm children in South Korea using big data text-mining: Topic modeling. *Child Health Nurs Res*. 2021;27(1):34. <https://doi.org/10.4094/chnr.2021.27.1.34>.
30. Brassarola HG, Natarelli TRP, Fonseca LMM. Uso do grupo de WhatsApp® no acompanhamento pós-alta do bebê prematuro: implicações para o cuidado em enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2023;27:e20220205. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0205pt>
31. Dib S, Kittisakmontri K, Wells JC, Fewtrell M. Interventions to improve breastfeeding outcomes in late preterm and early term infants. *Breastfeed Med*. 2023;17(10):781-792. <https://doi.org/10.1089/bfm.2022.0118>.
32. Molina Carvalho B, de Carvalho Furtado MC, Travaini Chinalia G, Carlos Caritá E, Zanin Sanguino G. Baby Date: aplicación móvil instructora de consulta de enfermería al recién nacido en atención básica. *Rev Latino-Am Enferm*. 2024;32:e4164. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7022.4164>
33. Chen R, Xie H, Duan S, Kang B, Peng W. The catch-up growth follow-up management system use and need for the parents of premature infants after discharge based on a WeChat mini program: A cross-sectional survey in China. *Medicine*. 2024;103(50):e40883. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000040883>.

34. Caldeira S, F Villas Boas ASC, Oliveira AIB, Souza BF, Souza GA, Medeiros TS, Oliveira LRB, Ruiz MT, Wernet M. Visita domiciliar na primeira semana pós-parto: revisão integrativa. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*. 2023;27(9):5035-5056. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i9.2023-010>
35. Oliveira AIB, Wernet M, Petruccelli G, Silveira AO, Ruiz MT. Visita domiciliar ao recém-nascido prematuro e de baixo peso: relato de experiência de enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP*. 2024;57:e20230209. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0209pt>
36. Martins FR, Mendonça RO, Oliveira SKE. Os avanços e desafios da telemedicina no Brasil. *Rev Foco*. 2024;17:01-09. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.ed.esp-028>
37. Flierman M, Vriend E, Leemhuis AG, Engelbert RHH, Jeukens-Visser M. Development and evaluation of a fidelity tool in a post-discharge responsive parenting intervention program for very preterm born children. *Eval Program Plann*. 2023;99:102299. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2023.102299>.
38. Flierman M, Möller EL, Engelbert RHH, van Kaam AH, Bossen D, Jeukens-Visser M. Feasibility of a Dutch post-discharge parenting intervention (TOP program) for moderate preterm born infants. *Early Hum Dev*. 2024;198:106124. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2024.106124>.
39. Losbar JL, Montjoux N, Ehlinger V, Germany L, Arnaud C, Tscherning C. Alta precoce e assistência domiciliar hospitalar estão associadas a melhor resultado neurodesenvolvimental em bebês prematuros. *Early Hum Dev*. 2021;161:105451. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2021.105451>
40. Ghazi M, Zare M, Ramezani M, Heidarzadeh M, Behnam Vashani H. The Effect of Home Visit Program Based on the Continued Kangaroo Mother Care on Maternal Resiliency and Development of Premature Infant: arandomized clinical trial. *Int J com*

- bas nurs midwifery. 2021;9(1):64–75.
<https://doi.org/10.30476/ijcbtnm.2020.86141.1321>
41. Hilário JSM, Henrique NCP, Santos JS, Andrade RD, Fracolli LA, Mello DF. Desenvolvimento infantil e visita domiciliar na primeira infância: mapa conceitual. *Acta Paul Enferm.* 2022;35:eAPE003652. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR03653>
42. David HMSL, Riera JRM, Mallebrera AH, Costa MFL. A enfermeira gestora de casos na Espanha: enfrentando o desafio da cronicidade por meio de uma prática integral. *Cienc Saude Colet.* 2020 jan;25(1):315-24. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29272019>
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: método canguru: manual técnico. 3. ed. Brasília: MS; 2017. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf 7
44. Teixeira JA, Oliveira CF, Bortoli MC, Venâncio SI. Studies on the Child Handbook in Brazil: a scoping review. *Rev Saúde Pública.* 2023;57:48. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004733>
45. Lima JT, Coelho LBS, Clementino AMC, Lopes MPS, Reis JF, Oliveira AS, Nascimento LM, Oliveira LM, Milanez-Oliveira FB. Dificuldades associadas ao preenchimento da caderneta da criança e do idoso: uma análise comparativa. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR.* 2023;27(8):4384-4396. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i8.2023-016>
46. Bouwmeester D, Naber FBA, Heyman H, Hoffmann-Haringsma A, Lens A, Brunt TM. Follow-up care and support to parents of premature children: Multidisciplinary versus

- regular follow-up care. *Child Care Health Dev.* 2024;50(1):e13185. <https://doi.org/10.1111/cch.13185>
47. Vizzari G, Morniroli D, Tiraferri V, Macchi M, Gangi S, Consales A, Ceroni F, Cerasani J, Mosca F, Gianni ML. Postnatal growth of small for gestational age late preterm infants: determinants of catch-up growth. *Pediatr Res.* 2023;94(1):365-370. <https://doi.org/10.1038/s41390-022-02402-3>.
48. Connors J, Havranek T, Campbell D. Discharge of medically complex infants and developmental follow-up. *Pediatrics in Review.* 2021;42(6):316-328. <https://doi.org/10.1542/pir.2020-000638>.
49. Orton J, Doyle LW, Tripathi T, Boyd R, Anderson PJ, Spittle A. Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2024;CD005495. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005495.pub5>.
50. Campos-Martorell A, Montaner Ramon A, Narváez Barros K, Marin Soria JL, López Galera RM, Yeste Fernández D, Clemente León M. Thyroid function in 509 premature newborns below 31 weeks of gestational age: evaluation and follow-up. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 2022;14(4):453. <https://doi.org/10.4274/jcrpe.galenos.2022.2022-2-1>.
51. Saarinen T, Ylijoki M, Lehtonen L, Munck P, Stolt S, Lapinleimu H, Rautava P, Haataja L, Setänen S, Leppänen M, Huhtala M, Saarinen K, Grönroos L, Korja R. Web-based follow-up tool (ePIPARI) of preterm infants—study protocol for feasibility and performance. *BMC Pediatr.* 2023;23(1):413. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04226-4>
52. Corazzi V, Fordington S, Holland Brown T, Donnelly N, Bewick J, Ehsani D, Pelucchi S, Bianchini C, Ciorba A, Borsetto D. Late-onset, progressive sensorineural hearing loss

- in the paediatric population: a systematic review. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2024;281(7):3397-3421. <https://doi.org/10.1007/s00405-024-08527-x>.
53. Silva RMM, Zilly A, Ferreira H, Pancieri L, Pina JC, Falleiros de Mello D. Vulnerabilidades para a criança prematura: contextos domiciliar e institucional. *Rev Bras Enferm.* 2020;73:e20190370. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0218>
54. Campos RB, Alderete G, Munhak da Silva RM, Zilly A. Itinerário terapêutico de crianças com necessidades especiais de saúde: revisão integrativa. *Rev Eletr Enferm.* 2024;26:77290. <https://doi.org/10.5216/ree.v26.77290>
55. Hayes KN, Rossetti KG, Zlomke K. Community support, family resilience and mental health among caregivers of youth with autism spectrum disorder. *Child Care Health Dev.* 2023;49(1):130-136. <https://doi.org/10.1111/cch.13025>.
56. Menezes M, Soland J, Mazurek MO. Association between neighborhood support and family resilience in households with autistic children. *J Autism Dev Disord.* 2024;54(5):1765-1773. <https://doi.org/10.1007/s10803-023-05951-6>
57. Joseph N, Burn A-M, Anderson J. The impact of community engagement as a public health intervention to support the mental well-being of single mothers and children living under housing insecure conditions – a rapid literature review. *BMC Public Health.* 2023;23(1):1866. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16668-7>.
58. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.898, de 4 de novembro de 2021. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt2898_04_11_2021.html
59. Martins CLP, Soler O, Silva MVS. Programa Farmácia Popular do Brasil e serviços de assistência farmacêutica: revisão de escopo. *Cad Pedag.* 2024;21(13):e12107. <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n13-252>

60. Almeida PF, Silva KS, Bousquat A. Atenção especializada e transporte sanitário na perspectiva de integração às Redes de Atenção à Saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2022;27(10):4025-4038. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005336>
61. Ludwick T, Endriyas M, Morgan A, Kane S, Kelaher M, McPake B. Challenges in implementing community-based healthcare teams in a low-income country context: lessons from Ethiopia's family health teams. *Int J Health Policy Manag.* 2021;11(8):1459. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.52>.
62. Fonseca RMS, Milagres LC, Franceschini SC, Henriques BD. O papel do banco de leite humano na promoção da saúde materno infantil: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2021;26(1):309-318. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.24362018>
63. Pammi M, Patel RM. Nutritional supplements to improve outcomes in preterm neonates. *Clin Perinatol.* 2022;49(2):485-502. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2022.02.012>.
64. Hellström A, Kermorvant-Duchemin E, Johnson M, Sáenz de Pipaón M, Smith LE, Hård A-L; ESPR Nutrition council members. Nutritional interventions to prevent retinopathy of prematurity. *Pediatr Res.* 2024;96(4):1-7. <https://doi.org/10.1038/s41390-024-03208-1>.
65. Janson E, Koolschijn PCMP, Schipper L, Boerma TD, Wijnen FNK, de Boode WP, et al. Dolphin CONTINUE: a multi-center randomized controlled trial to assess the effect of a nutritional intervention on brain development and long-term outcome in infants born before 30 weeks of gestation. *BMC Pediatr.* 2024;24(1):384. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-04849-1>.

66. Berres R, Baggio MA. (Dis)continuation of care of the pre-term newborn at the border. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(3):e20180827. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0827>
67. Zarili TFT, Castanheira ERL, Nunes LO, Mendonça CS, Couto CE, Rossato SL, Nemes MIB. Prevenção, detecção e assistência à deficiência em serviços de atenção primária à saúde do Estado de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2024;29(6):e00732023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.00732023>
68. Litt JS, Halfon N, Msall ME, Russ SA, Hintz SR. Ensuring optimal outcomes for preterm infants after NICU discharge: A life course health development approach to high-risk infant follow-up. *Children.* 2024;11(2):146. <https://doi.org/10.3390/children11020146>.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa investigação evidenciou fragilidades na continuidade do cuidado à saúde da criança prematura na APS em municípios da faixa de fronteira Oeste do Paraná.

A análise por meio do Guia Qualiprematuro demonstrou que o domínio sobre a alta hospitalar foi avaliado como inadequado; o seguimento domiciliar em visita e teleatendimento, acompanhamento da saúde infantil e a integração entre os setores da saúde e educação foram avaliados como regulares e o apoio familiar ao cuidador da criança nascida prematura recebeu um escore de avaliação considerado bom.

Especificamente, ao avaliar municípios de diferentes portes (pequeno, médio e grande), observa-se que, embora os municípios pequenos enfrentem desafios relacionados ao financiamento e infraestrutura, eles apresentaram potencialidades significativas, destacando-se em maior cobertura e maior proximidade com a comunidade em relação aos municípios de médio e grande porte. Quanto à localização das unidades de APS em áreas rurais e urbanas, identificou-se que as áreas rurais frequentemente enfrentam fragilidades no cuidado, devido às barreiras geográficas. Além disso, as USF, por contarem com equipes multidisciplinares, demonstraram maior capacidade de atendimento e integralidade no cuidado à criança nascida prematura. Dessa forma, o estudo evidenciou diferenças associadas ao porte do município, à localização das unidades de APS e ao tipo de unidade de saúde, cujos fatores podem influenciar diretamente na qualidade do seguimento da criança.

De forma geral, a inadequação no planejamento da alta hospitalar, as dificuldades na comunicação entre os níveis assistenciais, a carência de protocolos específicos, somado a limitação de capacitações e de serviços especializados, foram fatores determinantes para a fragilidade no seguimento dessas crianças em municípios pertencentes à faixa de fronteira.

A análise dos dados reforçou desigualdades regionais na prestação dos serviços, indicando que aspectos estruturais e organizacionais afetaram a qualidade do cuidado oferecido. Entre as principais lacunas, destacaram-se a falta de fluxos bem definidos, o tempo prolongado de espera para atendimentos especializados, a carência de suporte psicológico aos cuidadores e a limitada integração entre os setores de saúde, educação e serviço especializado.

Apesar dos desafios, aspectos positivos também foram identificados para o seguimento do cuidado à criança que nasceu prematura, como a existência de suporte assistencial, a disponibilidade do transporte sanitário, o acesso a medicamentos via farmácia popular, considerando a região investigada. Esses elementos demonstraram o potencial da APS na

garantia do cuidado longitudinal, desde que tenha investimentos contínuos em estrutura, qualificação profissional e organização assistencial.

Diante do exposto, ressalta-se a relevância de ações estratégicas que fortaleçam a APS como eixo central do cuidado integral da criança prematura. A ampliação do suporte intersetorial, a criação de diretrizes específicas para o seguimento do prematuro e a implementação de iniciativas de educação permanente para os profissionais de saúde são medidas essenciais para ampliar a qualificação da assistência. Nesse contexto, os cuidados de enfermagem desempenham papel fundamental, especialmente no acompanhamento contínuo, orientações às famílias, realização de visitas domiciliares e identificação precoce de agravos, contribuindo diretamente para a efetividade e integralidade do cuidado. Além disso, a formulação e efetivação de políticas de saúde que considerem as singularidades das regiões de faixa de fronteira podem mitigar vulnerabilidades e promover a equidade no acesso à saúde.

Por fim, espera-se que este estudo contribua para o desenvolvimento de novas pesquisas e intervenções que favoreçam a efetividade do cuidado prestado à criança prematura, garantindo não apenas a sua sobrevivência, mas a melhoria da sua qualidade de vida e desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

- ABOULATTA, L. *et al.* Preterm birth and stillbirth rates associated with socioeconomic disparities during COVID-19 pandemic: a population-based cross-sectional study. **BMJ Paediatrics Open**, London, v. 7, n. 1, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9943698/>
- AIRES, L. C. P. *et al.* Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, p. 224-232, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/P8PmWXTKVC7qFrSrWqzYQgy/?format=pdf&lang=pt>
- ALBUQUERQUE, J. L. C. Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço: o atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil). **Geopolítica (s)**, Osasco, v. 3, n. 2, p. 185-205, 2012. Disponível em: <https://revistas.ucm.es/index.php/GEOP/article/viewFile/40040/40396>
- ALCÁNTARA-CANABAL, L. *et al.* Identification of behavioural and emotional problems in premature children in the primary care setting. **Atencion Primaria**, Barcelona, v. 52, n. 2, p. 104-111, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656718305432?via%3Dihub>
- ALONSO, C. R. P. Actividades preventivas y de promoción de la salud para niños prematuros con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso inferior a 1500 g. Del alta hospitalaria a los siete años (1.ª parte). **Pediatría Atención Primaria**, Madrid, v. 14, n. 54, p. 153-166, 2012. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000400014&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 286-298, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/R4dRdxY9P48vhrpVgCBjYZK/>
- ALMEIDA, M. H. M. *et al.* Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. **Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia - CoDas**, São Paulo, v. 29, n. 5, e20160225, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/dsvGpWZhFhvDFmrFMCqwRGM/?lang=pt>
- ALVES, F. N. *et al.* Impacto da segunda e terceira etapas do método canguru: do nascimento ao sexto mês. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 11, 2021. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4200/2671> .
- ANDRADE, M. V. *et al.* Brazil's Family Health Strategy: factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998–2012). **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 33, n. 3, p. 368-380, 2018a. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapol/article/33/3/368/4810391?login=false>

____. Transition to universal primary health care coverage in Brazil: analysis of uptake and expansion patterns of Brazil's Family Health Strategy (1998-2012). **PloS One**, San Francisco, v. 13, n. 8, p. e0201723, 2018b. Disponível em:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0201723>

ARAÚJO, J.P. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, p. 1000-1007, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rBsdPF8xx9Sjm6vwX7JLYzx/?format=html>

ARPI, E.; FERRARI, F. Preterm birth and behaviour problems in infants and preschool-age children: A review of the recent literature. **Developmental Medicine & Child Neurology**, Milwaukee, v. 55, n. 9, p. 788-796, 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/dmcn.12142>

BARRETO, M. L. *et al.* Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Brazil. **PLoS Medicine**, San Francisco, v. 11, n. 9, p. e1001692, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25243676/>

BECK, A.F. *et al.* The color of health: how racism, segregation, and inequality affect the health and well-being of preterm infants and their families. **Pediatric research**, Jersey City, v. 87, n. 2, p. 227-234, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31357209/> .

BELEZA, L. O. *et al.* Profile of at-risk newborns attended by nurses in outpatient follow-up clinic: a retrospective cohort study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/pcqCyqh4sjpmGKwqXnCpSFP/?format=pdf&lang=pt>

BERNARDINO, F. B. S. *et al.* Tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 567-578, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zkCVBtNrvFTDCkw9vTcb85d/>

BERNARDINO, F.B. S.*et al.* Continuidade do cuidado ao recém-nascido pré-termo egresso da unidade neonatal: vivências de familiares. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 31, p.e20220096, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/kXQmX9VwsMkbp5kYDQ3tPRM/?format=pdf&lang=pt>

BERRES, R.; BAGGIO, MA. (Dis)continuation of care of the pre-term newborn at the border. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n.3, e20180827, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/MS799NsJTM79MxDYbV8XKZR/?lang=en&format=pdf>

BETHEL, C.; LIU, A. Taking Care of Preterm Infants: Outpatient Considerations. **Pediatric Annals**, West Deptford, v. 52, n. 6, p. e200-e205, 2023. Disponível em: https://journals-healio-com.ez89.periodicos.capes.gov.br/doi/10.3928/19382359-20230411-07?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed

BISPO, G. M. B. *et al.* Avaliação do acesso de primeiro contato na perspectiva dos profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Bz5PnGQdcC84JcHWfK8CYTh/?format=pdf&lang=pt>

BJULAND K. J. *et al.* Brain volumes and cognitive function in very-low-birth-weight (VLBW) young adults. **European Journal of Paediatric Neurology**, Philadelphia, v. 18, n. 5, p. 578-590, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24775377/>

BLENCOWE, H. *et al.* Preterm-associated visual impairment and estimates of retinopathy of prematurity at regional and global levels for 2010. **Pediatric research**, Jersey City, v. 74, n. 1, p. 35-49, 2013. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/pr2013205> .

BOGUSZEWSKI, M. C.S; CARDOSO-DEMARTINI, A. A. Management of endocrine disease: growth and growth hormone therapy in short children born preterm. **European Journal of Endocrinology**, Oxford, v. 176, n. 3, p. R111-R122, 2017. Disponível em: <https://academic.oup.com/ejendo/article-abstract/176/3/R111/6655004?redirectedFrom=fulltext>

BRAGA, P. P.; SENA, R. R. D. cuidadora de prematuro e os dispositivos constituintes da continuidade da atenção pós-alta. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n.3, p.e3070016, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/VC3kKf8WCBY9pKSfbpwn3rL/?format=pdf&lang=pt>

BRASIL. **Constituição da república federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico; 1988.

____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei 8.069/90. São Paulo, Atlas, 1990.

____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília. 2024. Disponível em : <https://cnes.datasus.gov.br/>

____. Ministério da Saúde. **Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf

____. Ministério da Saúde. **Manual de quadros de procedimentos: Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos**. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

____Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança campanha Novembro Roxo de prevenção à prematuridade**. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/ministerio-da-saude-lanca-campanha-novembro-roxo-de-prevencao-a-prematuridade_

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

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: método mãe-canguru**: manual técnico. Brasília, 2017b.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**- 3ed. Brasília, 2007.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método Canguru: manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica**. Brasília: 2018b.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília: 2018a.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: 2012.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico**. Brasília: 2024.

____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.153, de 22 de maio de 2014**. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2014a.

____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Aelyne. Diário Oficial da União; 2024.

____. Ministério do Planejamento e Orçamento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Boletim Regional, Urbano e Ambiental**. Rio de Janeiro: Ipea, 2023. n. 30, jul./dez. 2023. (Edição Especial 15 anos). ISSN2177-1847.

BRASSAROLA, H.G.M. *et al.* Uso do grupo de WhatsApp® no acompanhamento pós-alta do bebê prematuro: psicologia para o cuidado em enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 27, p. e20220205, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/4gM3GgjbBHHdVdXVYB4FSdL/?format=pdf&lang=pt>

BÜHLER, K. E. B.; LIMONGI, S. C. O.; DINIZ, E. M. A. Linguagem e cognição em bebês pré-termo muito baixo peso por meio da aplicação do PODCLE. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 67, p. 242-249, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/bVYYbsp6Kt4ghKWL6pSjXdN/?format=pdf&lang=en>

CALVO, M.C. M. *et al.* Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 25, p. 767-776, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2016.v25n4/767-776/>

CARDILLI-DIAS, D. *et al.* Potencialidades e fragilidades na rede de cuidados do bebê de alto risco. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 57, p. e20220150, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reusp/a/T4B9ZQWkBSgZjFHkBsX4C7n/?format=pdf&lang=pt>

CARVALHO, F. C. *et al.* Fatores de risco maternos mais prevalentes relacionados à ocorrência de partos prematuros: Revisão de Literatura. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Cianorte, v. 36, n. 1, p. 112-23, 2021a. Disponível em:

https://www.mastereditora.com.br/periodico/20210906_133301.pdf

CARVALHO, N.A. R. *et al.* A transição do cuidado do recém-nascido prematuro: da maternidade para o domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, p. eAPE02503. 2021b. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ape/a/v6FbF3m4sT7PPgHzZyJtCZC/>

CASACIO, G.D.M. *et al.* Itinerário terapêutico de crianças com necessidades especiais de saúde: análise guiada por sistemas de cuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 43, p. e20210115, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/mhy7SPj4ZRssHjHP63wqSvq/?lang=pt>

CHEONG, J. L. *et al.* Association between moderate and late preterm birth and neurodevelopment and social-emotional development at age 2 years. **JAMA pediatrics**, Chicago, v. 171, n. 4, p. e164805-e164805, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.ez89.periodicos.capes.gov.br/28152144/>

CHERMONT, A. G. *et al.* Fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer nos extremos da vida reprodutiva em uma maternidade privada. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Campinas, n. 39, p. e2110-e2110, 2020. Disponível em:

<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2110/1236>

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARANÁ. **Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde**. Curitiba –PR, 2020. Disponível em:

<https://protocolos.corenpr.gov.br/Protocolo%203%20-%20Imunizacao.pdf>.

COSTA, R. *et al.* Políticas Públicas de Saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **História da Enfermagem: Revista Eletrônica**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 55-68, 2010. Disponível em:

http://www.here.abennacional.org.br/here/n1vollano1_artigo4.pdf

CRISTIANE, M; FIGUEIRA, S. *et al.* Longitudinalidade na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 1381-1387, 2021. Disponível em:

<http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/8201/10407>

CRUMP, C.; SUNDQUIST, J.; SUNDQUIST, K. Nascimento prematuro ou precoce e risco de autismo. **Pediatrics**, Illinois, v. 148, n. 3, 2021. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34380775/>

CURRIE, G. *et al.* Caring for late preterm infants: public health nurses' experiences. **BMC Nursing**, London, v. 17, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12912-018-0286-y>

DAVIS, B. E. *et al.* Primary Care Framework to Monitor Preterm Infants for Neurodevelopmental Outcomes in Early Childhood. **Pediatrics**, Illinois, v. 152, n. 1, p. e2023062511, 2023. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/152/1/e2023062511/192156/Primary-Care-Framework-to-Monitor-Preterm-Infants?autologincheck=redirected>

DATASUS. Ministério da Saúde. Painel de monitoramento da natalidade: nascidos vivos. Brasília: SVS/Aids. Brasília: 2023a. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>

_____. Ministério da Saúde. Painel de monitoramento da mortalidade infantil e fetal. Brasília: SVS/Aids. Brasília: 2023b. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>

D'AGOSTINO, J. A. *et al.* Provider use of corrected age during health supervision visits for premature infants. **Journal of Pediatric Health Care**, Philadelphia, v. 27, n. 3, p. 172-179, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0891524511003002>

D'AGOSTINO, J. A. *et al.* Preterm infant attendance at health supervision visits. **Pediatrics**, Illinois, v. 136, n. 4, p. e794-e802, 2015. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/136/4/e794/73875/Preterm-Infant-Attendance-at-Health-Supervision?redirectedFrom=fulltext>

DEAN, A. G; SULLIVAN, K. M; SOE, M. M OpenEpi: Estatísticas Epidemiológicas de Código Aberto para Saúde Pública. Versão. [www .OpenEpi .com](http://www.OpenEpi.com) , atualizado em 06 abr. 2013.

DEMPSEY, A. G.; ABRAHAMSON, C. W.; KELLER-MARGULIS, M. A. Developmental screening among children born preterm in a high-risk follow-up clinic. **Journal of Pediatric Psychology**, [s.1], v. 41, n. 5, p. 573-581, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26542281/>

DINIZ, I. A. *et al.* Descontinuidade do seguimento ambulatorial de crianças de risco: perspectiva das mães. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2 p. e20180248 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/DNq7gQNDzG7fCpYgBBXZg9r/?lang=pt>

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

DUARTE, E. D. *et al.* Fatores associados à descontinuidade do seguimento ambulatorial de egressos de unidades neonatais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/qPJgihJcYfFqqvD58FFQmrk/?format=pdf&lang=pt>

ESPIRITO SANTO, A. L.; VOKS, D. Public Health Governance: conflicts and challenges of shared management on the Brazil-Bolivia border. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, p. e210704pt, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/LY9d3rdRdDFSLyB4BpqnWrD/abstract/?format=html&lang=en>

FABRE-GRENET, M. Os meios de comunicação do prematuro. **A linguagem dos bebês: Sabemos escutá-los**, p. 111-123, 1997.

FAIRLESS, H. E.; ULLOA, M.; MCGRATH, B. Continuity of care when transitioning complex preterm infants from NICU to home: Parent experiences. **Journal of Neonatal Nursing**, [s.l.], v. 27, n. 4, p. 273-279, 2021. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1355184120301885?via%3Dihub>

FAISTAUER, M. *et al.* Etiology of early hearing loss in Brazilian children. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. São Paulo, v. 88, p. S33-S41, 2021. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33839059/>

FERNANDES, K. G. *et al.* Perinatal Outcomes and Factors Associated with Ethnic Group in cases of Preterm Birth: the Multicenter Study on Preterm Birth in Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 811-819, 2022. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34872138/>

GARDONI, C. C. *et al.* Fatores de risco e prevalência da deficiência auditiva infantil no município de Vila Velha, Espírito Santo. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 23, n. 2, p. 39-48, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/34668>

GÓES, F. G. B. *et al.* Preparo de alta de famílias na promoção dos cuidados domiciliares do recém-nascido: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 1249-1255, 2021. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1291038>

GOLDSTEIN, R. F.; MALCOLM, W. F. Care of the neonatal intensive care unit graduate after discharge. **Pediatric Clinics**, Cincinnati, v. 66, n. 2, p. 489-508, 2019. Disponível em:

<https://pubmed-ncbi-nlm-nih.ez89.periodicos.capes.gov.br/30819350/>

GOMES, M.M. F. *et al.* Recadastramento da população residente em Foz do Iguaçu, Brasil, em atendimento à Política de Atenção Primária à Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 46, p. e158, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/rpsp/2022.v46/e158/pt/>

GULLIFORD, M. Access to primary care and public health. **The Lancet**, London, v. 2, n. 12, p. 532-533, 2017. Disponível em:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468266717302189>

HALIMI ASL, A.A; SAFARI, S.; HAMRAH, M. P. Epidemiology and related risk factors of preterm labor as an obstetrics emergency. **Emergency**, [s.l.], v. 5, n. 1, 2017. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5325899/>

HARRIS, A.; SECKL, J. Glucocorticoids, prenatal stress and the programming of disease. **Hormones and Behavior**, Ontario, v. 59, n. 3, p. 279-289, 2011. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0018506X10001674?via%3Dihub>

HESSON, A. M.; PITTS, D.A. S.; LANGEN, E. S. Delivering equity: preterm birth by socioeconomic class before and after coverage of 17-hydroxyprogesterone caproate. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, [s.l.], v. 35, n. 24, p. 4713-4716, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33430664/>

HORTELAN, M. S. *et al.* Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: scoping review. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, p. 229-236, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/tt3Y6pqFfw5b8KrymRVmBYb/?format=pdf&lang=pt>

HORTENSIUS, L. M. *et al.* Postnatal nutrition to improve brain development in the preterm infant: a systematic review from bench to bedside. **Frontiers in Physiology**, Lausana, v. 10, p. 961, 2019. Disponível em: <https://www-ncbi-nlm-nih.ez89.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC6677108/>

HUGEN, J. S. O. *et al.* Percepção dos profissionais da Atenção Primária sobre a continuidade do cuidado no Método Canguru. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 26, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/e262338882>

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Agenda 2030: ODS e metas nacionais dos objetivos de desenvolvimento sustentável: proposta de adequação**. Brasília: Ipea, 2018. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8855/1/Agenda_2030_ods_metas_nac_dos_obj_de_desenv_susten_propos_de_adequa.pdf

IBGE, Painel de Indicadores. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022.

IONIO, C. *et al.* Paths of cognitive and language development in healthy preterm infants. **Infant Behavior and Development**, Maine, v. 44, p. 199-207, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163638315301594>

JABERI, E.; ROKSANA, M. A study on preterm births during 2013–2015, Shiraz, Iran. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, [s.l.], v. 38, n. 1, p. 22-26, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28631494/>

JANSON, E. *et al.* Dolphin CONTINUE: a multi-center randomized controlled trial to assess the effect of a nutritional intervention on brain development and long-term outcome in infants born before 30 weeks of gestation. **BMC pediatrics**, London, v. 24, n.1, p.384, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38849784/>

JANTSCH, L. B. *et al.* Fatores associados a necessidade de terapia intensiva neonatal em prematuros tardios. **Revista Renome**, Montes Claros, v. 10, n. 1, p. 76-84, 2021a. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/3725/4688>

JANTSCH, L.B. *et al.* (Des) articulação da rede de atenção à saúde na prematuridade tardia e moderada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, 2021b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/D9GcYSqjdCjQSBQxjQycDQw/?format=pdf&lang=pt>

JI, E. S.; SHIM, K. K. Effects of a community-based follow-up program for parents with premature infants on parenting stress, parenting efficacy, and coping. **Child Health Nursing Research**, Gangneung, v. 26, n. 3, p. 366, 2020. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8650968/>

JOHNSON, S.; MARLOW, N. Preterm birth and childhood psychiatric disorders. **Pediatric research**, Jersey City, v. 69, n. 8, p. 11-18, 2011. Disponível em:

<https://www.nature.com/articles/pr9201188>

KEUNEN, K. *et al.* Impact of nutrition on brain development and its neuroprotective implications following preterm birth. **Pediatric research**, Jersey City, v. 77, n. 1, p. 148-155, 2015. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/pr2014171>

KIRSCHBAUM, C. Decisões entre pesquisas quali e quanti sob a perspectiva de mecanismos causais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 28, n. 82, p. 179-193, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/gMvf8BmhVTVVy76wnBkVnnF/abstract/?lang=pt>

KLOSSOSWSKI, D.G. *et al.* Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Revista Cefac**, Campinas, v. 18, p. 137-150, 2016.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/LkYmzcBfHM8zxWZVvxXC7Qf/?lang=pt>

KONDRACKI, A. J. *et al.* Sociodemographic disparities in preterm birth and low birthweight in the State of Georgia: Results from the 2017-2018 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. **The Journal of Rural Health**, [s.l.], v. 39, n. 1, p. 91-104, 2023. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35504850/>

KUO, D. Z. *et al.* Care system redesign for preterm children after discharge from the NICU. **Pediatrics**, Illinois, v. 139, n. 4, 2017. Disponível em:

<https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/139/4/e20162969/38372/Care-System-Redesign-for-Preterm-Children-After>

LAFORGIA, N. *et al.* Are pre-terms born timely and right immunized? Results of an Italian cohort study. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, Jerusalém, v. 14, n. 6, p. 1398-1402, 2018. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21645515.2018.1428509> .

LAKSHMANAN, A. *et al.* Viewpoints from families for improving transition from NICU-to-home for infants with medical complexity at a safety net hospital: a qualitative study. **BMC Pediatrics**, London, v. 19, n. 1, p. 1-14, 2019. Disponível

em: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-019-1604-6>

LAMOUNIER, J. A. *et al.* Iniciativa Hospital Amigo da Criança: 25 anos de experiência no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 37, p. 486-493, 2019. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/7vLNHNbWNPQrBy5BfVBfgnh/?format=pdf&lang=pt>

LEAL, M. C. *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1915-1928, 2018. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bD6WFWKvTDvBWS8yZ4BHcBP/?lang=pt&format=pdf>

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189–201, 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>

LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 52-66, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dTT4C8BxFNTFMftQcdcZjqc/?lang=pt>

LIMA, L. T. P. L.; TOSO, B. R. G. O. Itinerário terapêutico de brasileiros na atenção primária na tríplice fronteira. Semina: **Ciências biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 40, n. 1, p. 37-46, 2019. <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2019v40n1p37>.

LIMA, M.D.O. *et al.* Associação entre peso ao nascer, idade gestacional e diagnósticos secundários na permanência hospitalar de recém-nascidos prematuros. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 26, p. e1427-e1427, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/38663/30056>

LIMA, V. F.; MAZZA, V. A. Necessidades de informações das famílias sobre saúde/doença dos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, p. e20170474, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ZkBNHYXGL9ZHYdFRkStbmqP/abstract/?lang=pt>

LITT, J. S. *et al.* Ensuring Optimal Outcomes for Preterm Infants after NICU Discharge: A Life Course Health Development Approach to High-Risk Infant Follow-Up. **Children**, v. 11, n. 2, p. 146, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38397258/>

LÓPEZ-HERNÁNDEZ, Á. M. *et al.* Influence of perinatal complications on the development of a sample of 36-month-old premature infants. **Infant Behavior and Development**, Waterville, v. 62, p. 101507, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163638320301351?via%3Dihub>

MACHADO, V. C. Direitos humanos e políticas públicas de saúde para populações específicas. **Revista Interdisciplinar de Saúde e Educação**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 47-71, 2022. Disponível em: <https://periodicos.baraodemaua.br/index.php/cse/article/view/292/256>

MAESENEER, J. *et al.* A atenção primária à saúde (APS) como estratégia para alcançar a equidade de assistência à saúde: uma revisão da literatura: iniciativa da Rede de Conhecimento em Sistemas de Saúde **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, p. 46-72, 2008.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2003. Disponível em: https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india

MARINHO, C.S.R, FERREIRA, M.A.F. Evolução das políticas públicas frente à redução da mortalidade infantil e na infância. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 11, p. e474101119584-e474101119584, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19584>

MARTÍNEZ, A.L. *et al.* Consumo de recursos sanitarios en atención primaria de los prematuros tardíos. Estudio caso-control en un centro de salud urbano. **Anales de pediatría** (2003. Ed. impr.), [s.l], v. 83, n. 3, p. 213-215, 2015. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1695403315000995?via%3Dihub>

MATOBA, N. *et al.* Social Determinants of Premature Birth. **Clínics in Perinatology**, Atlanta, v.51, n.2, p. 331-343, 2024. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38705644/>

MCGOWAN, E. C. *et al.* Developmental outcomes of extremely preterm infants with a need for child protective services supervision. **The Journal of pediatrics**, Cincinnati, v. 215, p. 41-49. e4, 2019. Disponível em: [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(19\)30971-0/fulltext](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(19)30971-0/fulltext)

MCNEIL, E. *et al.* Incorporating infant mental health models into early intervention for infants and families discharged from the neonatal intensive care unit. **Newborn and Infant Nursing Reviews** [s.l], v. 16, n. 4, p. 303-308, 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.023>

MEDEIROS, C.C.; FRANZOI, M. A. H.; SILVEIRA, A. O. Cuidado parental e promoção do desenvolvimento infantil no contexto da prematuridade. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Brasília, v. 33, n. 11656, 2020. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/download/11656/pdf/0>

MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J.M. A.; CARVALHO, M. **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar**. Editora Fiocruz, 2004. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/wcgvd/pdf/moreira-9788575412374.pdf>

MOREIRA, D. C. *et al.* Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, e00031420, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xQJVjWPSCwSyRPtsMdNKghS/?lang=pt>

MENDES, E. V. *et al.* **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

METELSKI, F. K. *et al.* Dimensões da gestão do cuidado na prática do enfermeiro na atenção primária: revisão integrativa. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 51457, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/51457>

NAMIRO, F.B. *et al.* Poor birth weight recovery among low birth weight/preterm infants following hospital discharge in Kampala, Uganda. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 12, n. 1, p. 1-7, 2012. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-12-1>

NOVAKOWISKI, R. D. F.; BAGGIO, M. A.; ZILLY, A. Atenção puerperal em uma região de fronteira: fragilidades agravadas pela pandemia de COVID-19. **Escola Anna Nery**, Rio de

Janeiro, v. 27, p. e20220323, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/D36685WCv3gbhTztFmVKkNg/?format=pdf&lang=pt>

NOVAK, I. *et al.* Early, accurate diagnosis and early intervention in cerebral palsy: advances in diagnosis and treatment. **JAMA pediatrics**, Chicago, v. 171, n. 9, p. 897-907, 2017.

Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2636588>

OLIVEIRA, J. A. *et al.* Continuidade do cuidado na prematuridade. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v.45, n.1, 2019. Disponível: <https://doi.org/10.5902/2236583423912>

OLIVEIRA, K. A. *et al.* Associação entre raça/cor da pele e parto prematuro: revisão sistemática com meta-análise. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, p.26, 2018.

Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JkWdcTPhqjpwCwrzDdYCRjR/?format=pdf&lang=pt>

OLIVEIRA, K. A. *et al.* Racial and ethnic disparities in premature births among pregnant women in the NISAMI cohort, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.29, n.3, p.e11862023, 2024. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/p3Svy6RYzqChjrksvP5vjyf/abstract/?lang=pt>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Organização Mundial da Saúde – OMS. **OPAS e Ministério da Saúde do Brasil disponibilizam plataforma para auxiliar profissionais e multiplicadores da estratégia AIDPI**. OPAS: 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/22-2-2022-opas-e-ministerio-da-saude-do-brasil-disponibilizam-plataforma-para-auxiliar>

OPHELDERS, D. R.M.G. *et al.* Preterm brain injury, antenatal triggers, and therapeutics: timing is key. **Cells**, [s.l.], v. 9, n. 8, p. 1871, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.ez89.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC7464163/>

PALLÁS-ALONSO, C. *et al.* Follow-up protocol for newborns of birthweight less than 1500 g or less than 32 weeks gestation. **Anales de Pediatría (English Edition)**, [s.l.], v. 88, n. 4, p. 229. e1-229. e10, 2018.

PALLÁS-ALONSO, C. R. *et al.* Spanish survey on follow-up programmes for children born very preterm. **Acta paediatrica**, Oslo, v. 108, n. 6, p. 1042-1048, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/apa.14647>

PASTRO, J. *et al.* Comorbidades e procedimentos assistenciais correlatos ao desenvolvimento de retinopatia da prematuridade. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 42, n. 2, p. 115-126, 2021. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/40401/30298>

PEARLMAN, J.; ROBINSON, D. E. State Policies, Racial Disparities, and Income Support: A Way to Address Infant Outcomes and the Persistent Black-White Gap? **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Durham, v. 47, n. 2, p. 225-258, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35504850/>

PEREIRA, H. V. Paralisia cerebral. **Revista Residência Pediátrica**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 49-55, 2018. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatria.com.br/pdf/v8s1a09.pdf>

PICCO, T. M. *et al.* Cuidado em saúde à criança na atenção primária em região de fronteira. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e20210104, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Q94GfbFwY83KtNLzgCbnxwF/?lang=pt>

PINA, J. C. *et al.* Contribution of a shelter-based Integrated Management of Childhood Illnesses Program for children under the age of five years. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, p. 142-148, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000200005&script=sci_abstract

PINEDA, R. *et al.* The Baby Bridge program: A sustainable program that can improve therapy service delivery for preterm infants following NICU discharge. **PloS one**, San Francisco, v. 15, n. 5, p. e0233411, 2020. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0233411>

PIETERMAN, K. *et al.* Cerebellar growth impairment characterizes school-aged children born preterm without perinatal brain lesions. **American Journal of Neuroradiology**, [s.l.], v. 39, n. 5, p. 956-962, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29567656/>

POLGLASE, G. R. *et al.* Inflammation in utero exacerbates ventilation-induced brain injury in preterm lambs. **Journal of Applied Physiology**, [s.l.], v. 112, n. 3, p. 481-489, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22052871/>

QUARESMA, M. E. *et al.* Factors associated with hospitalization during neonatal period. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 94, n. 4, p. 390-398, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/FV3qTCTDC8t8zzTNqZWC4kD/abstract/?lang=en>

RAJU, T. N.K. Moderately preterm, late preterm and early term infants: research needs. **Clinics in perinatology**, Maryland Heights, v. 40, n. 4, p. 791-797, 2013. Disponível em: [https://www.perinatology.theclinics.com/article/S0095-5108\(13\)00084-5/fulltext](https://www.perinatology.theclinics.com/article/S0095-5108(13)00084-5/fulltext)

REAM, M. A.; LEHWALD, L. Neurologic consequences of preterm birth. **Current neurology and neuroscience reports**, Nova York, v. 18, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://link-springer-com.ez89.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007/s11910-018-0862-2>

REICHERT, A.P. S. *et al.* Terceira etapa do método canguru: experiência de mães e profissionais da atenção primária. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, p. e20200077, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Ry7cdjtcQKZsWsKdTrJQ78S/?format=pdf&lang=pt>

RIBEIRO, L. Z. *et al.* Análise da taxa de mortalidade perinatal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo, Brasil entre os anos de 2008 e 2017. **Journal of Human Growth and Development**, Santo André, v. 33, n. 2, p. 250-259, 2023. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/jhgd/article/download/14755/15071/57000>

ROCHA, A. A. *et al.* O crescimento econômico na faixa de fronteira de 2000 a 2010: o caso do Paraná. **Revista Brasileira de Planejamento e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 6-23, 2015. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbpd/article/view/3580/3596>

SABINO, G.C. *et al.* Práticas do enfermeiro no acompanhamento da mãe de recém-nato pré-termo na Atenção Básica. **Global Academic Nursing Journal**, Ipanema, v. 2, n. Spe. 1, p. e91-e91, 2021. Disponível em: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/172/187>

SABRI, K. *et al.* Retinopathy of prematurity: a global perspective and recent developments. **Pediatrics**, Illinois, v. 150, n. 3, 2022. Disponível em: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih.ez89.periodicos.capes.gov.br/35948728/>

SEIDEL, B. *et al.* Percepção do profissional da Estratégia Saúde da Família no cuidado à criança com deficiência. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 40, n. 2, p. 241-253, 2022. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002022000200241&script=sci_arttext&tlng=pt

Secretaria da Saúde do Paraná. PARANÁ. **Regionais de Saúde**. Disponível em : <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Regionais-de-Saude> .

SHARMA, D. *et al.* Late preterm: a new high risk group in neonatology. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, Perugia, v. 34, n. 16, p. 2717-2730, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1670796>

SIGNOR, E. *et al.* Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde de acordo com modelos assistenciais. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 12, p. e46-e46, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/67809/50551>

SILVA, L. N. M.; SILVEIRA, A. P. K. F.; MORAIS, F. R.R. de. Programa de humanização do parto e nascimento: aspectos institucionais na qualidade da assistência. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, p. 3290-3294, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1032531>

SILVA, R. M. M. *et al.* Oportunidades de cuidados à criança prematura: visita domiciliar e suporte telefônico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, p. e3308, 2020a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3520.3308> .

SILVA, R. M. M. *et al.* Vulnerabilidades para a criança prematura: contextos domiciliar e institucional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, p. e20190218, 2020b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9YNQtK5d3ccTLyMqmx4KFKG/?lang=pt>

SILVA, R. M. M. *et al.* Fatores relacionados ao tempo de hospitalização e óbito de recém-nascidos prematuros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019034103704>

SILVA, R. M. M.; MELLO, D. F. Qualidade do seguimento do bebê prematuro na rede de Atenção Primária à Saúde: guia “Qualiprematuro”. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, p. e20220241, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9ryzYsJD8mw7krMg74YDmNv/?lang=pt>

SILVA, R. M. M. *et al.* Elementos qualificadores do seguimento de prematuros no campo da atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 64966, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/64966> .

SILVA-SOBRINHO, R. A. *et al.* Enfrentamento da COVID-19 em região de fronteira internacional: saúde e economia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 1, e3398, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4659.3398> .

SILVEIRA R.C. *et al.* Early intervention program for very low birth weight preterm infants and their parents: a study protocol. **BMC Pediatric**, London, v. 18, n. 1, p. 268, 2018. Disponível em: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-018-1240-6>

SOLANO, L. C. *et al.* Coordination of care for premature newborns: challenges for primary health care. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 23, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190016>

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, p. 502-507, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7zMf8XypC67vGPrXVrVFGdx/abstract/?lang=pt>

SOUZA SILVA, K. *et al.* Análise temporal do nascimento e hospitalização de crianças prematuras em município brasileiro de fronteira. **ABCS Health Sciences**, Santo André, v. 47, p. e022228-e022228, 2022. Disponível em: <https://nepas.emnuvens.com.br/abcshs/article/view/1703/1251>

SPITTLE, A. J. *et al.* Early diagnosis and treatment of cerebral palsy in children with a history of preterm birth. **Clinics in perinatology**, v. 45, n. 3, p. 409-420, 2018. Disponível em: <https://www-sciencedirect.ez89.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0095510818313708?via%3Dihub>

SSENGOOBA, F. *et al.* The right of access to healthcare: an analysis of how legal and institutional frameworks constrain or facilitate access to healthcare for residents in border areas in the East African Community. **International journal for equity in health**, [s.l.], v. 21, n. 1, p. 168, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36435794/>

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002.

STEEN, E. *et al.* Preterm birth may be a larger risk factor for increased blood pressure than intrauterine growth restriction. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 104, n. 11, p. 1098-1103, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.13095>

STOODLEY, C. J.; LIMPEROPOULOS, C. Structure–function relationships in the developing cerebellum: evidence from early-life cerebellar injury and neurodevelopmental disorders. **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**, [s.l.], v. 21, n. 5, p. 356-364 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27184461/>

SUAZO, J. H. *et al.* Recomendaciones para el manejo perinatal y seguimiento del recién nacido prematuro tardío. **Anales de Pediatría**, [s.l], v. 81, n. 5, p.e1-327, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1695403314003191>

SUCKSDORFF, M. *et al.* Preterm birth and poor fetal growth as risk factors of attention-deficit/hyperactivity disorder. **Pediatrics**, Illinois, v. 136, n. 3, p. e599-e608, 2015. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/136/3/e599/77131/Preterm-Birth-and-Poor-Fetal-Growth-as-Risk>

SWEET, D. G. *et al.* European consensus guidelines on the management of respiratory distress syndrome–2019 update. **Neonatology**, [s.l], v. 115, n. 4, p. 432-450, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30974433/>

TANAKA, M. C. *et al.* Fragilidades para a continuidade do cuidado ao pré-termo egresso da unidade neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 58, p. e20230228, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/vS8X8RY4FhWbkPTkmY6b7mn/?lang=pt>

TASCA, R. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, São Paulo, v. 44, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6943881/pdf/rpsp-44-e4.pdf>

TILBORG, E. V. *et al.* Impaired oligodendrocyte maturation in preterm infants: Potential therapeutic targets. **Progress in neurobiology**, Texas, v. 136, p. 28-49, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26655283/> .

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 361-378, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cLcqmXhpPLWJjJMWrq9fL4K/>

TORCHIN, H.; ANCEL, P. Y. Epidemiology and risk factors of preterm birth. **Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction**, [s.l], v. 45, n. 10, p. 1213-1230, 2016. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/27789055>

VÍCTORA, C. G. *et al.* Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. **The Lancet**, London, v. 356, n. 9235, p. 1093-1098, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11009159/>

VIEIRA, N. F. C. *et al.* Fatores presentes na satisfação dos usuários na Atenção Básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, e200516, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/TWW4KNqKgzC94czgy6TnZqQ/?lang=pt>

VOGEL, J. P. *et al.* The global epidemiology of preterm birth. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, [s.l], v. 52, p. 3-12, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29779863/>

VOLPE, J. J. Cerebellum of the premature infant: rapidly developing, vulnerable, clinically important. **Journal of child neurology**, [s.l], v. 24, n. 9, p. 1085-1104, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19745085/>

WACHMAN, E.M.; LAHAV, A. The effects of noise on preterm infants in the NICU. **Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition**, [s.1], v. 96, n. 4, p. F305-F309, 2011. Disponível em: https://fn.bmj.com/content/96/4/F305.short?casa_token=myRGwk-SWCwAAAAA:QiXXN8YCgNzLN0CtOkvtTQ5w0zVx8_OGT0PRQ_Jum0r2Y2fVtFcdBuyxfCCq0R-hDrCyRYIkOQI

WALANI, S.R. Global burden of preterm birth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, London, v. 150 p. 31-33, 2020. Disponível em: <https://doi-org.ez89.periodicos.capes.gov.br/10.1002/ijgo.13195>

WEISS, A. J. *et al.* The Relation of Neighborhood Racial and Income Polarity to Preterm Birth Rates in Chicago. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 27, n. 3, p. 556-565, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36754921/> .

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058262>

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

APÊNDICE I – Instrumento para Caracterização do Enfermeiro da Atenção Primária a Saúde

Identificação profissional enfermeiro:

1. Qual a sua idade?

Entre 20 e 30 anos Entre 30 e 40 anos Entre 40 e 50 anos Mais de 50 anos

2. Sexo?

M F

3. Há quanto tempo é formado?

Menos de 5 anos Entre 5 e 10 anos Mais de 10 anos

4. Possui pós-graduação na área de Atenção Primária/Saúde da Família?

Sim Não

5. Há quanto tempo trabalha na atenção primária em saúde?

Menos de 5 anos Entre 5 e 10 anos Mais de 10 anos

6. Há quanto tempo trabalha nesta unidade de saúde?

Menos de 5 anos Entre 5 e 10 anos Mais de 10 anos

Identificação Unidade Básica de Saúde:

1. Município da unidade?

2. Nome da unidade?

3. Área urbana ou rural?

Urbana Rural

4. Tipo de Unidade de Saúde?

Básica Básica ampliada Estratégia de Saúde da Família

5. Horário de Funcionamento?

6. Costuma atender prematuros?

Sim Não Sim, mas poucos.

APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezada participante,

Convidamos você a participar de uma pesquisa sobre a “**Análise da qualidade do seguimento da saúde da criança prematura em municípios do estado do Paraná**”. O objetivo estabelecido é analisar a qualidade do seguimento da saúde da criança que nasceu prematura na atenção primária do estado do Paraná e têm o propósito de coletar dados que servirão de base para responder como tem sido realizado esse seguimento em saúde na atenção primária. Para que isso ocorra você será submetido a uma entrevista por meio online respondendo um questionário.

Se ocorrer algum transtorno, decorrente de sua participação em qualquer etapa desta pesquisa, nós pesquisadores, providenciaremos acompanhamento e a assistência imediata, integral e gratuita. Havendo a ocorrência de danos, previstos ou não, mas decorrentes de sua participação nesta pesquisa, caberá a você, na forma da Lei, o direito de solicitar a respectiva indenização.

Também você poderá a qualquer momento desistir de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Para que isso ocorra, basta informar, por qualquer modo que lhe seja possível, que deseja deixar de participar da pesquisa e qualquer informação que tenha prestado será retirada do conjunto dos dados que serão utilizados na avaliação dos resultados.

Você não receberá e não pagará nenhum valor para participar deste estudo, no entanto, terá direito ao ressarcimento de despesas decorrentes de sua participação.

Nós pesquisadores garantimos a privacidade e o sigilo de sua participação em todas as etapas da pesquisa e de futura publicação dos resultados. O seu nome, endereço, voz e imagem nunca serão associados aos resultados desta pesquisa, exceto quando você desejar. Nesse caso, você deverá assinar um segundo termo, específico para essa autorização e que deverá ser apresentado separadamente deste.

As informações que você fornecer serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa. Caso as informações fornecidas e obtidas com este consentimento sejam consideradas úteis para outros estudos, você será procurado para autorizar novamente o uso.

Este documento que você vai assinar contém duas páginas. Você deve vistar (rubricar) todas as páginas, exceto a última, onde você assinará com a mesma assinatura registrada no cartório (caso tenha) e encaminhar a foto do documento. Este documento está sendo apresentado a você em duas vias, sendo que uma via é sua. Sugerimos que guarde a sua via de modo seguro.

Caso você queira se comunicar com a pesquisadora e assistentes, este são os endereços:

Foz do Iguaçu: Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus de Foz do Iguaçu, Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1300, Jardim Universitário, 85851-100, Contatos: **Rosane Meire Munhak da Silva**, Telefone/ whatsapp: (45) 99105-9678/ **Geisyelli Alderete**, Telefone/ whatsapp: (45) 99941-2987. Caso você precise informar algum fato, ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00 as 15h30min, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619, Bairro Universitário, Cascavel - PR. Caso prefira, você pode entrar em contato via Internet pelo e-mail: cep.prppg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

Eu, _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Este documento que você vai assinar contém 2 páginas.

Declaro que concordo em participar deste estudo, mas es ou ciente que posso desistir a qualquer momento. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Foz do Iguaçu, __/__/2024

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO I – Guia Avaliativo de Coleta de Dados “Qualiprematuro”

Domínio I - Planejamento da alta hospitalar e organização do plano de cuidados
<p>1) Os profissionais de saúde da APS (Atenção Primária à Saúde) desta unidade são comunicados pelos profissionais (médicos ou enfermeiros) do hospital sobre a alta da criança prematura: (1) Não são comunicados; (2) São comunicados no momento da alta apenas; (3) Às vezes são comunicados quando a alta é planejada e às vezes no momento da alta; (4) Sempre são comunicados quando a alta hospitalar é planejada.</p>
<p>2) Qual a forma de comunicação entre hospital e serviço de APS sobre a alta hospitalar da criança prematura? (1) Não há comunicação da alta hospitalar; (2) Comunicação é realizada de maneira informal, por amigos, familiares, vizinhos e outros; (3) Comunicação formal, por mensagem de texto, email ou telefone, realizada por profissionais do hospital; (4) Comunicação por escrito realizada por profissionais do hospital, seguindo o protocolo de contrarreferência previsto no planejamento da alta hospitalar.</p>
<p>3) Os profissionais de saúde desta unidade (equipe médica e/ou de enfermagem) participam do planejamento da alta da criança prematura para a organização dos cuidados oferecidos pelos serviços de APS? (1) Não participam; (2) Não participam, mas são comunicados previamente antes da alta hospitalar; (3) Às vezes participam do planejamento da alta hospitalar e às vezes apenas são comunicados; (4) Sempre participam.</p>
<p>4) Os profissionais (equipe médica ou de enfermagem) da unidade de APS participam da elaboração do plano de cuidados da criança prematura para o domicílio? (1) Não sabe se o plano de cuidados é elaborado; (2) O plano de cuidados é elaborado por profissionais do hospital, sem a participação da APS; (3) Às vezes os profissionais da APS participam da elaboração do plano de cuidados; (4) Os profissionais de saúde da APS sempre participam da elaboração do plano de cuidados.</p>
<p>5) Na elaboração do plano de cuidados para o domicílio, é avaliado o ambiente familiar e social em que a criança prematura estará inserida? (1) Não sabe se o plano de cuidados é elaborado; (2) O plano de cuidados é elaborado apenas pelos profissionais do hospital, então não sabe se o ambiente é avaliado; (3) Não são considerados no plano de cuidados o ambiente familiar e social; (4) Todos os aspectos domiciliares e sociais/comunitários são avaliados.</p>
<p>6) No plano de cuidados para a alta é levado em consideração o histórico de hospitalização da criança prematura? (1) Não é elaborado o plano de cuidados; (2) Não há informações sobre histórico de hospitalização; (3) Encaminhamento realizado por escrito ou por telefone com o histórico; (4) Há prontuário eletrônico compartilhado entre os serviços.</p>
<p>7) Antes da alta hospitalar, o cuidador principal é orientado e treinado pelos profissionais de enfermagem do hospital para os cuidados e necessidades da criança prematura em domicílio? (1) Não sei informar; (2) Não é orientado e não treina os cuidados; (3) Recebe orientação e treinamento um pouco antes da alta; (4) O cuidador principal é inserido nos cuidados e treinados durante a hospitalização.</p>
<p>8) Antes da alta, o cuidador principal é orientado pelos profissionais do hospital sobre os atendimentos ambulatoriais da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) O cuidador principal não foi orientado sobre o atendimento ambulatorial; (3) O cuidador principal foi orientado apenas no dia da alta; (4) O cuidador principal recebeu orientações ao longo da internação.</p>
<p>9) Antes da alta hospitalar, as condições emocionais do cuidador principal foram observadas e avaliadas pelos profissionais? (1) Não sei informar; (2) Não são observadas ou avaliadas pelos profissionais do hospital ou da APS; (3) São observadas e avaliadas pela equipe do hospital ou da APS, de forma separada; (4) São observadas, avaliadas e compartilhadas entre equipes hospitalar e da APS.</p>
<p>10) A criança prematura recebe alta hospitalar com a consulta de seguimento agendada na UBS/USF próxima à sua casa? (1) Não há agendamento prévio e o cuidador principal precisa procurar a UBS/USF; (2) O cuidador principal recebe encaminhamento do retorno impresso para agendar, ou, a UBS é informada e fica responsável por</p>

realizar o agendamento e comunicar o cuidador principal; (3) Na alta hospitalar, a consulta de enfermagem na UBS/USF já é agendada; (4) Na alta hospitalar, a consulta médica e de enfermagem na UBS/USF já são agendadas.

As respostas permitirão as seguintes interpretações: Inadequado (pontuação 11 a 21), presumindo que o processo de alta hospitalar da criança prematura precisa ser reestruturado, considerando a existência de lacunas do serviço hospitalar e da rede básica na APS; Regular (pontuação 22 a 32), em que o planejamento da alta hospitalar é realizado de forma mediana, e as equipes hospitalar e da rede básica podem melhorar a organização do processo para potencializar a saúde e o desenvolvimento infantil; Bom (pontuação 33 a 43), quando o planejamento da alta hospitalar é realizado e pode avançar; e Excelente (pontuação 44) quando o planejamento da alta hospitalar é plenamente realizado com excelência.

Domínio II – Seguimento domiciliar em visita e teleatendimento

11) São realizadas Visitas Domiciliares à criança prematura? (1) Não são realizadas; (2) Para algumas crianças prematuras com longos períodos de hospitalização; (3) Para as crianças prematuras com necessidades de atenção especial de saúde; (4) Para todas as crianças prematuras.

12) Quais profissionais realizam Visitas Domiciliares para a criança prematura? (1) Não são realizadas; (2) Somente o Agente Comunitário de Saúde; (3) Agente Comunitário de Saúde e o(a) enfermeiro(a); (4) Equipe multiprofissional (enfermeiros/técnicos de enfermagem/médicos/Agentes Comunitário de Saúde/dentre outros), com a participação de pelo menos dois profissionais.

13) Quando a criança prematura chega em casa, quanto tempo leva para a primeira Visita Domiciliar? (1) Não são realizadas; (2) Primeiro mês após alta; (3) Aproximadamente 15 dias após alta; (4) Na primeira semana após a alta.

14) Qual o intervalo de tempo estabelecido entre as Visitas Domiciliares para a criança prematura? (1) Não são realizadas; (2) Realizada quando há falta na puericultura e vacinação; (3) Intervalo de um mês; (4) Visitas quinzenais até completar 40 semanas de idade corrigida e mensal até completar um ano de idade.

15) As ações realizadas nas Visitas Domiciliares são embasadas em protocolos previamente estabelecidos? (1) Não são realizadas as Visitas Domiciliares; (2) Não há definição de ações com base em protocolos; (3) Ações apenas definidas no dia de sua realização; (4) Há protocolos para nortear as ações nas Visitas Domiciliares.

16) Há treinamentos e/ou capacitação da equipe para as Visitas Domiciliares direcionadas para o cuidado da criança prematura? (1) Não são realizadas Visitas Domiciliares; (2) Não são realizados treinamentos ou capacitações; (3) São repassadas informações pontuais para os profissionais; (4) Há capacitações e treinamentos para a equipe multiprofissional.

17) É disponibilizado ao cuidador principal ou à família de crianças prematuras o teleatendimento? (1) Não disponibilizado; (2) Apenas com a recepção para o agendamento de consultas; (3) Disponibilizado em horários determinados pelo serviço de saúde; (4) Disponibilizado quando a família necessita e/ou a equipe analisa situação necessária da criança prematura.

18) Sobre o teleatendimento, quais profissionais estão disponíveis para atender o cuidador principal e/ou a família da criança prematura? (1) Não disponibilizado; (2) Apenas o(a) recepcionista; (3) Apenas o(a) Agente Comunitário de Saúde; (4) Equipe multiprofissional (Agente Comunitário de Saúde, enfermeiro, médico, etc.), com pelo menos dois profissionais.

19) Há treinamentos e ou capacitação da equipe profissional para o teleatendimento direcionado para o cuidado da criança prematura? (1) Não é realizado teleatendimento; (2) Nunca houve capacitação profissional; (3) São repassadas orientações pontuais; (4) Há capacitação para equipe multiprofissional.

<p>20) Nas Visitas Domiciliares ou nos teleatendimentos, qual o foco das ações contempladas? (1) Não realizados; (2) O cuidado da criança prematura; (3) O cuidado da criança prematura e de sua família; (4) O cuidado da criança prematura, da família e do ambiente/contexto em que estão inseridos, bem como as demandas apresentadas pela família.</p>
<p>21) Após a Visita Domiciliar e ou teleatendimento, como as ações em saúde são definidas? (1) Não realizadas ou não definidas; (2) Ações definidas entre família e profissional responsável pela visita ou teleatendimento; (3) Ações definidas pela família e profissional responsável pela visita, mas raramente acontece compartilhamento das ações; (4) Ações são compartilhadas/discutidas com a equipe multidisciplinar para direcionar o cuidado.</p>
<p>As respostas permitirão as seguintes interpretações: Inadequado (pontuação 11 a 21), em que o seguimento domiciliar precisa ser reestruturado, pela existência de lacunas na rede da APS, fragilizando o exercício do cuidado da criança em domicílio, seguimento da saúde familiar e os fatores que prejudicam o desenvolvimento infantil ficarem desconhecidos; Regular (pontuação 22 a 32), o seguimento domiciliar é realizado de forma mediana e pode melhorar a organização do processo; Bom (pontuação 33 a 43), o seguimento domiciliar é realizado; Excelente (pontuação 44), denota que o seguimento domiciliar é realizado plenamente com excelência.</p>

<p>Domínio III - Seguimento da saúde infantil para promover saúde e prevenir agravos</p>
<p>22) Quando ocorre o primeiro atendimento de puericultura da criança prematura na UBS/USF? (1) Puericultura apenas no serviço especializado; (2) Na unidade de saúde em até um mês após a alta e ou nascimento -caso não hospitalizada; (3) Em até 15 dias após alta; (4) Na primeira semana após chegar em casa, independentemente se ficou ou não hospitalizada.</p>
<p>23) Como é realizado o agendamento da primeira consulta de puericultura da criança prematura? (1) Puericultura apenas no serviço especializado, então não sei informar; (2) O cuidador principal ou a família precisa ligar ou ir à unidade de saúde; (3) O cuidador principal ou a família precisa ligar ou ir na unidade de saúde, sendo que, a consulta da criança prematura é considerada prioritária; (4) A criança já sai do hospital com a consulta de puericultura agendada.</p>
<p>24) A consulta de puericultura da criança prematura é realizada com quais profissionais? (1) Puericultura apenas no serviço especializado; (2) Com o(a) médico(a); (3) Com o(a) enfermeiro(a); (4) As consultas são intercaladas com a equipe multiprofissional.</p>
<p>25) Qual o intervalo preconizado das consultas de puericultura nos serviços especializados e na APS? (1) Puericultura apenas no serviço especializado, então não sei informar; (2) Mensal e em condições vulneráveis quinzenal; (3) Semanal até completar 40 semanas de idade corrigida, depois mensais até o primeiro ano; (4) Semanal até completar 40 semanas de idade corrigida, mensais no primeiro ano e em situações vulneráveis intervalo é reduzido.</p>
<p>26) Até quando a puericultura da criança prematura é realizada? (1) Até completar um ano de vida no serviço especializado ou na APS; (2) Até completar dois anos de vida nos serviços especializados e na APS; (3) Até completar seis anos de vida nos serviços especializados e na APS; (4) Até o início da puberdade/adolescência nos serviços especializados e na APS.</p>
<p>27) Como é realizada a consulta de seguimento do crescimento da criança prematura pelo profissional da APS (peso, estatura e perímetro cefálico)? (1) Não sei informar, consulta apenas no serviço especializado; (2) Realizados controles por meio de relatórios, sem utilizar gráficos de crescimento (3) Realizados controles com gráficos de crescimento gerais; (4) Realizados controles e utilizados os gráficos para a criança prematura.</p>
<p>28) Quais as diretrizes/protocolos para realização da puericultura da criança prematura?? (1) Puericultura apenas no serviço especializado; (2) Na experiência profissional, não há protocolos; (3) Há protocolos gerais disponíveis; (4) Há protocolos específicos para crianças prematuras, disponíveis e adaptados conforme cada realidade.</p>

<p>29) Há treinamentos e ou capacitação dos profissionais para a puericultura da criança prematura? (1) Não há treinamentos e/ou capacitações; (2) Realizadas capacitações para puericultura de forma geral; (3) Realizadas orientações gerais sobre as especificidades da criança prematura; (4) Realizadas capacitações para a puericultura da criança prematura.</p>
<p>30) É realizada a estratificação de risco da criança que nasceu prematura? (1) Nunca é realizada; (2) Toda criança prematura é estratificada de alto risco; (3) Entre as crianças prematuras, são estratificadas 'aquelas' de risco individual; (4) Entre as crianças prematuras, são estratificadas 'aquelas' com risco individual, familiar e social.</p>
<p>31) O que é realizado na puericultura para o seguimento do crescimento e desenvolvimento da criança prematura? (1) Puericultura apenas no serviço especializado; (2) Avaliação do crescimento e desenvolvimento com base no exame clínico e imunização conforme o Programa Nacional de Imunização; (3) Avaliação do crescimento e desenvolvimento com base no exame clínico e esquema vacinal diferencial; (4) Avaliação do crescimento e desenvolvimento com base no exame clínico, ferramentas de triagens para identificar risco e esquema vacinal diferencial para a criança prematura.</p>
<p>32) Quais as especialidades são inseridas no acompanhamento de saúde da criança prematura pela equipe multidisciplinar? (1) Não são realizados acompanhamentos especializados; (2) São disponibilizados os acompanhamentos com os profissionais da APS e os demais profissionais quando a criança apresenta problema de saúde; (3) São disponibilizadas avaliações de profissionais especializados (inseridas na fila de espera podendo acontecer em tempo superior a um ano), da área: fonoaudiologia, oftalmologia, neurologia e cardiologia; (4) São disponibilizadas avaliações ainda no primeiro ano por profissionais especializados, da área: fonoaudiologia, oftalmologia, neurologia e cardiologia.</p>
<p>33) O cuidador principal e a família reconhecem os sinais de alerta de agravos à saúde da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não reconhecem os sinais de alerta; (3) Reconhecem parcialmente sinais de alerta; (4) Famílias orientadas e reconhecem sinais de alerta.</p>
<p>As respostas permitirão as seguintes interpretações: Inadequado (pontuação 12 a 23), o seguimento da saúde da criança prematura precisa ser reestruturado, a (des)assistência na APS poderá fragilizar a promoção da saúde e a prevenção de agravos, que comprometem a saúde e o desenvolvimento infantil; Regular (pontuação 24 a 35), o seguimento da saúde é realizado de forma mediana e as equipes na rede da APS podem melhorar a organização do processo; Bom (pontuação 36 a 47), o seguimento da saúde é realizado; Excelente (pontuação 48), o seguimento da saúde criança prematura é realizado plenamente com excelência.</p>

Domínio IV - Integração entre serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado

<p>34) Como é o sistema de referência para a atenção à saúde da criança prematura? (1) Não há referência; (2) Sistema de referência lento, com longas filas de espera, pois não prioriza o atendimento a criança prematura; (3) Sistema de referência lento, com longas filas de espera, embora priorize o atendimento da criança prematura; (4) Sistema de referência ágil e troca informações entre as esferas de atenção à saúde, prioriza o atendimento a criança prematura.</p>
<p>35) Como é a contrarreferência para a atenção à saúde da criança prematura? (1) Não existe; (2) Existe, mas incipiente e dependente da atitude de cada profissional; (3) Existe, mas burocratizado, com pouca devolutiva para a rede de APS; (4) É integrado e com trocas de informações entre as esferas de atenção.</p>
<p>36) É trabalhado o histórico de saúde e doença da criança prematura? (1) O cuidador principal precisa contar o histórico a cada novo profissional que atende a criança prematura; (2) Há descrição do problema e demandas no encaminhamento; (3) Elaborado um relatório detalhado por escrito de forma sucinta; (4) Há prontuário eletrônico integrado na rede.</p>
<p>37) Há integração entre unidade de saúde e instituição educacional que a criança prematura frequenta? (1) Os profissionais da APS não conhecem a escola; (2) Os profissionais conhecem a escola, mas não há integração entre</p>

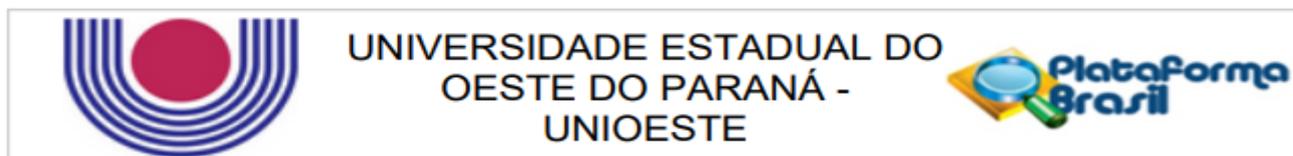
<p>unidade de saúde e escola; (3) Os profissionais da APS conhecem a escola, mas a integração ocorre somente quando existe algum problema; (4) Há integração com a escola com informações atualizadas no prontuário.</p>
<p>38) Há estratégias de acompanhamento da criança prematura entre os serviços de saúde e educação? (1) Não há; (2) Sim, para crianças com diagnóstico de atraso no desenvolvimento; (3) Sim, quando há suspeita de atraso no desenvolvimento; (4) Sim, há integração e são elaboradas estratégias conjuntas para estimular o desenvolvimento da criança prematura.</p>
<p>39) Há reuniões para discutir casos e instrumentalizar os profissionais da educação sobre a criança prematura? (1) Não há; (2) Há troca de informações em situações de urgência/especiais; (3) Há troca de informações sobre alterações físicas e comportamentais; (4) São compartilhadas informações e realizados treinamentos para os profissionais da educação.</p>
<p>40) Em situação aguda, o cuidador principal ou famílias das crianças prematuras sabem qual serviço procurar? (1) Não sei informar; (2) Não sabem qual serviço procurar; (3) Buscam a Unidade de Pronto Atendimento; (4) As famílias sabem quais serviços de saúde estão disponíveis para o atendimento da criança prematura.</p>
<p>41) Se o cuidador principal ou família da criança prematura precisar(em) de atendimento psicológico, existe o serviço disponível? (1) Não sei informar; (2) Não há serviço de psicologia disponível; (3) Tem o serviço de psicologia disponível, mas as famílias não o procuram; (4) Serviço de psicologia está disponível e as famílias o procuram.</p>
<p>42) É realizada a estratificação da criança prematura de risco para complicações tardias? (1) Não é realizada; (2) Tratamento e acompanhamento é direcionado somente com diagnóstico de complicações; (3) Estratificação de risco é feita e há longas filas de espera para o atendimento especializado; (4) Estratificação de risco é feita e há encaminhamentos adequados para os atendimentos necessários.</p>
<p>43) Há protocolos para avaliação oftalmológica da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não há protocolos de avaliação; (3) Encaminhamento pelas consultas de puericultura (peso $\leq 2000g$ e ou idade gestacional ≤ 36 semanas); (4) Na alta hospitalar já é agendada avaliação oftalmológica (peso ao nascer $\leq 2000g$ e ou idade gestacional ≤ 36 semanas).</p>
<p>44) Como é realizado o agendamento da avaliação oftalmológica das crianças prematuras com peso ao nascer inferior a 2000g e/ou idade gestacional ≤ 36 semanas? (1) Não sei informar; (2) Apenas com diagnóstico de alterações visuais; (3) Avaliação preventiva, mas com fila de espera que pode demorar; (4) Avaliação preventiva, cerca de 15 dias após a alta ocorre a avaliação (triagem – estrabismo, nistagmo e erros de refração).</p>
<p>45) Há protocolos para avaliação neurológica e/ou cardiológica da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não há protocolos para avaliação; (3) Encaminhamento se houver diagnóstico de alterações neurológicas e/ou cardiológicas, mas fica na fila de espera; (4) Realizada ecotransfontanelar e/ou ecocardio na hospitalização da criança e, caso apresente quaisquer alterações, recebe alta com encaminhamento para as especialidades.</p>
<p>46) Como é o andamento da avaliação neurológica e/ou cardiológica da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Apenas com diagnóstico de alterações, aguardando em fila de espera, geralmente mais de um ano; (3) Fila de espera, geralmente, aguarda em até um ano; (4) É realizada em aproximadamente, três meses após a alta hospitalar.</p>
<p>47) Há protocolos para avaliação comportamental da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não é realizada; (3) Avaliação realizada apenas com base na percepção da família e/ou profissional nos atendimentos na APS; (4) Avaliação realizada com base na percepção da família e da equipe multiprofissional, amparada em protocolos com base em evidências científicas, adequados para avaliação comportamental.</p>
<p>48) Há avaliação da psicologia infantil para a criança prematura? (1) Não sei se existe esse atendimento; (2) Não existe esse atendimento; (3) Crianças com alterações são inseridas na fila de espera; (4) Todas as crianças recebem uma avaliação no primeiro ano para triagem de problemas.</p>

<p>49) Há protocolos para avaliação psicomotora da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Apenas com diagnóstico de alterações; (3) Avaliação de fisioterapia no primeiro ano e, se alterações, entra na fila de espera para iniciar atendimentos; (4) Avaliação de fisioterapia no primeiro ano de vida e, se alterações, são iniciados os atendimentos.</p>
<p>50) Como é o andamento para atender a criança prematura em caso de necessitar órtese ou prótese? (1) Não sei informar; (2) Não é fornecida órtese ou prótese; (3) Há encaminhamento ao serviço especializado sem previsão de tempo para atendimento; (4) Há encaminhamento ao serviço especializado com tempo de espera de menos de 3 meses.</p>
<p>51) Como é o andamento para a avaliação fonoaudiológica de triagem auditiva da criança prematura? (1) Não sei se existe essa avaliação; (2) Não existe essa avaliação na rede de atenção à saúde; (3) Há fila de espera sem previsão de data para início do atendimento; (4) Há avaliação preventiva no primeiro ano de vida.</p>
<p>52) Há integração entre unidade de saúde e instituição de ensino e pesquisa? (1) Não sei informar; (2) Não há integração; (3) A unidade de saúde recebe alunos de graduação/pós-graduação para estágios e/ou pesquisas em saúde da criança; (4) A unidade de saúde recebe alunos de graduação/pós-graduação/pesquisadores para estágios, pesquisas e integração de saberes (troca de conhecimentos).</p>
<p>As respostas permitirão as seguintes interpretações: Inadequado (pontuação 19 a 37), a integração entre os serviços de saúde, educação e acompanhamento especializado à criança prematura precisa ser construída, considerando a fragilidade das diversas esferas; Regular (pontuação 38 a 56), a integração entre os serviços acontece parcialmente, problemas passíveis de prevenção deixarão de ser diagnosticados em tempo oportuno e o tratamento e/ou acompanhamento não será adequado; Bom (pontuação 57 a 75), existe uma integração que pode avançar; Excelente (pontuação 76), a integração é realizada plenamente com excelência.</p>

Domínio V - Apoio e suporte familiar para o cuidado

<p>53) O serviço de saúde oferece suporte à família para o cuidado da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não tem apoio familiar e o serviço de saúde não pode oferecer suporte para o cuidado; (3) Não tem apoio familiar e o serviço de saúde pode oferecer suporte; (4) Há fonte de apoio familiar e suporte do serviço de saúde para o cuidado.</p>
<p>54) No bairro onde a família reside, há apoio comunitário e suporte à família para o cuidado da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não tem apoio comunitário e o serviço de saúde não pode oferecer suporte para o cuidado; (3) Não tem apoio comunitário e o serviço de saúde pode oferecer suporte; (4) Há uma fonte de apoio comunitário e suporte do serviço de saúde para o cuidado.</p>
<p>55) Existem profissionais de saúde que podem apoiar à família no cuidado da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não tem; (3) Existem profissionais de saúde que colaboram no cuidado de vez em quando, podendo ser no domicílio ou na própria UBS; (4) Há fonte de apoio profissional regular à família para o cuidado da criança prematura.</p>
<p>56) Profissionais do serviço de saúde conhecem se a estrutura do domicílio oferece segurança (ambiente salubre) e acomodações adequadas para a criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Somente o Agente Comunitário de Saúde conhece o domicílio; (3) Profissionais do serviço de saúde conhecem a estrutura domiciliar, mas não podem colaborar com melhorias ou adaptações; (4) Profissionais do serviço de saúde conhecem a estrutura domiciliar e colaboram com a adaptação para um ambiente seguro.</p>
<p>57) Profissionais do serviço de saúde conhecem na comunidade um contexto acolhedor e capaz de estimular o desenvolvimento da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Comunidade pouco acolhedora e serviço não pode colaborar com isso; (3) Comunidade pouco acolhedora e profissionais do serviço de saúde tentam buscar parcerias comunitárias; (4) Comunidade é acolhedora e desenvolve estratégias que contribuem para o desenvolvimento infantil.</p>

<p>58) O serviço de saúde e ou comunidade oferece assistência social às famílias da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não oferece; (3) Oferece, mas é difícil conseguir atendimento; (4) Oferece e as famílias conseguem acessar o serviço.</p>
<p>59) Famílias em situação de vulnerabilidade social recebem auxílio do serviço de assistência social? (1) Não sei informar; (2) Não há auxílio do serviço de assistência social; (3) Não há auxílio do serviço de assistência social, mas a comunidade ajuda as famílias; (4) Há auxílio do serviço de assistência social às famílias de crianças prematuras.</p>
<p>60) As famílias estratificadas como vulneráveis são acompanhadas pelo serviço social da sua comunidade? (1) Não sei informar; (2) Não são acompanhadas; (3) São acompanhadas, com atendimento não regular; (4) São acompanhadas de forma efetiva, com atendimento regular.</p>
<p>61) Os cuidadores principais recebem orientações a respeito dos direitos da criança prematura e da família na comunidade? (1) Não sei informar; (2) Não são oferecidas e/ou realizadas orientações; (3) São oferecidas poucas orientações e as famílias precisam de ajuda para requerer seus direitos; (4) São oferecidas orientações sobre os direitos da criança e da família.</p>
<p>62) Há serviço de farmácia popular e ou comunitária para dar suporte ao cuidador principal e à família da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não tem, a família precisa comprar medicamentos prescritos para a criança prematura; (3) Não tem nessa região de saúde, as famílias são encaminhadas para a farmácia popular de outros bairros; (4) Sim, existe o serviço para dar suporte às famílias.</p>
<p>63) Há serviço de transporte sanitário para o seguimento à saúde da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não tem, a família precisa arrumar o transporte particular; (3) Não tem nessa região, as famílias precisam usar o serviço de outras áreas; (4) Sim, existe o serviço para dar suporte às famílias.</p>
<p>64) Em caso de necessidade de complemento nutricional, há serviço gratuito para dar o suporte ao cuidador principal e a família da criança prematura? (1) Não sei informar; (2) Não tem, a família precisa comprar o complemento nutricional; (3) Não tem nessa região, as famílias são encaminhadas para outros serviços para adquirir o complemento nutricional; (4) Sim, existe o serviço para dar suporte às famílias.</p>
<p>As respostas permitirão as seguintes interpretações: Inadequado (pontuação 12 a 23), a família da criança prematura não dispõe de apoio e suporte familiar, comunitário e profissional, impactando nos cuidados básicos e de saúde da criança; Regular (pontuação 24 a 35), os cuidadores parentais recebem parcialmente apoio e suporte familiar, comunitário e profissional para o exercício do cuidado no domicílio; Bom (pontuação 36 a 47), os cuidadores parentais recebem apoio e suporte e o cuidado pode avançar mais; Excelente (pontuação 48), há apoio e suporte plenos e com excelência.</p>

ANEXO II – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Qualidade do seguimento à saúde da criança prematura em municípios do Paraná no âmbito da Atenção Primária

Pesquisador: Adriana Zilly

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 75506323.4.0000.0107

Instituição Proponente: CCB Colegiado de Ciências Biológicas

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.545.705

Apresentação do Projeto:

Saneamento de pendências da pesquisa:

Título da Pesquisa: Qualidade do seguimento à saúde da criança prematura em municípios do Paraná no âmbito da Atenção Primária

Pesquisador Responsável:

Adriana ZillyÁrea Temática:

Versão: 2

CAAE: 75506323.4.0000.0107

Submetido em: 30/11/2023

Instituição Proponente: CCB Colegiado de Ciências

Biológicas Situação da Versão do Projeto: Em relatoria

Localização atual da Versão do Projeto: Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ -
UNIOESTE



Continuação do Parecer: 6.545.705

Objetivo da Pesquisa:

Vide descrição anteriormente apresentada

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

Página 01 de 03

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide descrição anteriormente apresentada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide descrição anteriormente apresentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide descrição anteriormente apresentada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os riscos da pesquisa estão devidamente encaminhados

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar o Relatório Final na Plataforma Brasil até 30 dias após o encerramento desta pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2232355.pdf	30/11/2023 15:44:32		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PREMATURO.docx	30/11/2023 15:43:22	Adriana Zilly	Aceito
Folha de Rosto	Folho_rosto_assinada.pdf	06/11/2023 15:48:47	Adriana Zilly	Aceito
Declaração de Pesquisadores	NAO_INICIO_assinado.pdf	06/11/2023 09:07:59	Adriana Zilly	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_anuencia_adriana_zilly.pdf	06/11/2023 09:03:06	Adriana Zilly	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_POS_DOC_prematuro.docx	06/11/2023 09:01:57	Adriana Zilly	Aceito
Declaração de concordância	Carta_anuencia_PARANA.pdf	06/11/2023 09:00:54	Adriana Zilly	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ -
UNIOESTE



Continuação do Parecer: 6.545.705

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

Página 02 de 03

CASCAVEL, 30 de Novembro de 2023

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 1619

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

Página 03 de 03