



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF**  
**GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**RICHAELLE MOREIRA DANTAS DA SILVA**

**A CONTINUIDADE DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO DE  
RISCO NA TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU**

**MACEIÓ**  
**2024**

RICHAELE MOREIRA DANTAS DA SILVA

**A CONTINUIDADE DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO DE  
RISCO NA TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção de título de bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Profª. Drª. Ingrid Martins Leite Lúcio

**Coorientadora:** Profª. Ms. Anne Laura Costa Ferreira

MACEIÓ

2024

**Catalogação na fonte  
Universidade Federal de Alagoas  
Biblioteca Central  
Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

S586c Silva, Richaelle Moreira Dantas da.

A continuidade do cuidado ao recém-nascido prematuro de risco na terceira etapa do método canguru / Richaelle Moreira Dantas da Silva. - 2024.

50 f. : il. color.

Orientadora: Ingrid Martins Leite Lúcio.

Coorientadora: Anne Laura Costa Ferreira.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2024.

Bibliografia: f. 40-47.

Apêndices: f. 48-50.

1. Recém-nascido prematuro. 2. Método canguru. 3. Enfermagem neonatal. I. Título.

CDU: 616-083 : 612.648

## FOLHA DE APROVAÇÃO

RICHAELE MOREIRA DANTAS DA SILVA

### A CONTINUIDADE DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO DE RISCO NA TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção de título de bacharel em Enfermagem, apresentado e aprovado em: 23/08/2024

#### Banca examinadora:

Documento assinado digitalmente  
 INGRID MARTINS LEITE LUCIO  
Data: 11/09/2024 16:10:30-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Ingrid Martins Leite Lúcio, EENF  
(Universidade Federal de Alagoas)

Documento assinado digitalmente  
 ANNE LAURA COSTA FERREIRA  
Data: 20/09/2024 14:38:17-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Coorientadora:** Prof.<sup>a</sup>. Ms. Anne Laura Costa Ferreira, EENF  
(Universidade Federal de Alagoas)

**Examinadora 1:** Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Ana Carolina Santana Vieira, EENF  
**(Universidade Federal de Alagoas)**

**Examinadora 2:** Enf<sup>a</sup>. Mestranda Lindynês Amorim de Almeida  
**(Universidade Federal de Alagoas, PPGENF)**

## RESUMO

Este estudo analisou evidências científicas sobre a continuidade do cuidado ao recém-nascido prematuro de risco na terceira etapa do método canguru. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, onde realizou-se busca da literatura nas bases de dados, MEDLINE, LILACS, *Web of Science*, Scopus, BDENF e *SciELO*, e foram selecionados artigos publicados no período de 2014-2024. Inicialmente foram identificadas 1049 literaturas, após a remoção de duplicatas e a aplicação dos critérios de inclusão apenas 11 artigos foram elegíveis para a revisão. Os dados revelaram a predominância de estudos brasileiros (45,5%) e 81,8% dos artigos apresentaram abordagem qualitativa. Os participantes das pesquisas foram majoritariamente do gênero feminino, com o envolvimento recorrente do profissional de enfermagem na execução da continuidade dos cuidados ao RN pré-termo. A literatura analisada identificou que a orientação e o incentivo a práticas como aleitamento materno exclusivo (AME), posição canguru, acompanhamento regular do crescimento e desenvolvimento infantil, assim como suporte emocional e social ao prematuro e sua família, consistem em condutas relevantes para prevenir danos ao desenvolvimento global da criança prematura. A articulação entre os níveis de atenção, o estabelecimento de vínculo entre a equipe e a família do bebê prematuro, a inexperiência dos profissionais à prematuridade são fatores que interferem na manutenção da continuidade do cuidado após a alta hospitalar. O gerenciamento das fragilidades nas redes de atenção e o estabelecimento de uma linha de cuidados, são estratégias que auxiliam na promoção do seguimento do bebê prematuro na atenção primária.

**Palavras-chave:** Recém-Nascido Prematuro; Continuidade da Assistência ao Paciente; Apoio Familiar.

## ABSTRACT

This study analyzed scientific evidence regarding the continuity of care for at-risk premature newborns in the third stage of the kangaroo method. This is an integrative literature review, in which a literature search was conducted in the databases MEDLINE, LILACS, Web of Science, Scopus, BDENF, and SciELO, selecting articles published from 2014 to 2024. Initially, 1,049 studies were identified; after the removal of duplicates and the application of inclusion criteria, only 11 articles were deemed eligible for the review. The data revealed a predominance of Brazilian studies (45.5%), and 81.8% of the articles used a qualitative approach. The research participants were predominantly female, with recurrent involvement of nursing professionals in the continuity of care for preterm newborns. The literature reviewed identified that guidance and encouragement of practices such as exclusive breastfeeding (EBF), kangaroo positioning, regular monitoring of growth and child development, as well as emotional and social support for the premature infant and their family, are relevant measures to prevent damage to the overall development of premature children. The articulation between levels of care, the establishment of a bond between the team and the family of the premature baby, and the inexperience of professionals with prematurity are factors that interfere with maintaining continuity of care after hospital discharge. Managing the weaknesses in the healthcare networks and establishing a care pathway are strategies that help promote the follow-up of premature babies in primary care.

**Keywords:** Infant, Premature; Continuity of Patient Care; Family Support.

## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b> - Panorama das principais características da amostra analisada.....	23
<b>Quadro 2</b> - Dados demográficos e amostra dos estudos selecionados .....	26
<b>Quadro 3</b> - Principais achados acerca da continuidade dos cuidados ao RNPT nos estudos analisados.....	28

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
BPN	Baixo Peso ao Nascer
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
DESC	Descritores em Ciências da Saúde
ECR	Estudo Clínico Randomizado
ESF	Estratégia Saúde da Família
FOLLOW-UP	Seguimento do Cuidado ao Prematuro Após Alta Hospitalar
IG	Idade Gestacional
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MC	Método Canguru
MEDLINE	<i>National Library of Medicine</i>
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
MMC	Método Mãe Canguru
MS	Ministério da Saúde
PCC	População Conceito Contexto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PUBMED	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
RN	Recém-Nascido
RNBP	Recém-Nascido de Baixo Peso
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UCINCA	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UN	Unidade Neonatal
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>

UTIN                    Unidade de Terapia Intensiva Neonatal  
VD                    Visita Domiciliar  
WHO                  *World Health Organization*

## **SUMÁRIO**

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2.</b>	<b>OBJETIVO .....</b>	<b>13</b>
<b>3.</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>14</b>
3.1	O recém-nascido prematuro e as necessidades de cuidado.....	14
3.2	O Método Mãe Canguru: avanços e implicações na terceira fase .....	16
<b>4.</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>19</b>
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>21</b>
<b>6.</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>31</b>
<b>7.</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>38</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>40</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>48</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A prematuridade é considerada um problema de saúde pública, e se caracteriza através da idade gestacional (IG), ou seja, a idade do feto em relação à duração da gravidez em semanas. Assim, é prematuro o recém-nascido (RN) vivo que possui menos de 37 semanas completas de gestação (menos de 259 dias) (Montenegro; Rezende, 2014; Rocha *et al.*, 2022).

Ainda, com base na idade gestacional é possível classificar o nascimento prematuro em pré-termo extremo, que inclui bebês com idade gestacional abaixo de 28 semanas; muito pré-termo, que abrange a IG de 28 a 30 semanas e 6 dias; o pré-termo precoce, com IG entre 31 e 33 semanas e 6 dias; e o pré-termo tardio compreendendo os recém-nascidos de 34 a 36 semanas e 6 dias (Montenegro; Rezende, 2014).

Além da idade gestacional, os RNs também são classificados quanto ao peso de nascimento, denominando-se baixo peso ao nascer (BPN) aqueles com menos de 2.500 gramas. Esses bebês podem ser ainda identificados como muito baixo peso, quando possuem menos de 1.500 gramas, e extremo baixo peso quando pesam menos de 1.000 gramas ao nascer (Zugaib, 2008; Glass *et al.*, 2015).

De acordo com Fernandes, Santos e Santiago (2019) a idade gestacional e o baixo peso estão diretamente correlacionados, sendo observado que o peso ao nascer se mostrou um fator muito relevante para a sobrevivência do recém-nascido prematuro (RNPT), podendo influenciar de modo positivo ou negativo o prognóstico neonatal.

Segundo a World Health Organization (2023), as taxas mundiais de nascidos pré-termo têm se mantido constante durante a última década, com 152 milhões de nascidos prematuros entre 2010 e 2020. No Brasil a proporção de prematuridade total variou de 10,87% a 9,95%, entre os anos de 2012 e 2019, observando-se variação entre as cinco grandes regiões do Brasil, na qual Norte e Nordeste apresentaram os maiores percentuais (Martineli *et al.*, 2021).

Além disso, dados mostram que a prematuridade é um dos principais motivos de internação em unidade neonatal (UN). Pois o RNPT, criança de alto risco, é suscetível a uma extensa quantidade de complicações decorrentes da imaturidade dos sistemas: nervoso central, imunológico, cardiovascular, respiratório, digestivo e renal, demandando a prestação de uma assistência especializada durante essa fase (Morais; Quirino; Almeida, 2009; Fernandes; Santos; Santiago, 2019).

Outro aspecto preocupante é que a prematuridade é a principal causa mundial de morte infantil, sendo responsável por mais de 1 em cada 5 mortes de crianças menores de cinco anos de idade. Além disso, recém-nascidos egressos de unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN),

principalmente aqueles com um histórico de internação prolongada, se revelaram mais suscetíveis a taxas elevadas de morbimortalidade após a alta hospitalar, devido a sua fragilidade fisiológica proveniente das condições de gestação, nascimento e tempo de internação (Xavier; Bernardino; Gaíva, 2020; UNICEF, 2023).

Somado a isso, os bebês prematuros podem estar sujeitos a enfrentar problemas de saúde durante toda a vida, possuindo maior probabilidade de manifestar deficiências e atrasos relacionados ao neurodesenvolvimento. Dentre as repercussões mais frequentes, podem ocorrer problemas motores (12%), visuais (10%), auditivos (6%), de linguagem (21%), além de alterações comportamentais, como déficit de atenção e hiperatividade (20%) e transtorno do espectro autista (6%) (UNICEF, 2023; Goulart; Cruz, 2023).

No Brasil, a assistência ao recém-nascido prematuro e de baixo peso é assegurada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em diferentes níveis, bem como o cuidado, acolhimento e acompanhamento, por meio de Políticas Públicas de Saúde, Programas e outras iniciativas governamentais e não governamentais (Ministério da Saúde, 2022). Assim, o Método Canguru (MC) foi implementado como política pública de humanização e modelo de cuidado perinatal ao recém-nascido de baixo peso (RNBP), buscando através da aplicação de três etapas o seguimento do bebê prematuro e a melhoria da assistência de saúde (Coelho; Resende; Araújo, 2022).

Nesse contexto, a Sociedade Brasileira de Pediatria (2017) reafirma que esse público vulnerável necessita de uma atenção singular devido a difícil adaptação nas primeiras semanas de vida e as posteriores complicações e implicações no seu crescimento e desenvolvimento ao longo de sua vida. Hamline e colaboradores (2018) ainda afirmam, que cerca de 20% das famílias que recebem alta hospitalar enfrentam problemas relacionados aos cuidados com o bebê prematuro durante a transição para o domicílio.

A experiência de se tornarem pais de um bebê prematuro introduz diversos desafios, incluindo preocupações e ansiedade acerca da interação com o filho imaturo e frágil. Por isso, durante o processo de preparo para a alta da unidade neonatal ocorre capacitação materna para a prestação de cuidados ao bebê prematuro no domicílio, pois antes as demandas do RN eram delegadas à equipe de saúde e agora os pais precisam executá-las (Dadalto; Rosa, 2015; Boykova, 2016).

Assim, a articulação entre os diferentes níveis de atenção desempenha um papel central, sobretudo, porque a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) possuem como eixo estratégico a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a qual aplica a assistência integral à saúde dos RNs. Dessa forma, a promoção e o

acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, tem uma atenção especial com os RNs de risco (Brasil, 2015a).

Outrossim, essa articulação entre os níveis de atenção favorece a continuidade do cuidado do prematuro de risco após a alta hospitalar. Esse acompanhamento denominado de seguimento ou *follow-up* do prematuro tem por objetivo principal a redução da mortalidade no período neonatal e da incidência de morbidades crônicas relacionadas ao seu desenvolvimento (Goulart; Cruz, 2023). Além disso, o acompanhamento do RN e a assistência à família do mesmo possibilita a prevenção de riscos e agravos. Além de permitir a compreensão do ambiente domiciliar e facilitar a formação de redes de apoio e de solidariedade que influenciam no desenvolvimento da criança (Buccini *et al.*, 2011; Neves *et al.*, 2016).

Assim, mediante o suporte que é oferecido aos familiares e as orientações que são apresentadas pretende-se desenvolver a autonomia, corresponsabilização da família no cuidado do RN prematuro, desenvolvimento de autoconfiança, principalmente materna e adaptação familiar à criança (Buccini *et al.*, 2011).

Ante o exposto, destaca-se que esta pesquisa tem como foco a terceira fase do Método Canguru e suas contribuições para a promoção da saúde, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e vínculos. O fortalecimento das ações previstas nesta fase, dependem de aspectos políticos e recursos da rede de serviços de cada localidade e são essenciais para os cuidados necessários e aporte multiprofissional.

## **2. OBJETIVO**

Analisar evidências científicas sobre a continuidade do cuidado ao recém-nascido prematuro na terceira etapa do método canguru.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 O recém-nascido prematuro e as necessidades de cuidado

Em uma perspectiva global, cerca de 15 milhões de prematuros nascem a cada ano. No período entre 2011 e 2021 foram notificados 31.625.722 nascidos vivos no Brasil, desses, 11,1% foram prematuros. Como os bebês prematuros nascem antes de alcançar o desenvolvimento ideal para a vida extrauterina e, portanto, amadurecem em um contexto bem distinto daquele do útero, comprehende-se que os mesmos estão sujeitos a diversos problemas de saúde que podem afetar negativamente seu quadro clínico e o desenvolvimento familiar (Silva, 2019; Alberton; Rosa; Iser, 2023).

O período pré-natal e da primeira infância são fundamentais para o neurodesenvolvimento infantil, ou seja, definem o desenvolvimento emocional e intelectual da criança. Desse modo, além de um cuidado qualificado, são vitais uma nutrição apropriada e a ausência de situações como depressão materna, trauma e abuso. A exposição da criança a cenários prejudiciais e a ausência de estímulos podem acarretar em atrasos ou danos irrecuperáveis em seu desenvolvimento global (Fox; Levitt; Nelson, 2010; Bick; Nelson, 2016).

Ao tornar o processo de desenvolvimento infantil o foco da atenção em saúde promove-se um cuidado integral e centrado na criança. Brazelton e Greenspan (2002) expuseram o modelo das necessidades essenciais, identificando seis necessidades essenciais ao desenvolvimento integral da criança e valorização de suas singularidades. Assim, apontaram que na infância é preciso: relacionamentos de cuidado e afeto contínuos; proteção física, segurança e regras; respeito às diferenças individuais; estabelecimento de limites, organização e expectativas; fornecimento de experiências adequadas ao desenvolvimento; comunidades estáveis, protetoras e continuidade cultural (Joaquim *et al.*, 2018).

As literaturas afirmam que a necessidade de proteção física, assegurada mediante promoção e manutenção da integridade corporal, e a prevenção e tratamento de agravos é composta por ações que promovem o desenvolvimento motor e cognitivo, orientações às famílias quanto aos cuidados em domicílio e seguimento dos cuidados ao prematuro. É necessário ressaltar que a atenção à família e ao bebê prematuro após alta hospitalar deve envolver práticas que potencializam a produção da vida, atendendo a demandas que excedem as necessidades biológicas do prematuro (Braga; Sena, 2017; Veríssimo, 2017).

Uma das estratégias para o apoio à família é o preparo da mesma para o cuidado do prematuro egresso da UTIN. Assim, ocorre o auxílio e orientação quanto aos cuidados diários que

visam a proteção física da criança, e também a promoção do bem-estar dos pais com o intuito de gerar sentimentos de segurança e confiança (Veronez *et al.*, 2017; Ribeiro *et al.*, 2018). Nesse contexto, o enfermeiro tem um importante papel na construção do vínculo entre mães e bebês, incentivando a construção de autonomia do cuidado materno, além de oferecer ferramentas para o enfrentamento da situação durante e após o processo de internação (Veronez *et al.*, 2017; Ribeiro *et al.*, 2018).

Ainda durante a internação do RNPT, as mães se afastam do convívio familiar e entram em uma rotina hospitalar nova e estressante (Gomes *et al.*, 2023; Almeida *et al.*, 2018). O suporte social oferecido às mulheres durante a gestação, parto e pós-parto afeta positivamente o processo de adaptação à maternidade. A comunidade e a cultura estruturam o contexto para o atendimento das demais necessidades, providenciam o suporte para as famílias e, consequentemente, para o desenvolvimento da criança (Veríssimo, 2017; Aytac; Yazici, 2020).

Assim, para se ajustar ao contexto da prematuridade, as mães buscam o apoio necessário através das relações sociais. Esse apoio pode ter como fonte outras mães que passaram pelo processo de internação, os próprios profissionais que acompanham as famílias, bem como pode ser proveniente de crenças religiosas, de membros familiares e de pessoas próximas a família, como amigos, vizinhos e colegas de trabalho que desempenham um papel significativo no suporte ao enfrentamento da situação (Nascimento *et al.*, 2019).

Estudos afirmam que o acesso a uma rede de apoio segura contribui para o empoderamento das famílias no manejo das situações adversas que envolvem a internação do prematuro e para a continuidade do cuidado ao mesmo, assim como facilita desfechos positivos no seu crescimento e desenvolvimento (Porter; Van Heugten; Champion, 2020; Hodgson *et al.*, 2021). Desse modo, o apoio e a valorização dos cuidados a família fragilizada são essenciais, quer seja por parte da própria família quanto da equipe que presta o cuidado (Santos *et al.*, 2023).

A necessidade de relacionamentos afetivos refere-se a interações afetuosa, seguras e empáticas, como o ato de amamentar que envolve a aproximação da mãe e filho, levando a formação e fortalecimento do vínculo afetivo entre ambos. As crianças precisam de cuidado sensível e regular para manifestar capacidade de confiança, empatia e compaixão. Essas interações fornecem as bases para o desenvolvimento, a aprendizagem e a capacidade de se relacionar (Silva; Braga, 2019).

Ao reconhecer as diferenças e particularidades de cada criança como parte do desenvolvimento típico são fundamentais ações profissionais relacionadas à integralidade do cuidado, como o respeito à autonomia materna e reconhecimento de aspectos singulares de cada família. A integralidade da assistência de enfermagem deve oferecer uma assistência que promova

o bem-estar das famílias, atendendo às carências de cuidados das crianças no domicílio de modo singular (Tavares; Sena; Duarte, 2016).

Ademais, a família é percebida como a principal responsável pelos cuidados que favorecem o desenvolvimento neuromotor do prematuro. Além da família, os profissionais de saúde também são apresentados como protagonistas desses cuidados, responsabilizando-se pela promoção de experiências adequadas ao desenvolvimento durante as intervenções realizadas nas UBS e também nos ambulatórios de especialidades (Walty *et al.*, 2021).

### **3.2 O Método Mãe Canguru: avanços e implicações na terceira fase**

O Método Mãe Canguru (MMC) foi originalmente desenvolvido por Rey e Martinez na Colômbia como uma alternativa ao cuidado convencional em incubadoras para bebês prematuros. O intuito era que, por meio do posicionamento do recém-nascido prematuro em contato direto e contínuo entre os seios maternos desnudos, houvesse redução no período de internação. Assim, o MMC promovia vínculo afetivo entre a diáde, estabilidade térmica e favorecia o desenvolvimento da criança, além de baratear os custos dos cuidados ofertados ao RNPT (Sanches *et al.*, 2015; Brasil, 2018a).

No Brasil, o Método Canguru foi introduzido e adaptado em diversas instituições de saúde a partir da década de 1980. Desde então, tem sido amplamente adotado em unidades neonatais e maternidades em todo o país como uma abordagem humanizada e eficaz no cuidado de bebês prematuros (Brasil, 2018a).

A política de implementação do MC no Brasil teve início oficialmente em 1997, com a publicação da Portaria nº 930 do Ministério da Saúde (MS). Essa portaria estabeleceu diretrizes para a organização da atenção integral ao recém-nascido de baixo peso, incluindo a recomendação para a implementação do Método Canguru em todas as maternidades do país (Ministério da Saúde, 2012).

A partir dessa portaria, o Método Canguru tornou-se uma política de saúde pública no Brasil, com o objetivo de promover o cuidado humanizado e eficaz para bebês prematuros e de baixo peso. Desde então, houve um esforço contínuo para expandir a implementação do método em todo o sistema de saúde brasileiro, com treinamento de profissionais de saúde, adaptação de infraestrutura e incentivo à prática do cuidado canguru em diversas instituições de saúde (Calado; Alulas; Montes, 2019).

No ano de 1999, o MS expôs a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru, estabelecendo que o MC seja aplicado em três etapas. A primeira etapa

inicia-se ainda no pré-natal, onde deve ocorrer a identificação precoce do nascimento de um bebê pré-termo ou baixo peso, e segue durante a internação do RN na UTIN e na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) (Gontijo *et al.*, 2010; Araujo *et al.*, 2016).

A segunda etapa acompanha o bebê e a mãe na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa) em tempo integral, de modo que a mãe alcance autoconfiança e haja gradual aumento da autonomia nos cuidados do filho sob a orientação da equipe neonatal (Brasil, 2018b). Essa etapa é essencial para o preparo dos pais ao receber o bebê prematuro em casa, além disso, nesse momento também deve-se intensificar o vínculo da família com a atenção básica, assegurando a continuidade da assistência após alta hospitalar (Brasil, 2018b).

A terceira etapa do MC inicia no momento da alta hospitalar e segue no acompanhamento da criança pela equipe hospitalar e pela equipe da UBS. Quando o prematuro alcança o peso de 2500g o mesmo recebe alta do método canguru e os cuidados com a criança continuam, principalmente, por meio da atenção básica (Brasil, 2018b; Sanches *et al.*, 2015). A partir dessa perspectiva, comprehende-se que o RNPT precisa tanto da atuação da equipe de especialistas durante e após a internação hospitalar quanto do suporte e intervenção da equipe da Atenção Básica em Saúde (ABS) (Brasil, 2018b).

Pois, como os nascidos pré-termo exigem uma atenção contínua além daquela que o grupo hospitalar consegue ofertar, a associação com outros pontos das redes de serviços de saúde que possuem profissionais capacitados para tal e estão presentes no cotidiano das famílias podem contemplar essas limitações. Desse modo, o MC que mesmo na terceira etapa estava apenas vinculado à equipe hospitalar se estendeu às equipes da ABS (Sanches *et al.*, 2015; Brasil, 2018b).

Esta complementaridade tem a capacidade de oferecer à criança e a sua família um atendimento pautado na preocupação com a proteção da sua fisiologia e do estabelecimento das relações afetivas. Além de, investigar possíveis problemas de crescimento e desenvolvimento, por meio do acompanhamento do indivíduo agora inserido na comunidade (Sanches *et al.*, 2015; Brasil, 2015b). Assim, as equipes da ABS, conscientes dos hábitos, história e cultura das famílias, podem oferecer caminhos que assegurem a permanência de assistências consideradas essenciais quando apenas a orientação da equipe hospitalar antes da alta não é suficiente (Reichert *et al.*, 2021).

A parceria entre ambos os níveis apoia e facilita a continuidade da posição canguru no domicílio, ampara e colabora na preservação do Aleitamento Materno Exclusivo (AME), realiza o controle das consultas aos especialistas, além de orientar a vacinação. Desse modo, os profissionais da UBS buscam dar seguimento a todos os cuidados que com frequência apresentam risco de serem pouco valorizados pela família desgastada após a hospitalização do seu filho (Reichert *et al.*, 2021; Ferreira *et al.*, 2019).

Portanto, para que a terceira etapa do MC seja efetiva, um recurso mínimo é o estabelecimento de um sistema de referência/contrarreferência com os serviços de saúde da ESF, reafirmando-se a necessidade de, já na ocasião da alta, estar garantida uma boa comunicação com a rede básica para qual as crianças devem retornar com a consulta agendada (Brasil, 2017a).

Um dos maiores desafios para os dois níveis de atenção, APS e hospital, é exatamente esse sistema de referência e contrarreferência. A carência de protocolos e ações que possibilitem essa tarefa e a escassez de profissionais categorizados para essa atividade nas UN contribuem para as dificuldades nesse processo (Aires *et al.*, 2017).

Outro desafio é a assistência a famílias que residem em áreas que não possuem cobertura da ESF, tornando imprescindível conhecer a rede de serviços disponível para cada família acompanhada de unidade neonatal e construir, conjuntamente, um projeto terapêutico singular (Sanches *et al.*, 2015; Aires *et al.*, 2017).

Embora uma boa interação entre os dois serviços seja imprescindível para a implementação da terceira etapa, não há garantia de eficácia das ações se a família não possuir vínculo com a equipe de referência do local em que vive, ou mesmo com qualquer outro serviço que possa dar continuidade às linhas de cuidados necessários no pós-alta. Assim, o sucesso do seguimento do cuidado à criança prematura egressa da UN na terceira etapa do MC é determinado pela capacidade das redes de funcionar de modo integrado (Silva, 2013; Brasil, 2015b).

#### **4. METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa (RI) da literatura. Esse tipo de pesquisa emerge como uma abordagem que visa à sistematização, organização e abrangência de resultados provenientes de pensamentos tratados a uma temática ou informação específica. O caráter integrativo desta abordagem se reflete na amplitude das informações fornecidas em torno de um tema ou problema, configurando-se como um acervo de saberes consolidados (Dantas *et al.*, 2022).

Dessa maneira, é possível que o pesquisador adote uma revisão integrativa para diversos propósitos, os quais abrangem desde a clareza conceitual até a análise metodológica dos estudos englobados em um domínio particular. Essa abordagem viabiliza a coexistência de pesquisas quase-experimentais e experimentais, reunindo dados provenientes de fontes teóricas e empíricas, o que, por conseguinte, resulta em uma compreensão abrangente da temática em foco (Camargo *et al.*, 2018).

Assim, para a construção dessa pesquisa, foram seguidos os seis passos que compreendem a elaboração de uma revisão integrativa, sendo eles: 1) identificação do tema e seleção da hipótese; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Mendes; Silveira; Galvão, 2008; Souza; Silva; Carvalho, 2010).

Para a construção da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia PCC, mnemônica que auxilia a identificar os tópicos-chave: População/Paciente, Conceito e Contexto. Sendo, População/Paciente: Recém-nascido prematuro; Conceito: *Follow up/Seguimento*; Contexto: terceira etapa do Método Canguru. Assim, foi estabelecida a seguinte questão norteadora: “o que os estudos apontam sobre a continuidade do cuidado com o recém-nascido prematuro após a alta hospitalar na terceira etapa do Método Canguru?”.

Para o levantamento dos estudos, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH): *Infant, Premature; Continuity of Patient Care; Family Support*. Realizou-se a busca avançada pelos descritores cruzados com o operador booleano AND e OR (Apêndice A).

Para a busca da literatura foram selecionadas as seguintes bases de dados: MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online/PubMed*); LILACS (Literatura científica e técnica da América Latina e Caribe/BVS – Biblioteca Virtual em Saúde); *Web of Science*; Scopus, BDENF (Bases de dados de Enfermagem/BVS) e *Scielo*. As estratégias foram adaptadas às bases de dados consultadas. A busca foi realizada no mês de setembro de 2023, no

entanto, houve uma nova busca em agosto de 2024, para incluir novas pesquisas publicadas entre o período de 2023 e 2024. (Apêndice B).

Os critérios de inclusão estabelecidos para esta pesquisa foram: pesquisas primárias, com abordagem ao RN prematuro de risco e a família, com foco no seguimento dos cuidados após a alta hospitalar, publicados nos últimos 10 anos, com acesso aos resumos e/ou texto completo, sem restrição de idioma. Foram excluídos literatura cinzenta, estudos de revisão, relato de caso e experiência, editorial, resumo, carta ao editor, artigo de opinião. Os artigos duplicados foram considerados apenas uma vez. Também foi realizada uma busca adicional nas listas de referências de todas as publicações incluídas nesta revisão.

A seleção dos estudos foi feita a partir dos títulos e resumos conforme os critérios de elegibilidade descritos acima. A seleção foi feita por dois revisores independentes de forma cega e as possíveis discordâncias foram resolvidas por consenso ou por um terceiro revisor com o objetivo de confirmar a elegibilidade de determinada publicação. Nos casos de dúvida, o material foi mantido para a leitura do texto integral, o que forneceu mais elementos para a decisão quanto à pertinência do material à revisão.

A seleção dos estudos foi realizada utilizando a plataforma *on-line* para revisões sistemáticas Rayyan QCRI20. Rayyan foi desenvolvido especificamente para agilizar a triagem inicial de resumos e títulos usando um processo de semi-automação. Os classificados como "sim" ou "talvez" foram selecionados para a fase completa de triagem de texto e foram analisados novamente após a obtenção e leitura de textos completos (Ouzzani *et al.*, 2016).

Os artigos selecionados seguiram para a extração de dados e foram, posteriormente, selecionados para adequação à inclusão na revisão. Os dados extraídos incluíram detalhes específicos sobre caracterização dos estudos (Título, Ano, Autor, País, Periódico, Objetivos/finalidade, Tipo de estudo, Participantes, Tamanho da amostra, além de dados relevantes para a questão da revisão).

Posteriormente, procedeu-se à apresentação dos dados de caracterização em quadros e a análise qualitativa em temáticas. Após leitura aprofundada e crítica da literatura, os trabalhos foram comparados e agrupados por similaridade e relevância de conteúdo para a pesquisa. Os dados de cada artigo selecionado foram avaliados e organizados de modo a subsidiar uma compreensão teórica aprofundada e crítica do assunto, com citação da autoria.

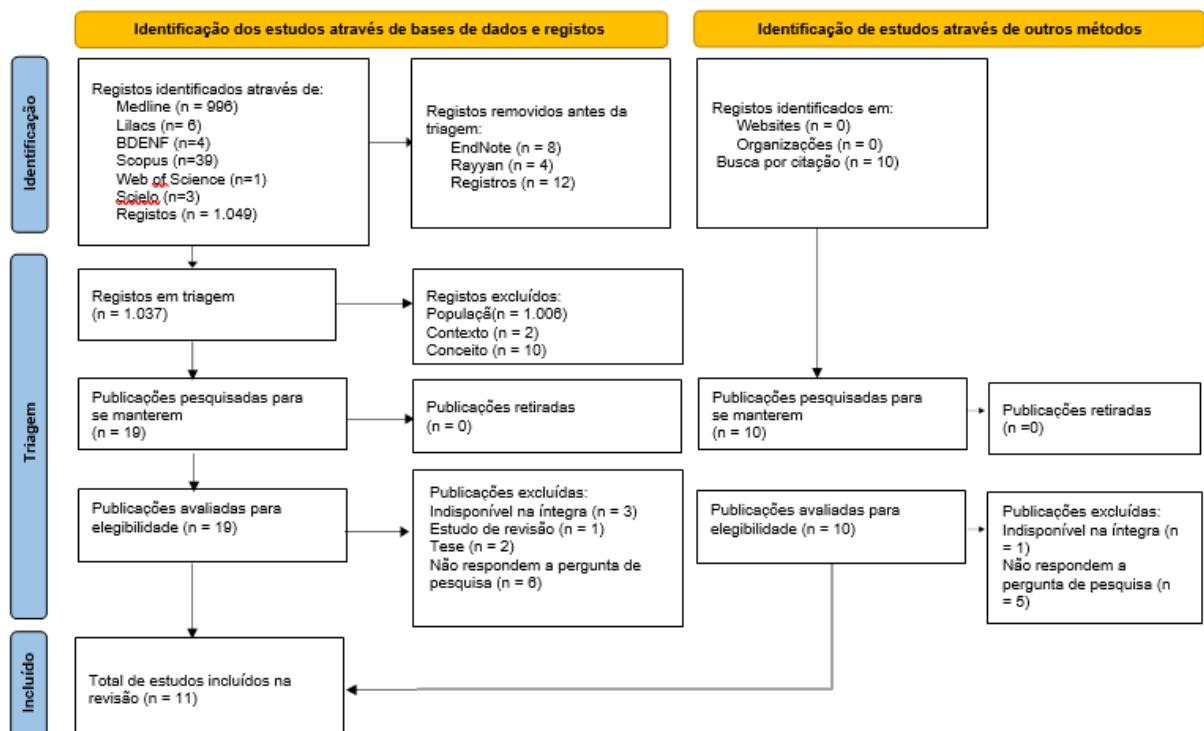
## 5. RESULTADOS

A busca de literatura nas bases de dados, por meio das estratégias de busca estabelecidas para a pesquisa, possibilitou a identificação de um total de 1.049 estudos. Após a filtragem de artigos duplicados, foram excluídas 12 referências, restando 1.037 artigos para leitura de título e resumo.

Destes, 1.006 foram excluídos devido à não abordagem dos participantes desta revisão, duas por não apresentar o contexto e 10 por não abordarem o conceito desta revisão, restando 19 estudos para leitura de texto completo. Das 19 referências restantes, apenas sete estudos seguiram para compor esta revisão. Isso ocorreu devido ao fato de que três deles não estavam disponíveis na íntegra, um se tratava de estudo de revisão, dois eram teses, e seis não responderam à questão de pesquisa.

Foi realizada também, a busca na lista de referências primárias dos estudos incluídos nesta revisão e identificou-se 10 referências, destas, uma foi excluída por não estar disponível na íntegra e cinco foram excluídas por não responderem à questão de pesquisa, restando 4 artigos. Assim, apenas 11 estudos foram elegíveis e adicionados à amostra final desta revisão (Figura 1).

**Figura 1-** Fluxograma prisma de seleção dos estudos incluídos na pesquisa.



**Fonte:** Page *et al.*, 2021, adaptado pela autora, 2024.

Para facilitar a organização e discussão da RI, os artigos incorporados à pesquisa receberam uma identificação para facilitar a análise dos dados, assim foi utilizado a letra E referente a “estudo”, seguido de um número sequencial de ordem crescente a partir do “1”.

As referências analisadas são textos publicados em um recorte temporal de 10 anos (2014 - 2024). Relativo a isso, é possível observar uma maior concentração nos anos de 2016 (n=2; 18,1%), 2017 (n=2; 18,1%) e 2024 (n=2; 18,1%) e um menor número em 2014 (n=1; 9,1%), 2018 (n=1; 9,1%), 2020 (n=1; 9,1%), 2022 (n=1; 9,1%) e 2023 (n=1; 9,1%).

Houve uma predominância em estudos realizados no Brasil (n=5; 45,5%) (E2; E4; E6; E5; E9), seguidos por Dinamarca (n=2; 18,1%) (E3; E11), China (n=1; 9,1%) (E10), Canadá (n=1; 9,1%) (E1), Malawi (n=1; 9,1%) (E8) e Austrália (n=1; 9,1%) (E7).

Dos estudos brasileiros identificados acima, n=4 (80%) foram publicados em revistas brasileiras e estavam disponíveis em português, enquanto n=1 (20%) foi publicado em revista americana, não constando versão na língua portuguesa (Quadro 1).

**Quadro 1** - Panorama das principais características da amostra analisada

ID	Título	Autores	Ano	País de estudo	Revista
E1	Mothers' and health care providers' perspectives of the barriers and facilitators to attendance at Canadian neonatal follow-up programs	Ballantyne, M. <i>et al.</i>	2014	Canadá	Child: Care, Health and Development
E2	Acompanhamento na terceira etapa do Método Canguru: desafios na articulação de dois níveis de atenção	Silva, M. S. <i>et al.</i>	2018	Brasil	Revista Baiana de Saúde Pública
E3	Telemedicine in neonatal home care: identifying parental needs through participatory design	Garne, K. <i>et al.</i>	2016	Dinamarca	JMIR Research Protocols
E4	Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública	Klossowski, D.G. <i>et al.</i>	2016	Brasil	Revista CEFAC
E5	Oportunidades de cuidados à criança prematura: visita domiciliar e suporte telefônico	Silva, R.M.M. <i>et al.</i>	2020	Brasil	Revista Latino-Americana de Enfermagem
E6	Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária	Aires, L.C.P. <i>et al.</i>	2017	Brasil	Escola Anna Nery
E7	The experience of women from rural Australia with a preterm infant in a neonatal intensive care unit	Laidlaw, K. L.; Prichard, I.; Sweet, L.	2023	Austrália	Rural and Remote Health

E8	Re-envisioning kangaroo mother care implementation through a socioecological model: lessons from Malawi	Lydon, M. M. <i>et al.</i>	2022	Malawi	Global Health: Science and Practice
E9	Primary health care follow-up visits: investigation of care continuity of preterm newborns from a kangaroo-mother care unit	Feitosa, M. R. <i>et al.</i>	2017	Brasil	International Archives of Medicine
E10	Effects of an online family-focused parenting support intervention on preterm infants' physical development and parents' sense of competence and care ability: A randomized controlled trial	Huang, L. <i>et al.</i>	2024	China	International Journal of Nursing Studies
E11	Bridging the gap between healthcare sectors: facilitating the transition from NICU to the municipality and home for families with premature infants	Petersen, M. <i>et al.</i>	2024	Dinamarca	Journal for Specialists in Pediatric Nursing

**Fonte:** Autora, 2024.

Identificou-se a predominância de estudos de abordagem qualitativa (n=9; 81,8%) (E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7, E8, E11). Apenas dois estudos são caracterizados como quantitativos, um por meio de estudo transversal (E9) e outro através de estudo clínico randomizado (ECR) (E10), como pode ser observado no quadro 2.

Observa-se ainda uma predominância do gênero feminino (n=6; 54,6%) nos estudos de Garne *et al.* (2016), Klossoswski *et al.*, (2016), Aires *et al.* (2017), Feitosa *et al.* (2017), Silva *et al.* (2020), Laidlaw, Prichard, Sweet (2023).

**Quadro 2** - Dados demográficos e amostra dos estudos selecionados

ID	Tipo de pesquisa	Tamanho da Amostra	Participantes	Gênero
E1	Qualitativa descritiva	32	Mães e profissionais de saúde	Não especificado
E2	Qualitativa exploratória	47	Profissionais da atenção especializada primária	Não especificado
E3	Qualitativa com design participativo	19	Pais de bebês prematuros internados em duas UTINs	12 mulheres e 7 homens
E4	Qualitativo-descritivo	18	Profissionais de saúde	18 mulheres
E5	Qualitativa na perspectiva da hermenêutica filosófica	18	Mães de crianças prematuras egressas de unidade hospitalar	18 mulheres
E6	Exploratório-descritiva qualitativa	31	Profissionais da UBS de Joinville/SC	Maior % do sexo feminino
E7	Qualitativa descritiva	5	Mães de RNPT egressas da UTIN	5 mulheres
E8	Qualitativa descritiva	152	Gestantes e pais do MMC, membros e líderes da comunidade, líderes comunitários, enfermeiras, auxiliares de vigilância sanitária	Não especificado
E9	Transversal	43	Mães de RNPT internados no alojamento conjunto de uma unidade método canguru	43 mulheres
E10	Ensaio clínico randomizado	86	Mães e pais de bebês prematuros.	Não especificado
E11	Qualitativo	12	Profissionais de saúde	Não especificado

**Fonte:** Autora, 2024.

Com base na análise das produções científicas sobre a atuação dos profissionais de saúde é possível observar que os estudos apontam para uma predominância da atuação do enfermeiro na assistência aos familiares nos cuidados ao RNPT, uma vez que o profissional é citado em todos os 11 estudos incluídos nesta revisão.

Dos outros profissionais mencionados, os médicos foram identificados em oito estudos (E1; E2; E4; E5; E6; E7; E10; E11), os técnicos de enfermagem em quatro (E2; E4; E6; E10), e os psicólogos em dois (E1; E4).

Ainda, duas pesquisas citavam assistentes sociais (E1; E4), duas citavam nutricionistas (E4; E5) e duas apontavam os agentes comunitários de saúde (E2; E9). Embora em menor número fonoaudiólogos (E4) e auxiliares de vigilância sanitária (E8) também foram mencionados.

Acerca dos serviços de saúde identificados nos estudos, três (27,2%) (E1; E3; E10) deles mencionam cuidados especializados, dois (18,1%) (E7; E8) apontam para a atenção primária e seis (54,6%) (E2; E4; E5; E6; E9; E11) estudos identificaram ambos os serviços como presentes na assistência ao RNPT e seus familiares.

No que se refere aos principais cuidados prestados na terceira etapa do Método Mãe Canguru, a literatura evidencia diversas formas de assistência social, emocional e à saúde. Dentre eles, a orientação e a prática do aleitamento materno são apontadas em seis (54,6%) estudos.

O suporte social e emocional como a promoção da formação e segurança familiar, o apoio ao desenvolvimento de autoconfiança, a realização de grupos de apoio, suporte digital e outros, são mencionados nos estudos E1; E3; E5; E7; E9 e E10.

Ainda, são apontados em seis estudos a orientação e busca aos serviços de atenção primária à saúde que proporcionam suporte e continuidade aos cuidados imprescindíveis à saúde do bebê prematuro (E1; E2; E4; E5; E9; E11).

A literatura aponta a relevância das orientações/acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê prematuro em cinco estudos (E1; E2; E4; E5; E10). É importante mencionar que os estudos indicam outros cuidados prestados que podem ser observados no quadro 3.

**Quadro 3** - Principais achados acerca da continuidade dos cuidados ao RNPT nos estudos analisados

ID	Objetivo	Tipo de cuidado identificado	Serviços de saúde envolvidos	Profissional envolvido
E1	Investigar barreiras e facilitadores à participação em programas de Acompanhamento Neonatal (NFU) canadenses da perspectiva de mães de bebês de risco e de prestadores de cuidados de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suporte emocional;</li> <li>- Suporte informativo sobre o que esperar e o necessário para o desenvolvimento do bebê;</li> <li>- Auxílio para navegação no sistema e assistência como encaminhamentos e despesas;</li> <li>- Agendamento antecipado e lembretes do compromisso;</li> <li>- Rastreio de famílias perdidas no acompanhamento.</li> <li>- Cuidado centrado na família – conexão, relacionamento, continuidade e coordenação dos cuidados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanhamento neonatal (Neonatal follow-up - NFU)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médico;</li> <li>- Enfermeiro;</li> <li>- Psicólogo;</li> <li>- Assistente social.</li> </ul>
E2	Analizar a percepção de profissionais de saúde sobre a articulação entre serviços de Unidade Neonatal e da Atenção Primária em Saúde no acompanhamento de crianças na terceira etapa do Método Canguru.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil;</li> <li>- Vacinação;</li> <li>- Controle do aleitamento materno;</li> <li>- Orientação alimentar;</li> <li>- Cuidados com a higiene do RN;</li> <li>- Orientação acerca da busca pelos serviços da atenção APS;</li> <li>- Orientações de puericultura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- APS;</li> <li>- Ambulatório especializado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicos;</li> <li>- Enfermeiros;</li> <li>- Técnicos de enfermagem;</li> <li>- Agentes comunitários de saúde.</li> </ul>
E3	Identificar as necessidades dos pais, cujo RNPT recebe assistência domiciliar neonatal com apoio de telemedicina.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção da autoeficácia dos pais;</li> <li>- Orientações sobre amamentação;</li> <li>- Apoio a formação familiar precoce.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistência domiciliar neonatal (NH)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiros.</li> </ul>
E4	Compreender a forma como ocorre a assistência ao recém-nascido prematuro, conforme preconiza a política de saúde Método Canguru, a partir da participação dos profissionais envolvidos na assistência.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientação sobre o esquema adequado de imunização;</li> <li>- Acompanhamento e orientações sobre o crescimento e desenvolvimento do RN;</li> <li>- Orientação sobre os tratamentos especializados/ambulatoriais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade básica de saúde;</li> <li>- Hospital Santa Casa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistentes sociais;</li> <li>- Enfermeiras;</li> <li>- Fonoaudiólogos;</li> <li>- Nutricionistas;</li> <li>- Psicólogos;</li> <li>- Técnicos de enfermagem;</li> <li>- Médico.</li> </ul>

E5	Analisar oportunidades de orientações para promoção do cuidado de crianças prematuras em visita domiciliar e suporte telefônico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientação sobre continuidade do cuidado na UBS (puericultura);</li> <li>- Facilitação da interação/busca ativa da unidade saúde da família com a família do RNPT;</li> <li>- Orientação e intermediação para consultas e exames na unidade de saúde e hospital;</li> <li>- Orientação sobre a busca de assistência social;</li> <li>- Orientações sobre o desenvolvimento e crescimento infantil e realização de estímulos;</li> <li>- Visitas domiciliares;</li> <li>- Resolução de dúvidas por meio de suporte telefônico;</li> <li>- Cuidados com o banho;</li> <li>- Cuidados com o ambiente e segurança familiar;</li> <li>- Cuidados com o posicionamento;</li> <li>- Cuidados com a amamentação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviço público de saúde;</li> <li>- Centro de nutrição infantil de Foz do Iguaçu;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiras;</li> <li>- Nutricionistas;</li> <li>- Pediatras.</li> </ul>
E6	Descrever a percepção dos profissionais de saúde da Atenção Básica acerca da referência e contrarreferência no cuidado do bebê pré-termo, de baixo e/ou de muito baixo peso ao nascer egresso da Unidade Neonatal no sistema de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita hospitalar pela equipe da AB como estratégia para fortalecer o processo de referência e contrarreferência;</li> <li>- Preenchimento completo da cartilha de saúde da criança (CSC);</li> <li>- Encaminhamento para especialidades;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade básica de saúde;</li> <li>- Estratégia saúde da família;</li> <li>- Programa Bebê Precioso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiros;</li> <li>- Médicos;</li> <li>- Técnicos de enfermagem.</li> </ul>
E7	Compreender as vivências de mulheres da zona rural que tiveram um bebê prematuro internado em unidade de terapia intensiva neonatal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupos de apoio nas áreas rurais e regionais;</li> <li>- Orientações sobre amamentação;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviço regional de saúde;</li> <li>- Serviços comunitários locais;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiras;</li> <li>- Médicos.</li> </ul>
E8	Compreender as normas sociais e as percepções da comunidade sobre bebês prematuros e a continuidade do cuidado mãe-canguru.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados com o aleitamento materno;</li> <li>- Posicionamento canguru em domicílio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidades de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiras;</li> <li>- Agentes comunitários de saúde.</li> </ul>

E9	Investigar a continuidade do cuidado de recém-nascidos prematuros atendidos em unidade método canguru em unidades básicas de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação de sinais de alerta do RNPT;</li> <li>- Visita domiciliar;</li> <li>- Posicionamento canguru no domicílio e seus benefícios;</li> <li>- Incentivo do aleitamento materno exclusivo;</li> <li>- Conscientização sobre a continuidade dos cuidados na terceira etapa do MMC em serviços públicos;</li> <li>- Educação em saúde nas UBS para o desenvolvimento de competências das mães e familiares, relacionados aos cuidados com o RNPT;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade neonatal intermediária canguru (KINU);</li> <li>- Unidade básica de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiras;</li> <li>- Agentes comunitários de saúde.</li> </ul>
E10	Investigar o impacto de uma intervenção de apoio parental on-line focada na família sobre o senso de competência dos pais, cuidado, apoio social, funcionamento familiar e desenvolvimento dos bebês prematuros.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formação parental <i>online</i>;</li> <li>- Sessões em grupo;</li> <li>- Chamadas telefônicas estruturadas de acompanhamento pós-alta;</li> <li>- Aplicativo <i>Tencent Meeting</i> - educação e apoio nos cuidados ao pré-termo;</li> <li>- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;</li> <li>- Apoio social.</li> </ul>	- Hospital especializado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe de Enfermagem;</li> <li>- Médicos</li> </ul>
E11	Descrever uma conferência de alta multidisciplinar e intersetorial para famílias de bebês prematuros em transição de UTIN para serviços municipais de saúde (MHCS).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visitas domiciliares;</li> <li>- Facilitação da continuidade dos cuidados de saúde durante e após a transição setorial;</li> <li>- Avaliação interdisciplinar e intersetorial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN);</li> <li>- Serviços municipais de saúde (MHCS).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neonatologistas;</li> <li>- Enfermeiros neonatologista;</li> <li>- Visitantes de saúde do MHCS (enfermeiros especializados em desenvolvimento infantil).</li> </ul>

**Fonte:** Autora, 2024

## 6. DISCUSSÃO

Esta revisão possibilitou a identificação das principais produções científicas sobre a continuidade dos cuidados ao RNPT na terceira fase do método canguru. Assim, é notório que a busca inicial demonstra uma numerosa quantidade de publicações quando comparada a quantidade que compõe a amostra final.

No entanto, em sua maioria, o recém-nascido prematuro não está incluído na temática, sendo frequentes temas sobre recém-nascidos a termo, crianças com complexidades médicas ou ainda saúde materna e neonatal. O que confirma a necessidade de mais estudos que tenham como intuito analisar a existência e o desenvolvimento desse tipo de acompanhamento na atenção primária.

Além disso, é importante considerar que apesar da aplicação de um recorte temporal de 10 anos, as publicações são relativamente recentes. No Brasil esse fato pode estar relacionado aos esforços do MS, que desde 2012, tenta articular o atendimento dos ambulatórios de seguimento com a APS por meio da ação das equipes da ESF. De modo a estimular e facilitar a permanência da criança nos diferentes níveis de atenção, assegurando os cuidados ao prematuro, bem como a redução da morbimortalidade após a alta (Silva *et al.*, 2018).

Ademais, é perceptível a predominância de estudos de origem brasileira, o que indica a busca por divulgação de pesquisas com a temática no território, já que o Brasil ocupa a décima posição no ranking mundial dos países que mais registram nascimentos pré-termo e tem mantido uma tendência estável da prevalência dessa prematuridade no período de 2011 a 2021 (Alberton; Rosa; Iser, 2023).

Outrossim, a instituição de políticas como a PNAISC e o Estatuto da Primeira Infância, assim como intervenções implementadas na mesma década pelo SUS, direcionaram o foco para as ações voltadas à promoção do desenvolvimento infantil em todas as etapas do ciclo de vida da criança (Brasil, 2015a; Andreucci, Junqueira, 2017).

Outra questão a ser apontada é a predominância (81,8%) de estudos qualitativos, que pode se mostrar possível devido à natureza subjetiva da pesquisa qualitativa, que estuda as relações humanas em ambientes diversos com o intuito de compreender os fenômenos em profundidade, riqueza e complexidade e interpretá-los de modo analítico e crítico (Rodrigues; Oliveira; Santos, 2021).

No que se refere a predominância de participação do sexo feminino nas pesquisas, constata-se que histórica e culturalmente o papel de cuidador principal da família está implicitamente associado as mulheres (Borges; Detoni, 2017). Somado a isso, a condição das

mulheres exercendo práticas de cuidado leva à reflexão acerca da naturalização desse papel na sociedade com o processo de feminização do trabalho em saúde, de modo que essas mudanças estejam vinculadas à imagem simbólica do feminino predominante na cultura estudada (Wegner; Pedro, 2010; Borges; Borges; Detoni, 2017).

A literatura aponta que após o período de hospitalização bebês pré-termo apresentam complicações de saúde e no neurodesenvolvimento, de modo que o cuidado em domicílio se torna um desafio para as famílias. Adicionando-se a isso, o fator estressante da sobrecarga que recai sobre a genitora, que comumente assume múltiplas funções, vê-se como resultado um desgaste físico e mental da mãe e exposição da família a potenciais conflitos (Silva *et al.*, 2020; Lydon *et al.*, 2022).

Assim, como as crianças prematuras requerem cuidados singulares devido às suas vulnerabilidades é evidente a necessidade do acesso e apoio às práticas de saúde, bem como a inclusão de todo o núcleo familiar nos cuidados ao prematuro, visto que o desempenho das tarefas deve ser discutido e compartilhado para a diminuição da sobrecarga materna e desenvolvimento de uma rede de suporte informal (Wegner; Pedro, 2010; Silva *et al.*, 2020).

Em relação à atuação profissional, nota-se que todos os estudos apresentam o envolvimento dos enfermeiros, tal fato sinaliza o protagonismo dessa profissão nas ações voltadas ao acompanhamento do bebê prematuro. Assim, em uma situação ideal a equipe de enfermagem possui extrema relevância, devido a sua atuação nos cuidados de rotina, percepção para os sinais e sintomas de alerta e indicação dos profissionais para seguimento do atendimento (Brassarola; Natarelli; Fonseca, 2023).

Desse modo, esse profissional é o principal responsável por assegurar que os pais estejam preparados mesmo antes de ocorrer a alta hospitalar do RN, com o intuito de capacitar e gerar amadurecimento emocional da família, principalmente a mãe, para sucessão dos cuidados corretos em domicílio (Garne *et al.*, 2016; Brassarola; Natarelli; Fonseca, 2023).

Ainda, Ferreira (2022) aponta a necessidade da prática de visitas domiciliares (VD) desenvolvidas pelos enfermeiros. Faz-se saber que através da VD é possível identificar as necessidades específicas do prematuro, avaliar a situação familiar e estabelecer um vínculo com a UBS, desenvolvendo uma assistência voltada para identificação de riscos, diagnóstico precoce e promoção à saúde.

No entanto, a pesquisa E9 refere que 60,5% dos seus participantes afirmaram não receber atendimento em domicílio após alta hospitalar e daqueles que receberam, 76,5% foram visitados por ACS e apenas 23,5% foram visitados por enfermeiros. Isso demonstra a descontinuidade do cuidado na terceira etapa do MC na APS e também na segunda etapa, já

que 69,8% das mães não receberam a orientação correta acerca da possibilidade da continuidade do acompanhamento na unidade básica de saúde, demonstrando uma comunicação deficiente entre os níveis de atenção (Feitosa *et al.*, 2017).

Voltando-se para o trabalho em equipe, a literatura afirma que a equipe multidisciplinar é uma das principais estratégias de promoção da humanização do paciente, pois a equipe trabalha de forma cooperativa, reconhecendo a interdependência com os componentes do grupo. Portanto, é possível integrar ideias e experiências, o que contribui para realização de intervenções específicas e individuais (Bittar, 2023).

O artigo E4 expressa que apesar da existência de um serviço multiprofissional, os atendimentos não ocorrem de modo a acompanhar as famílias e os bebês tal como preconiza a terceira fase do MC. Assim, as crianças são negligenciadas pelo sistema, recebendo o mínimo de assistência, sem direito a atendimento integral. O pesquisador ainda aponta que algumas mães não consideram relevante o atendimento de outros profissionais que não o médico, o que reflete a falta de entendimento da família e de uma assistência multidisciplinar que atenda a diáde (Klossoswski *et al.*, 2016).

Corroborando com isso, uma pesquisa constatou que o número insuficiente de UBS e equipes de ESF dificulta a cobertura de cuidado e acompanhamento dos usuários no sistema. Dessa forma, a interação entre as famílias e as equipes profissionais é básica, ocorrendo consultas rápidas, curtas e focadas apenas no peso da criança, ignorando as experiências e desafios do cotidiano familiar (Rockenbach; Santos, 2009).

Cabe ressaltar, que podem existir outros motivos para que as mães e seus filhos não compareçam às consultas. Segundo o estudo E7, as mães expressaram que os serviços locais e os grupos de apoio nas áreas rurais e regionais não possuíam profissionais de saúde experientes e capazes de compreender as especificidades do desenvolvimento do RNPT (Laidlaw; Prichard; Sweet, 2023).

Assim, as mães regressavam ao centro terciário para prosseguir com os cuidados do prematuro, apesar do impacto do deslocamento, uma viagem de ida e volta de 14 horas, as mães sentiam-se confortadas por ter um atendimento adequado e de qualidade com a equipe do hospital (Laidlaw; Prichard; Sweet, 2023).

Conforme as políticas de atenção à saúde da criança no Brasil, os serviços de saúde da rede de atenção básica devem acompanhar todo RN no seu processo de crescimento e desenvolvimento. Nesse sentido, o MS recomenda que durante a 3<sup>º</sup> etapa do MC o bebê pré-termo prossiga no atendimento especializado e concomitante a isso, receba todos os cuidados

regulares da APS, de forma a pôr em prática a atenção compartilhada entre os dois níveis de atenção à saúde, qualificando o cuidado ao bebê de risco (Brasil, 2018c; Brasil, 2018b).

Assim, 54,6% dos estudos identificaram a atuação de serviços de saúde dos dois níveis de atenção. Em contrapartida, o estudo de Viera e Melo (2009) demonstra que a responsabilidade de se inserir no serviço é em sua maior parte da família, visto que a unidade de saúde não realiza busca ativa como preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Os autores ainda afirmam que essa dificuldade no cuidado está relacionada à inexistência de contra referência do hospital para a APS, uma vez que foi comprovado que as unidades de saúde não foram informadas acerca da alta do RNPT.

Concernente a isso, o estudo E2 salienta que a atenção compartilhada não aparenta estar presente na rotina da APS, além de referir que os profissionais da atenção básica demonstram certa dificuldade em reconhecer o bebê prematuro como responsabilidade de toda a rede de serviços de saúde (Silva *et al.*, 2018).

Por sua vez, o ambulatório de especialidades apresenta dificuldade em estabelecer vínculos com a família do prematuro, de modo a gerar falta de confiança e surgirem dúvidas a respeito da importância do seguimento especializado do bebê. Além disso, constatou-se que os pais eram dispensados com fichas de encaminhamento, ou seja, cabia a eles o agendamento de consultas devido a carência de contato e integração entre os serviços de saúde (Viera; Melo, 2009).

Em contrapartida, as mães da pesquisa E1 relataram um processo de agendamento facilitado. Embora o horário de atendimento e a distância a ser percorrida fossem barreiras, o processo de agendamento antecipado e o envio de lembretes próximo ao dia do compromisso favoreciam o prosseguimento do serviço. Além disso, o serviço possuía recursos para rastrear famílias perdidas no acompanhamento (Ballantyne *et al.*, 2014).

O estudo E6 destaca que em 2009, a prefeitura de Joinville (SC) implementou o projeto “Estratégia de Vigilância à criança em condições de risco - Programa Bebê Precioso”, buscando reduzir a mortalidade infantil e atender de forma integral o bebê de risco de 0 a 11 meses e 29 dias de vida. O programa possibilitou a redução do coeficiente de mortalidade infantil do município. Porém, percebeu-se que a notificação para inclusão das crianças no programa era deficitária devido a discreta comunicação entre os diversos níveis de atenção e essa fragilidade é ainda mais evidente quando se trata de uma criança egressa da rede particular (Aires *et al.*, 2017).

Apesar disso, o projeto apresenta uma estratégia que favorece o fortalecimento do processo de referência e contrarreferência para os casos de evolução não satisfatória dos bebês

na Unidade Neonatal (UN). Isso acontece por meio de visita hospitalar, pela equipe da atenção básica, assim, a equipe fica ciente do quadro do prematuro, acolhe a família e assegura o seguimento dos cuidados após a alta hospitalar (Aires *et al.*, 2017).

Ademais, a pesquisa E11 mostra o resultado de uma conferência de alta multidisciplinar, onde pais e profissionais de diferentes níveis de atenção, interagem e compartilham diferentes percepções acerca do bebê pré-termo. Ao examinar a criança em conjunto, os profissionais de saúde evitaram a perda de conhecimento entre setores e asseguraram um processo coerente para a família na transição do prematuro para o serviço primário de saúde (Petersen *et al.*, 2024).

Após a alta hospitalar do RNPT, as competências da família estão direcionadas ao amparo que pode ser destinado à criança, à sua capacidade de cuidar, isto posto, para o planejamento do cuidado em saúde é imprescindível conhecer os aspectos associados à rede e apoio social que a família tem acesso no cotidiano.

Entendendo-se que a rede social é composta por instituições relacionadas à família, tais como as organizações religiosas, o sistema de saúde, a escola e a vizinhança e, que o apoio social é formado a partir dos membros dessa rede que estabelecem vínculos com a família. Logo, é evidente que a rede e o apoio social contribuem para o fortalecimento da família frente às suas experiências de vida, pois compartilham apoio material, emocional e afetivo (Viera *et al.*, 2010).

Um estudo no Malawi, E8, aponta que o papel de apoio é assumido, principalmente, pelos membros femininos da família, esses parentes executam desde tarefas domésticas até envolver-se fisicamente na realização da posição canguru, de modo que, apesar dos relatos dessa prática ser intensiva e árdua, com o apoio recebido foi possível se adaptar, superar os desafios e prosseguir com os cuidados (Lydon *et al.*, 2022).

O engajamento dos pais, após o retorno ao domicílio, é essencial para o sucesso das ações. Apesar da construção do relacionamento com o profissional de saúde, os pais passam por períodos não sequenciais de apreensão, confiança, necessidade de suporte social, os quais são desafiadores. Quanto à necessidade de suporte e informações, a visita domiciliar oportuniza a oferta de orientações diante de situações demonstradas pelos pais e percebidas pelos próprios profissionais (Paton; Grant; Tsourtos, 2013; Oliveira *et al.*, 2021).

Nessa perspectiva, a VD possibilitará a resolutividade de preocupações maternas acerca dos cuidados e do desenvolvimento do bebê prematuro no domicílio, fornece orientação, apoio e o profissional pode esclarecer sobre os fluxos de acompanhamento em saúde e resolução de dúvidas para promoção da saúde infantil. Ademais, a visita requer que o profissional tenha uma

avaliação cautelosa, considerando características familiares e estratégias de adaptação à nova realidade (Silva *et al.*, 2020).

No entanto, existem limitações à visita domiciliar, frequentemente associadas com a escassez de tempo disponível pelos profissionais e pela grande demanda de pacientes. Além disso, a atenção domiciliar no SUS, embora regulamentada, ainda possui um caráter de ação complementar nas redes de saúde, e no cenário nacional existe um déficit de serviços em domicílio, quando comparado a outros países, como Canadá e Estados Unidos (Braga *et al.*, 2016; Oliveira *et al.*, 2021).

Programas de apoio baseados em aplicativos provaram ser eficientes em auxiliar pais que lutam contra a depressão pós-parto ou na transição do hospital para casa (Sawyer *et al.*, 2019). A pesquisa de Garfield *et al.* (2022) evidencia que intervenções tecnológicas aumentam a autoeficácia parental (confiança dos pais na própria capacidade de criação dos filhos) e complementam os cuidados e a educação em saúde.

Desse modo, um coadjuvante eficaz na assistência é o suporte telefônico, ferramenta utilizada, principalmente, para resolução de dúvidas. Silva e colaboradores (2020) referem que a comunicação por contato telefônico e mensagem de texto permite diversos esclarecimentos. As abordagens por meio desta ferramenta incluem orientações básicas relativas à promoção do desenvolvimento infantil, visto que a primeira infância necessita de cuidados, afeto e interações para um crescimento e desenvolvimento saudável.

Além disso, o estudo E10 promoveu assistência *online*. Foram realizadas sessões estruturadas de apoio aos pais, por meio de reuniões individuais e em grupo, ligações telefônicas, e acesso a um aplicativo digital com material educativo e compartilhamento de experiências. Assim, os autores afirmam que esse tipo de intervenção contribuiu para um maior sentido de competência parental e para uma melhor saúde mental (Huang *et al.*, 2024).

Cabe ressaltar que, além dessa assistência, cuidados que envolvem ganho de peso, medidas antropométricas, aleitamento materno, vacinas, marcos do desenvolvimento, identificação precoce de possíveis intercorrências clínicas, entre outras, são preconizadas para todas as crianças. De acordo com a PNAB, a atenção primária deve assegurar a oferta desses e outros serviços essenciais para toda a população, ampliando sua efetividade (Brasil, 2017b).

Segundo a literatura, um dos temas relacionados ao cuidar mais recorrentes estão associados à lactação/nutrição do RNPT. Temática identificada em 54,6% dos estudos dessa revisão. Muitas mães relatam dificuldade no aleitamento, geralmente relacionadas ao período de separação e a suspensão da amamentação devido a gravidade do quadro clínico do prematuro quando interno da UN (Garne *et al.*, 2016; Brassarola; Natarelli; Fonseca, 2023).

Em uma revisão acerca do aleitamento nos seis primeiros meses de vida, Borges e colaboradores (2024) confirmam que o leite materno proporciona diversos benefícios para a genitora e o RN, relacionando o AME ao desenvolvimento do sistema imunológico, redução de alergias, dermatite, asma, e outras doenças graves.

Para Braga, Gonçalves, Augusto (2020) a amamentação apresenta grande influência na saúde da fala e da linguagem, uma vez que está associada ao crescimento, desenvolvimento motor-oral e crânio-facial do recém-nascido. A pesquisa E9 desenvolveu sessões educativas com mães e familiares de bebês prematuros com o intuito de ampliar os conhecimentos familiares acerca das vantagens da posição canguru e do aleitamento materno exclusivo (AME) (Feitosa *et al.*, 2017).

Como resultado dessa intervenção, foi observado que 90,7% das mães utilizavam a posição canguru no domicílio. Quanto ao AME, todas as participantes relataram praticar o aleitamento materno, mas apenas 60,5% estavam em AME, sendo a baixa produção láctea o principal motivo da não adesão à prática (Feitosa *et al.*, 2017).

Como limitação do estudo deve ser considerado que não foi possível avaliar a qualidade da evidência disponível, já que, esta revisão, quase que em sua totalidade, foi composta por estudos qualitativos descritivos que foram realizados através de entrevistas e grupos focais. Assim, como o nível de evidência representa a qualidade da evidência científica disponível e define a confiança na informação utilizada, não o aplicar dificulta estimar as implicações para a prática.

## 7. CONCLUSÃO

O Método Canguru, embora instituído para promover uma assistência integral e humanizada, ainda enfrenta desafios significativos na prática, com muitos cuidados permanecendo centrados em procedimentos técnicos e no processo de adoecimento. A integralidade do cuidado, princípio fundamental da estratégia, não é plenamente alcançada, o que evidencia a necessidade de reavaliação e aprimoramento das práticas de cuidado.

Esta revisão revelou uma lacuna significativa na literatura científica quanto à continuidade dos cuidados ao RNPT na terceira fase do Método Canguru, ressaltando a importância e a necessidade de novas pesquisas nessa área. A predominância de estudos brasileiros reflete a busca por evidências contextualizadas que atendam às especificidades do território nacional, com vistas a garantir um cuidado integral e de qualidade aos recém-nascidos prematuros.

Ademais, a análise do papel de gênero no cuidado ao prematuro indicou que as mulheres, frequentemente incumbidas como principais cuidadoras, enfrentam sobrecarga ao assumir múltiplas funções, o que pode levar à negligência de sua própria saúde. Portanto, a inclusão de toda a família nos cuidados, juntamente com o fortalecimento das redes de apoio social, emerge como fundamental para a segurança e bem-estar familiar.

A enfermagem foi identificada como a principal profissão envolvida nos cuidados ao bebê prematuro, desempenhando um papel essencial na preparação dos pais para o cuidado domiciliar e na manutenção do vínculo com a unidade de saúde. A importância de uma equipe multiprofissional para proporcionar uma assistência humanizada e individualizada também foi destacada, reforçando a necessidade de abordagens colaborativas no cuidado ao prematuro e à sua família.

É perceptível que, apesar da atuação simultânea dos dois níveis de atenção ser reconhecida, ainda existem fragilidades significativas na articulação do trabalho em rede e no compartilhamento de saberes entre os profissionais. Essa situação destaca a urgência de fortalecer o modelo de comunicação interinstitucional e entre os profissionais, de modo a garantir que as famílias sejam devidamente vinculadas à APS e evitar a fragmentação e descontinuidade do cuidado.

Entende-se, por fim, que a utilização de práticas colaborativas de cuidados preventivos, como visitas domiciliares e suporte digital, demonstra ser crucial para fornecer orientações adequadas na promoção dos cuidados infantis, especialmente em relação a dúvidas maternas e situações que possam ameaçar a continuidade do seguimento do prematuro. Portanto, a falta

dessas práticas, combinada com as fragilidades nas redes de apoio, cria lacunas significativas que dificultam a implementação de uma linha de cuidado contínua e eficaz.

## REFERÊNCIAS

- AIRES, L. C. P. *et al.*. Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 2, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/g3L54ypryzYyJNvPZzzVrkJ/?lang=pt&format=html>.
- ALBERTON, M.; ROSA, V. M.; ISER, B. P. M. Prevalence and temporal trend of prematurity in Brazil before and during the COVID-19 pandemic: a historical time series analysis, 2011-2021. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 32, n. 2, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/rR86nL5VqpNxFMKK47BRgsb/?lang=pt#>.
- ALMEIDA, C. R. *et al.*. Cotidiano de mães acompanhantes na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Enfermagem UFPE Online**, v. 12, n. 7, p. 1949-1956, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-986691>.
- ANDREUCCI, A. C. P. T.; JUNQUEIRA, M. A. Crianças visíveis e direito à voz como direito humano fundamental: contributos jurídico-sociais do marco legal da primeira infância para o desenho de políticas públicas participativas no Brasil. **Cadernos de Direito Atual**, n. 7, p. 289-303, 2017. Disponível em: <https://www.cadernosdedereitoactual.es/ojs/index.php/cadernos/article/view/229/145>.
- ARAUJO, A. M. G. *et al.*. A experiência do método canguru vivenciada pelas mães em uma maternidade pública de Maceió/AL Brasil. **Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermagem**, v. 6, n. 3, p. 19-29, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-29372>.
- AYTAC, S. H.; YAZICI, S. The Effect of Social Support on Pregnancy and Postpartum Depression. **International Journal of Caring Sciences**, v. 13, n. 1, p. 746, 2020. Disponível em: [http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/83\\_yazici\\_original\\_13\\_1.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/83_yazici_original_13_1.pdf).
- BALLANTYNE, M. *et al.*. Mothers' and health care providers' perspectives of the barriers and facilitators to attendance at Canadian neonatal follow-up programs. **Child: Care, Health and Development**, v. 41, n. 5, p. 722-733, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cch.12202>.
- BICK, J.; NELSON, C. A. Early adverse experiences and the developing brain. **Neuropsychopharmacology**, v. 41, n. 1, p. 177-96, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4677140/>.
- BITTAR, P. Atenção Primária: Ministério da Saúde divulga diretrizes para equipes multiprofissionais na atenção primária. **Ministério da Saúde**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/agosto/ministerio-da-saude-divulga-diretrizes-para-equipes-multiprofissionais-na-atencao-primaria>.
- BORGES, G. R. P. *et al.*. Aleitamento materno: imprescindível nos seis primeiros meses de vida. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 1, p. 3896-3908, 2024. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/66870>.

- BORGES, T. M. B.; DETONI, P. P. Trajetórias de feminização no trabalho hospitalar. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 20, n. 2, p. 143-157, 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1516-37172017000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-37172017000200004).
- BOYKOVA, M. Life after discharge: what parents of preterm infants say about their transition to home. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, v. 16, n. 2, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1527336916000295>.
- BRAGA, M. S.; GONÇALVES, M. S.; AUGUSTO, C. R. Os benefícios do aleitamento materno para o desenvolvimento infantil. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/16985/15832>.
- BRAGA, P. P. *et al.*. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 903-912, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2016.v21n3/903-912/>.
- BRAGA, P. P.; SENA, R. R. Devir cuidadora de prematuro e os dispositivos constituintes da continuidade da atenção pós-alta. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 1-8, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/VC3kKf8WCBy9pKSfbpwn3rL/?lang=pt>.
- BRASIL. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília (DF), 2015a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2017b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_metodo\\_canguru\\_seguimento\\_compartilhado.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_metodo_canguru_seguimento_compartilhado.pdf).
- BRASIL. 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 /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em: <https://encr.pw/rJQ6S>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: método canguru: manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica.** Brasília (DF); 2018b. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_terceira\\_etapa\\_metodo\\_canguru.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_terceira_etapa_metodo_canguru.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método canguru: diretrizes do cuidado.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo\\_canguru\\_diretrizes\\_cuidado\\_revisada.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_diretrizes_cuidado_revisada.pdf).

BRASSAROLA, H. G. M.; NATARELLI, T. R. P.; FONSECA, L. M. M. Uso do grupo de WhatsApp® no acompanhamento pós-alta do bebê prematuro: implicações para o cuidado em enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 27, p. e20220205, 2023. Disponível:  
<https://www.scielo.br/j/ean/a/4gM3GgjgBHHdVdXVYB4FSdL/#>.

BRAZELTON, T. B.; GREENSPAN, S. I. As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. **Artmed**, 2002.

BUCCINI, G. S. *et al.*. Acompanhamento de recém-nascidos de baixo peso pela atenção básica na perspectiva das Equipes de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 3, p. 239–247, set. 2011. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/PrW4WSZNqGdPtPRYVw5cjMg/#>.

CALADO, B. P.; ALULAS, G. O.; MONTES, D. C. História, implantação no Brasil e benefícios do método canguru: Revisão integrativa da literatura. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, vol. 03, p. 14-34, 2019. Disponível em:  
<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/metodo-canguru>.

CAMARGO, F. C. *et al.* Competências e barreiras para prática baseada em evidências na enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 2030-2038, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-958685>.

COELHO, L. M.; RESENDE, A. C. A. P.; ARAÚJO, S. A. Desdobramentos da aplicação do método canguru no contexto brasileiro: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, 2022. Disponível em:  
<https://rsdjurnal.org/index.php/rsd/article/view/34436/29035>.

DADALTO, E. C. V.; ROSA, E. M. Vivências e Expectativas de Mães com Recém-nascidos Pré-termo Internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 3, p. 814-834, nov. 2015. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812015000300003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000300003).

DANTAS, H. L. L. *et al.*. Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 37, p. 334–345, 2022. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/575>.

FEITOSA, M. R. *et al.*. Primary health care follow-up visits: investigation of care continuity of preterm newborns from a Kangaroo-Mother Care Unit. **International Archives of Medicine**, v. 10, n. 32, p. 1-9, 2017. Disponível em:  
<https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/22985>.

FERNANDES, M. M. S. M.; SANTOS, A. G.; SANTIAGO, A. K. C. Prognóstico de Recém-Nascidos Internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal: Revisão Integrativa.

**Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 3, p. 748-755, 2019.

Disponível em: [https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6806/pdf\\_1](https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6806/pdf_1).

FERREIRA, D. O. *et al.*. Kangaroo method: perceptions on knowledge, potencialities and barriers among nurses. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 4, p. e20190100, 2019.

<https://www.scielo.br/j/ean/a/CnCYL5xvtf5TsCQ4L59JP4k/?format=html&lang=pt#>.

FERREIRA, P. P. Assistência de enfermagem ao prematuro e a família pós alta hospitalar.

**Repositório de Trabalhos de Conclusão de Curso**, 2022. Disponível em:

<https://www.pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositoriotcc/article/view/3881>.

FOX, S. E.; LEVITT, P.; NELSON, C. A. How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. **Child Development**, v. 81 n.1, p. 28-40, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2846084/>.

GARFIELD, C. F. *et al.*. A Mobile Health Intervention to Support Parenting Self-Efficacy in the Neonatal Intensive Care Unit from Admission to Home. **The Journal of Pediatrics**, v. 244, p. 92–100, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35033562/>.

GARNE, K. *et al.*. Telemedicine in neonatal home care: identifying parental needs through participatory design. **JMIR Research Protocols**, v. 5, n. 3, p. e5467, 2016. Disponível em: <https://www.researchprotocols.org/2016/3/e100>.

GLASS, H. C. *et al.*. Outcomes for extremely premature infants. **Anesthesia & Analgesia**, v. 120, n. 6, p. 1337-13, jun. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4438860/>.

GOMES, R. P. C. *et al.*. Rede de apoio às mães de recém-nascidos prematuros internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciencia y Enfermeria**, v. 29, n. 5, 2023.

Disponível em:

<https://revistas.udec.cl/index.php/cienciayenfermeria/article/view/3416/10025>.

GONTIJO, T. L. *et al.*. Avaliação da implantação do cuidado humanizado aos recém-nascidos com baixo peso – método canguru. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 1, p. 33-39, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/MZ7CGrt5qV6TNJrPhXQGWcN/?lang=pt>.

GOULART, A. L.; CRUZ, A. C. **Prematuridade: da Atenção Primária ao seguimento ambulatorial**, 2023. Disponível em: <https://sp.unifesp.br/epm/noticias/prematuridade-atencao-primaria-e-followup>.

HAMLINE, M. Y. *et al.*. Hospital-to-home interventions, use, and satisfaction: a meta-analysis. **Pediatrics**, v. 142, n. 5, 2018. Disponível em:

<https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/142/5/e20180442/38603/Hospital-to-Home-Interventions-Use-and?redirectedFrom=fulltext>.

HODGSON, K. A. *et al.*. Neonatal Golden Hour: A survey of Australian and New Zealand Neonatal Network units' early stabilisation practices for very preterm infants. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v. 57, n. 7, p. 990-997, 2021. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jpc.15360>.

HUANG, L. *et al.*. Effects of an online family-focused parenting support intervention on preterm infants' physical development and parents' sense of competence and care ability: A randomized controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, v. 149, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37952471/>.

JOAQUIM, R. H. V. T. *et al.*. Early interactions between mothers and hospitalized premature babies: the focus on the essential needs of the child. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n. 3, p. 580–589, jul. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbro/a/3rQhxN3Q8M65QgBrQr3CD8p/?lang=pt#>.

KLOSSOSWSKI, D. G. *et al.*. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Revista CEFAC**, v. 18, n. 1, p. 137–150, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/LkYmzcBfHM8zxWZVvxXC7Qf/#>.

LAIDLAW, K. L.; PRICHARD, I.; SWEET, L. The experience of woman from rural Australia with a preterm infant in a neonatal intensive care unit. **Rural and Remote Health**, v. 23, n. 1, p. 1-9, 2023. Disponível em: <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/informit.995013630129795>.

LYDON, M. M. *et al.*. Re-envisioning kangaroo mother care implementation through a socioecological model: lessons from Malawi. **Global Health: Science and Practice**, v. 10, n. 4, 2022. Disponível em: <https://www.ghspjournal.org/content/10/4/e2100727.abstract>.

MARTINELLI, K. G. *et al.*. Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 38, p. e0173, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/6L36BD8CVYczcXZ63gs7Cdj/?format=pdf&lang=pt>.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/abstract/?lang=pt#>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n° 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 de maio de 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **QualiNeo: estratégia oferece assistência ao recém-nascido de risco. 2022**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/novembro/qualineo-estrategia-oferece-assistencia-ao-recem-nascido-de-risco>.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE, J. F. **Obstetrícia Fundamental**, 13 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 24-30, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/9gLQsWX8jL9R78zQBvcHgHJ/?lang=pt>.

NASCIMENTO, A. C. S. T. *et al.*. Redes Sociais de Apoio as famílias de prematuros que vivenciam a hospitalização: Um estudo Transcultural. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 37, p. e1986, 2019. Disponível em:  
<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1986>.

NEVES, K. D. R. *et al.*. Crescimento e desenvolvimento e seus determinantes ambientais e biológicos. **Jornal de Pediatria**, v. 92, n. 3, p. 241-250, 2016. Disponível em:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755715001941?via%3Dihub>.

OLIVEIRA, A. I. B. *et al.*. Visita domiciliar às mães de recém-nascidos prematuros e baixo peso. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 11, n. 36, p. 539-550, 2021. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/538/557>.

PAGE, M. J. *et al.*. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, n. 71, 2021. Disponível em:  
<https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>.

PATON, L.; GRANT, J.; TSOURTOS, G. Exploring mothers' perspectives of an intensive home visiting program in Australia: a qualitative study. **Contemporary Nurse**, v. 23, n. 2, p. 191-200, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23485222/>.

PETERSEN, M. *et al.*. Bridging the gap between healthcare sectors: Facilitating the transition from NICU to the municipality and home for families with premature infants. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, v. 29, 2024. Disponível em:  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jspn.12426>.

PORTER, L.; VAN HEUGTEN, K.; CHAMPION, P. The risk of low risk: First time motherhood, prematurity and dyadic well-being. **Infant Mental Health Journal**, v. 41, n. 6, p. 836-849, 2020. Disponível em:  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/imhj.21875>.

REICHERT, A. P. S. *et al.*. Terceira etapa do método canguru: experiência de mães e profissionais da atenção primária. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, p. e20200077, 2021.  
<https://www.scielo.br/j/ean/a/RY7cdjtcQKZsWsKdTrJQ78S/#>.

RIBEIRO, O. *et al.*. Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 19, p. 39-48, 2018. Disponível em:  
<https://www.redalyc.org/journal/3882/388258241005/388258241005.pdf>.

ROCHA, A. S. *et al.*. Determinantes do nascimento prematuro: proposta de um modelo teórico hierarquizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 08, p. 3139-3152, 2022. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2022.v27n8/3139-3152/pt/#>.

ROCKENBACH, C. L.; SANTOS, T. G. D. **A Terceira etapa do Método Canguru no discurso das famílias**. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2009. Disponível em:  
<https://bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0556.pdf>.

RODRIGUES, T. D. F. F.; OLIVEIRA, G. S.; SANTOS, J. A. As pesquisas qualitativas e quantitativas na educação. **Revista Prisma**, v. 2, n. 1, p. 154-174, 2021. Disponível em:  
<https://revistaprisma.emnuvens.com.br/prisma/article/view/49>.

SANCHES, M. T. C. *et al.*. Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública. In: **Método canguru no Brasil: 15 anos de política pública**. p. 261-261, 2015. Disponível em: [https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/canguru\\_capa\\_miolo.pdf](https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/canguru_capa_miolo.pdf).

SANTOS, M. V. *et al.*. Desafios da prematuridade: importância da rede de apoio social na percepção de mães de neonatos. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, p. 204-215, 2024. Disponível em: <https://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/10432/5241>.

SAWYER, A. *et al.*. The Effectiveness of an App-Based Nurse-Moderated Program for New Mothers With Depression and Parenting Problems (eMums Plus): Pragmatic Randomized Controlled Trial. **Journal of Medical Internet Research**, v. 21, n. 6, 2019. Disponível em: <https://www.jmir.org/2019/6/e13689>.

SILVA, B. A. A.; BRAGA, L. P. Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista SBPH**, v. 22, n. 1, p. 258-279, 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151608582019000100014&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582019000100014&lng=pt).

SILVA, K. M.. Assistência de enfermagem ao RN prematuro e a família: uma revisão da literatura. **Itinerarius Reflectionis**, v. 15, n. 3, p. 01-20, 2019. Disponível em: <https://revistasufj.emnuvens.com.br/rir/article/view/59204/33960>.

SILVA, M. S. *et al.*. Acompanhamento na terceira etapa do método canguru: Desafios na articulação de dois níveis de atenção. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 671-685, 2018. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3033>.

**SILVA, M. S. Existe Articulação entre Equipes de Unidade Neonatal e da Atenção Básica em Saúde no Atendimento à Criança na Terceira Etapa do Método Canguru?** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2013. Disponível em: [https://www.oasisbr.ibict.br/vufind/Record/BRCRIS\\_bcedd56a3ff67ee4a5aa3d3812d149bd](https://www.oasisbr.ibict.br/vufind/Record/BRCRIS_bcedd56a3ff67ee4a5aa3d3812d149bd).

SILVA, R. M. M. *et al.*. Care opportunities for premature infants: home visits and telephone support. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. e3308, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rvae/a/jPc4SkMJpHVgRLXtr4XNn4M/?lang=en>.

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Monitoramento do crescimento de recém-nascidos pré-termo**, fev. 2017. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2017/03/Neonatologia-Monitoramento-do-cresc-do-RN-pt-270117.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Neonatologia-Monitoramento-do-cresc-do-RN-pt-270117.pdf).

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?lang=pt#>.

TAVARES, T. S.; SENA, R. R.; DUARTE, E. D. Implications for nursing care concerning children discharged from a neonatal unit with chronic conditions. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 5, p. 659-667, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3240/324047801011/>.

UNICEF. **150 milhões de bebés nascidos prematuros na última década**, 2023. Disponível em: <https://www.unicef.org/mozambique/comunicados-de-imprensa/150-milh%C3%B3es-de-beb%C3%A9s-nascidos-prematuros-na-%C3%BAltima-d%C3%A9cada>.

VERÍSSIMO, M. D. L. O. R.. The irreducible needs of children for development: a frame of reference to health care. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 51, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tkNGj4PDtC6FdxzCwrb8kDn/?format=pdf&lang=pt>.

VERONEZ, M. *et al.*. Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 2, p. e60911, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgefn/a/qcc5DQtFFpSHjwdggWntS6j/?lang=pt>.

VIERA, C. S. *et al.*. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, 2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/9487/6567>.

VIERA, C. S.; MELLO, D. F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, p. 74-82, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/k6fHTbyMQKZGLfqhfHCndvk/?format=pdf&lang=pt>.

WALTY, C. M. R. F. *et al.*. Ações de cuidado e necessidades essenciais de prematuros após a alta hospitalar: revisão de escopo. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 4, p. e20200412, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/7Sskcwkp5JjVxDrNrcbVkJx/#>.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 335–342, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgefn/a/rw8ZcpFxhQymmhTG8GQD8L/#>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Born too soon: decade of action on preterm birth**, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073890>.

XAVIER, J. S.; BERNARDINO, F. B. S.; GAÍVA, M. A. M. Seguimento do recém-nascido de risco: revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, nov. 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9515/8527>.

ZUGAIB, M. **Zugaib Obstetrícia**. São Paulo: Manole. 2008.

## APÊNDICE A – SELEÇÃO DO VOCABULÁRIO CONTROLADO

<b>Tesouro</b>	<b>Descriptor</b>	<b>Termos Alternativos</b>
<b>DeSC</b>	<p><b>1.</b> Infant, Premature</p> <p><b>2.</b> Continuity of Patient Care</p> <p><b>3.</b> Family Support</p>	<p><b>1.</b> Infants, Premature; Premature Infant; Preterm Infants; Infant, Preterm; Infants, Preterm; Preterm Infant; Premature Infants; Neonatal Prematurity; Prematurity, Neonatal.</p> <p><b>2.</b> Care Continuity, Patient; Patient Care Continuity; Continuum of Care; Care Continuum; Continuity of Care; Care Continuity.</p> <p><b>3.</b> Assistance, Family; Encouragement, Family; Family Assistance; Family Assists; Family Encouragement; Family Encouragements; Family Supports; Support, Family.</p>
<b>MeSH</b>	<p><b>1.</b> Infant, Premature</p> <p><b>2.</b> Continuity of Patient Care</p> <p><b>3.</b> Family Support</p>	<p><b>1.</b> Infants, Premature; Premature Infant; Preterm Infants; Infant, Preterm; Infants, Preterm; Preterm Infant; Premature Infants; Neonatal Prematurity; Prematurity, Neonatal.</p> <p><b>2.</b> Care Continuity, Patient; Patient Care Continuity; Continuum of Care; Care Continuum; Continuity of Care; Care Continuity.</p> <p><b>3.</b> Family Supports; Support, Family; Family Encouragement; Encouragement, Family; Family Encouragements; Family Assistance; Assistance, Family; Family Assists.</p>

**Fonte:** Autora, 2023.

## APÊNDICE B – ESTRATÉGIAS DE BUSCAS ADAPTADAS NAS BASES DE DADOS

Bases de dados	Estratégias utilizadas	Resultados
Medline/ PUBMED	<b>1# Search:</b> "Infant, Premature"[MeSH Terms] OR "Infants, Premature"[All Fields] OR "Premature Infant" [All Fields] OR "Preterm Infants"[All Fields] OR "Infant, Preterm"[All Fields] OR "Infants, Preterm"[All Fields] OR "Preterm Infant" [All Fields] OR "Premature Infants"[All Fields] OR "Neonatal Prematurity" [All Fields] OR "Prematurity, Neonatal"[All Fields]	34.420
	<b>2# Search:</b> "Continuity of Patient Care"[MeSH Terms] OR "Care Continuity, Patient"[All Fields] OR "Patient Care Continuity"[All Fields] OR "Continuum of Care"[All Fields] OR "Care Continuum"[All Fields] OR "Continuity of Care"[All Fields] OR "Care Continuity"[All Fields]	134.027
	<b>3# Search:</b> "Family Support"[MeSH Terms] OR "Family Supports"[All Fields] OR "Support, Family"[All Fields] OR "Family Encouragement"[All Fields] OR "Encouragement, Family"[All Fields] OR "Family Encouragements"[All Fields] OR "Family Assistance"[All Fields] OR "Assistance, Family"[All Fields] OR "Family Assistsances"[All Fields]	1.112
	<b>4# (#1 AND #2 AND #3)</b>	996
LILACS®/ BVS	<b>1# Search:</b> Title, Abstract, Subject ((infant, premature)) OR (infants, premature) OR (premature infant) OR (preterm infants) OR (infant, preterm) OR (infants, preterm) OR (preterm infant) OR (premature infants) OR (neonatal prematurity) OR (prematurity, neonatal) AND (db:"LILACS")	2.427
	<b>2# Search:</b> Title, Abstract, Subject ((continuity of patient care)) OR (care continuity, patient) OR (patient care continuity) OR (care continuum) OR (continuity of care) OR (care continuity) AND (db:"LILACS")	1.161
	<b>3# Search:</b> Title, Abstract, Subject ((Family Support)) OR (Assistance, Family) OR (Encouragement, Family) OR (Family Assistance) OR (Family Assistsances) OR (Family Encouragement) OR (Family Encouragements) OR (Family Supports) OR (Support, Family) AND (db:"LILACS")	7.459
	<b>4# Search:</b> (#1 AND #2 AND #3)	6
BDENF®/BV S	<b>1# Search:</b> Title, Abstract, Subject ((infant, premature)) OR (infants, premature) OR (premature infant) OR (preterm infants) OR (infant, preterm) OR (infants, preterm) OR (preterm infant) OR (premature infants) OR (neonatal prematurity) OR (prematurity, neonatal) AND ( db:"BDENF")	568
	<b>2# Search:</b> Title, Abstract, Subject ((continuity of patient care)) OR (care continuity, patient) OR (patient care continuity) OR (care continuum) OR (continuity of care) OR (care continuity) AND ( db:"BDENF")	552
	<b>3# Search:</b> Title, Abstract, Subject ((family support)) OR (assistance, family) OR (encouragement, family) OR (family assistance) OR (family assistsances) OR (family encouragement) OR (family encouragements) OR (family supports) OR (support, family) AND ( db:"BDENF")	2.290
	<b>4# Search:</b> (#1 AND #2 AND #3)	4

SCOPUS	<b>#1 Search:</b> (TITLE-ABS-KEY ("infant, premature") OR ALL ("infants, premature") OR ALL ("premature infant") OR ALL ("preterm infants") OR ALL ("infant, preterm") OR ALL ("infants, preterm") OR ALL ("preterm infant") OR ALL ("premature infants") OR ALL ("neonatal prematurity") OR ALL ("prematurity, neonatal"))	242.313
	<b>#2 Search:</b> (TITLE-ABS-KEY ("Continuity of Patient Care") OR ALL ("Care Continuity, Patient") OR ALL ("Patient Care Continuity") OR ALL ("Continuum of Care") OR ALL ("Care Continuum") OR ALL ("Continuity of Care") OR ALL ("Care Continuity"))	69.870
	<b>#3 Search:</b> (TITLE-ABS-KEY ("Family Support") OR ALL ("Family Supports") OR ALL ("Support, Family") OR ALL ("Family Encouragement") OR ALL ("Encouragement, Family") OR ALL ("Family Encouragements") OR ALL ("Family Assistance") OR ALL ("Assistance, Family") OR ALL ("Family Assistsances"))	61.842
	<b>#4 Search:</b> (#1 AND #2 AND #3)	39
WEB OF SCIENCE	<b>#1 Search:</b> TS=((("Infant, Premature*" OR "Infants, Premature" OR "Premature Infant" OR "Preterm Infants" OR "Infant, Preterm" OR "Infants, Preterm" OR "Preterm Infant" OR "Premature Infants" OR "Neonatal Prematurity" OR "Prematurity, Neonatal")))	62.674
	<b>#2 Search:</b> TS=((("Continuity of Patient Care*" OR "Care Continuity, Patient" OR "Patient Care Continuity" OR "Continuum of Care" OR "Care Continuum" OR "Continuity of Care" OR "Care Continuity")))	14.200
	<b>#3 Search:</b> TS=((("Family Support*" OR "Family Supports" OR "Support, Family" OR "Family Encouragement" OR "Encouragement, Family" OR "Family Encouragements" OR "Family Assistance" OR "Assistance, Family" OR "Family Assistsances")))	12.329
	<b>#4 Search:</b> (1# AND 2# AND 3)	1
SCIELO	<b>#1 Search:</b> (All indexes (Infant, Premature) OR (Infants, Premature) OR (Premature Infant) OR (Preterm Infants) OR (Infant, Preterm) OR (Infants, Preterm) OR (Preterm Infant) OR (Premature Infants) OR (Neonatal Prematurity) OR (Prematurity, Neonatal))	1.428
	<b>#2 Search:</b> (All indexes (Continuity of Patient Care) OR (Care Continuity, Patient) OR (Patient Care Continuity) OR (Continuum of Care) OR (Care Continuum) OR (Continuity of Care) OR (Care Continuity))	886
	<b>#3 Search:</b> (All indexes (Family Support) OR (Family Supports) OR (Support, Family) OR (Family Encouragement) OR ("Encouragement, Family") OR (Family Encouragements) OR (Family Assistance) OR (Assistance, Family) OR (Family Assistsances))	4.915
	<b>#4:</b> (#1 AND #2 AND #3 AND)	3

**Fonte:** Autora, 2024.