


**CENÁRIO DE SAÚDE SOBRE CUIDADOS COM NEONATOS APÓS INTERNAÇÃO
HOSPITALAR**

**HEALTH SCENARIO REGARDING CARE FOR NEONATES AFTER HOSPITAL
ADMISSION**

**ESCENARIO DE SALUD SOBRE LOS CUIDADOS DE NEONATOS DESPUÉS DE LA
HOSPITALIZACIÓN**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n12-330>

Data de submissão: 29/11/2025

Data de publicação: 29/12/2025

Melissa Santana Medeiros

Graduanda em Enfermagem

Instituição: Universidade de Pernambuco (UPE)

E-mail: melissa.medeiros@upe.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3805-6870>

Lattes: 5044511156808093

Maria Clara Crescêncio Batista

Graduanda em Enfermagem

Instituição: Universidade de Pernambuco (UPE)

E-mail: clara.crescencio@upe.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4708-6916>

Lattes: 1008116070018582

Sandra Trindade Low

Doutora em Patologia

Instituição: Universidade Estadual Paulista (UNESP)

E-mail: sandra.low@upe.br

Orcid: orcid.org/0000-0001-7532-9888.

Lattes: lattes.cnpq.br/4994902727925919

Maria Benita Alves da Silva Spinelli

Mestre em Saúde Materno Infantil

Instituição: IMIP

E-mail: benita.spinelli@upe.br

Orcid: orcid.org/0000-0003-4052-7950

Lattes: lattes.cnpq.br/1436244342575248

Maria Joana Pereira Neta

Mestre em Hebiatria

Instituição: Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP/UPE)

E-mail: joanapneta@hotmail.com

Orcid: orcid.org/0000-0001-7545-2966

Lattes: lattes.cnpq.br/7309956789149942

Lêda Maria de Lima Cantarutti

Especialista em Formação Pedagógica
Instituição: Universidade de Pernambuco
E-mail: leda.cantarutti@upe.br
Orcid: orcid.org/0000-0002-3562-0475
Lattes: 9698206468810737

Lucilene Rafael Aguiar

Doutora em Ciências da Saúde
Instituição: Universidade de Pernambuco
E-mail: lucilene.rafael@upe.br
Orcid: orcid.org/0000-0003-4286-0378
Lattes: lattes.cnpq.br/0246796961021719

Maria Aparecida Beserra

Doutora em Ciências da Saúde
Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP)
E-mail: aparecida.beserra@upe.br
Orcid: orcid.org/0000-0002-5315-5589
Lattes: lattes.cnpq.br/4220630881662396

RESUMO

Considerando que o período neonatal representa uma fase de elevada vulnerabilidade à saúde infantil, marcada por riscos biológicos, ambientais e sociais, a continuidade do cuidado após a alta hospitalar configura-se como um desafio para famílias e serviços de saúde. Objetiva-se conhecer a continuidade do cuidado e o acompanhamento de neonatos após a hospitalização. Para tanto, procede-se a um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa, realizado em ambulatório de referência no município de Recife/PE, com a participação de 11 responsáveis por neonatos previamente internados por período superior a 24 horas e em seguimento ambulatorial. A coleta de dados ocorreu por meio de questionário estruturado, contemplando informações sociodemográficas, dados clínicos e aspectos do cenário pós-alta, sendo os dados analisados por estatística descritiva. Desse modo, observou-se que a mediana de idade ao internamento foi de 17 dias, com tempo médio de internação de 10 dias, sendo as principais causas de hospitalização infecções e icterícia. Identificou-se que apenas 45,5% das famílias saíram da consulta com retorno agendado e que 81,8% necessitaram de atendimentos não programados. As dificuldades relatadas envolveram insegurança no cuidado, sobrecarga emocional e barreiras socioeconômicas, enquanto as soluções apontadas incluíram agendamento prévio das consultas, orientações mais claras e utilização sistemática da Caderneta da Criança. Conclui-se que a continuidade do cuidado neonatal pós-alta apresenta fragilidades clínicas e sociais, reforçando a necessidade de acompanhamento profissional supervisionado.

Palavras-chave: Neonato. Alta Hospitalar. Puericultura. Planejamento da Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

Considering that the neonatal period represents a phase of high vulnerability to infant health, marked by biological, environmental, and social risks, the continuity of care after hospital discharge is a challenge for families and health services. This study aims to understand the continuity of care and follow-up of newborns after hospitalization. To this end, a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach was conducted in a referral outpatient clinic in the city of Recife/PE, with the

participation of 11 caregivers of newborns previously hospitalized for more than 24 hours and under outpatient follow-up. Data collection was carried out using a structured questionnaire, including sociodemographic information, clinical data, and aspects of the post-discharge scenario, with the data analyzed using descriptive statistics. Thus, it was observed that the median age at admission was 17 days, with an average length of stay of 10 days, the main causes of hospitalization being infections and jaundice. It was identified that only 45.5% of families left the consultation with a scheduled follow-up appointment, and that 81.8% required unscheduled care. The difficulties reported involved insecurity in care, emotional overload, and socioeconomic barriers, while the solutions suggested included prior scheduling of consultations, clearer guidelines, and systematic use of the Child's Health Record. It is concluded that the continuity of neonatal care after discharge presents clinical and social weaknesses, reinforcing the need for supervised professional follow-up.

Keywords: Neonate. Hospital Discharge. Childcare. Nursing Care Planning.

RESUMEN

Considerando que el período neonatal representa una fase de alta vulnerabilidad para la salud infantil, marcada por riesgos biológicos, ambientales y sociales, la continuidad de la atención tras el alta hospitalaria representa un desafío para las familias y los servicios de salud. Este estudio busca comprender la continuidad de la atención y el seguimiento de los recién nacidos tras la hospitalización. Para ello, se realizó un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo en una clínica ambulatoria de referencia de la ciudad de Recife/Perú, con la participación de 11 cuidadores de recién nacidos hospitalizados previamente durante más de 24 horas y en seguimiento ambulatorio. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario estructurado que incluyó información sociodemográfica, datos clínicos y aspectos del contexto posterior al alta, y se analizaron mediante estadística descriptiva. Así, se observó que la mediana de edad al ingreso fue de 17 días, con una estancia media de 10 días, siendo las principales causas de hospitalización las infecciones y la ictericia. Se identificó que solo el 45,5% de las familias abandonaron la consulta con una cita de seguimiento programada, y que el 81,8% requirió atención no programada. Las dificultades reportadas incluyeron inseguridad en la atención, sobrecarga emocional y barreras socioeconómicas, mientras que las soluciones sugeridas incluyeron la programación previa de las consultas, directrices más claras y el uso sistemático de la Historia Clínica Infantil. Se concluye que la continuidad de la atención neonatal tras el alta presenta deficiencias clínicas y sociales, lo que refuerza la necesidad de un seguimiento profesional supervisado.

Palabras clave: Neonato. Alta Hospitalaria. Cuidado Infantil. Planificación de la Atención de Enfermería.

1 INTRODUÇÃO

O período neonatal, que compreende os primeiros 28 dias pós-parto, é uma fase considerada de vulnerabilidade à saúde infantil por riscos biológicos, ambientais, sociais e culturais. Isso requer cuidados adequados, uma maior vigilância e acompanhamento por parte do profissional de saúde, a fim de garantir um melhor crescimento e desenvolvimento da criança. Esse período é também responsável por 60% a 70% dos óbitos infantis nas últimas décadas, ocorrendo principalmente até o 6º dia de vida, sendo o indicador fundamental de qualidade da atenção ao recém-nascido (Pinheiro *et al.*, 2016).

O cuidado com a saúde do recém-nascido (RN) tem importância fundamental para a redução da mortalidade infantil, ainda elevada no Brasil, assim como a promoção de melhor qualidade de vida e a diminuição das desigualdades em saúde. No período neonatal, momento de grande vulnerabilidade na vida, onde concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais, com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, direitos reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

É na primeira semana de vida, em especial no primeiro dia de vida (representando 25%), que se concentram as mortes infantis no País. As ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dirigidas à gestante e ao RN têm grande importância, pois influenciam a condição de saúde dos indivíduos, desde o período neonatal até a vida adulta. Cada vez mais, vem sendo salientada a relação determinante entre a vida intrauterina, as condições de saúde no nascimento e no período neonatal e os problemas crônico-degenerativos na vida adulta, como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, saúde mental, entre outros (Ministério da Saúde, 2014).

A literatura destaca a importância das orientações para a preparação dos familiares do recém-nascido, fornecidas pelos profissionais de saúde, durante a alta hospitalar de uma unidade de terapia intensiva ou unidade neonatal (Conceição, 2023). A intersetorialidade, o conhecimento técnico científico dos profissionais para cuidar dos egressos de UTIN, políticas públicas, pesquisas multicêntricas, bem como a construção de vínculo entre profissionais dos serviços de saúde e famílias, são estratégias importantes para a construção da assistência aos neonatos e suas famílias, após a alta hospitalar (Braga *et al.*, 2012).

Estudos têm revelado que já existem iniciativas e práticas inovadoras que têm sinalizado para uma reconfiguração da assistência neonatal, dentre estas citamos: a implantação de estratégias que possibilitam a participação da família no cotidiano da atenção, pelo reconhecimento de que esta deve ser protagonista no cuidado neonatal e a ela deverá ser assegurada a possibilidade de constituição de vínculo e apego com o recém-nascido; práticas dialógicas de cuidado que possibilitam a ampliação

de saberes, reconhecimento de práticas e a efetiva participação dos sujeitos envolvidos no cotidiano do cuidado; as iniciativas de cuidados centrados nas demandas e necessidades dos recém-nascidos e suas famílias, entendendo que além da recuperação biológica do recém-nascido existem demandas psicossociais que perpassam e determinam o cotidiano da vida (Duarte; Sena; Xavier, 2011).

Diante desse contexto, justifica-se a realização do presente estudo, uma vez que a transição do recém-nascido do ambiente hospitalar para o domicílio representa um momento crítico, no qual se concentram riscos e vulnerabilidades que podem comprometer a continuidade do cuidado. Apesar de avanços nas políticas públicas voltadas à saúde neonatal, persistem lacunas relacionadas à comunicação entre os serviços, ao preparo das famílias no momento da alta e à articulação com a atenção básica. Conhecer o cenário de saúde dos neonatos após a internação hospitalar, torna-se essencial para contribuir nas práticas profissionais mais qualificadas, fortalecer a educação em saúde e reduzir complicações e reinternações evitáveis. Desse modo, a pergunta norteadora deste estudo é: “Quais são as condições e desafios enfrentados pelas famílias no cuidado com neonatos após a internação hospitalar, considerando aspectos clínicos e sociais?”.

Sob essa perspectiva, o objetivo principal deste estudo é conhecer a continuidade do cuidado e do acompanhamento de neonatos após a hospitalização.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal e abordagem quantitativa que busca conhecer o cenário de saúde de neonatos pós-alta hospitalar e analisar seus fatores. O estudo quantitativo-descritivo apresenta-se através de pesquisa de base empírica que tem como objetivo apresentar e/ou interpretar ocorrências ou fenômenos, avaliar programas ou analisar peças ou variáveis principais, com técnicas padronizadas de coleta de dados (Marconi; Lakatos, 2011).

A pesquisa foi conduzida no setor ambulatorial de referência em atendimentos de saúde da criança e da mulher de uma Maternidade de referência localizada na região Metropolitana do Recife - PE. A população-alvo do estudo compreendeu responsáveis legais de neonatos que possuíam histórico de internação hospitalar por período superior a 24 horas e que se encontravam em acompanhamento ambulatorial no serviço de referência. Foram incluídos aqueles que aceitaram participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que estavam presentes no momento da consulta de seguimento do neonato.

A amostra foi definida por conveniência, em função da disponibilidade dos participantes e da viabilidade prática de coleta no fluxo do serviço. Embora tenham sido abordadas mais de 100 famílias durante o período de coleta, apenas 11 atenderam plenamente aos critérios de inclusão e compuseram

a amostra final do estudo. Essa diferença ocorreu devido à especificidade do tema, ao perfil clínico requerido (internação neonatal prévia) e a limitações logísticas do processo de campo.

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um questionário estruturado, elaborado a partir dos objetivos da pesquisa e da revisão da literatura. O questionário foi composto por três blocos:

1. Perfil sociodemográfico da família (sexo/gênero do cuidador, idade, renda, classe econômica, estado civil, grau de instrução, convívio domiciliar com o neonato, entre outros);
2. Dados clínicos do neonato (comorbidades, diagnósticos e agravos, terapêutica empregada, tempo e idade de internação, número de consultas realizadas);
3. Cenário de pós-alta hospitalar (recordatório do cuidado, orientações recebidas, uso da Caderneta da Criança, acompanhamento ambulatorial, dificuldades e estratégias familiares).

Os dados obtidos foram organizados em planilha eletrônica e analisados por meio de estatística descritiva, com frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e análise exploratória de correlações entre variáveis. A natureza exploratória e o tamanho amostral reduzido impossibilitaram a realização de testes inferenciais, de modo que os resultados foram apresentados de forma descritiva e interpretativa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram abordadas presencialmente 100 famílias durante o período de coleta no ambulatório do CISAM/UPE. Contudo, apenas 11 preencheram integralmente os critérios de inclusão, isto é, neonatos que haviam sido internados previamente e se encontravam em acompanhamento ambulatorial no serviço, e aceitaram responder ao questionário em local reservado. Esse contraste entre famílias abordadas e incluídas evidencia as dificuldades inerentes à coleta de dados em um tema tão específico e em um cenário de atendimento em fluxo contínuo.

O perfil sociodemográfico dos participantes revelou cuidadores principais residentes com o neonato, mães (100,00%), com tempo diário elevado (Mais de 12h) dedicado ao cuidado. Observou-se diversidade em relação à escolaridade, situação conjugal e renda familiar, sendo que parte das famílias fazia uso de benefícios sociais. Esses achados sugerem que a sobrecarga do cuidado é um fator relevante, e que a rede de suporte disponível varia conforme o contexto de cada família.

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográficos dos responsáveis pelos neonatos acompanhados no estudo, evidenciando aspectos relevantes do contexto social e econômico das famílias. Observa-se que a maioria dos participantes (72,7%) relatou participação no Programa Bolsa Família, o que indica a presença significativa de famílias em situação de vulnerabilidade

socioeconômica. Esse achado reforça a influência dos determinantes sociais da saúde no cuidado neonatal, uma vez que condições financeiras limitadas podem impactar o acesso a recursos, transporte e continuidade do acompanhamento em saúde.

Quanto ao estado civil, verificou-se distribuição equilibrada entre responsáveis casados (as) e solteiros (as), ambos correspondendo a 45,5% da amostra, enquanto a união estável foi menos frequente (9,1%). Esse resultado sugere diversidade nas configurações familiares, podendo refletir diferentes níveis de suporte social disponível para o cuidado do neonato, aspecto que pode interferir na sobrecarga do cuidador principal e na organização do cuidado domiciliar.

No que se refere à escolaridade, a maioria dos responsáveis (63,6%) apresentou 13 anos ou mais de estudo, enquanto 36,4% possuíam até 12 anos de escolaridade. A ausência de participantes com até quatro anos de estudo indica um nível educacional relativamente elevado na amostra. Todavia, mesmo diante de maior escolaridade, persistem dificuldades relacionadas à continuidade do cuidado, o que aponta que barreiras no acompanhamento pós-alta não se restringem apenas ao nível de instrução, mas também à organização dos serviços de saúde e à clareza das orientações fornecidas pelos profissionais.

Em relação à renda familiar, observou-se que 36,4% dos responsáveis não possuíam renda fixa e 27,3% viviam com menos de um salário mínimo, totalizando 63,7% das famílias em condição econômica desfavorável. Apenas 36,4% relataram renda igual ou superior a um salário mínimo. Esses dados evidenciam um cenário de instabilidade financeira, que pode potencializar dificuldades no cuidado contínuo do neonato, especialmente no que se refere ao deslocamento para consultas, aquisição de insumos e manutenção do seguimento ambulatorial.

Quanto à inserção no mercado de trabalho, a maioria dos responsáveis (72,7%) não exercia profissão ou ocupação no momento da coleta, o que pode estar relacionado à dedicação integral ao cuidado do neonato ou às limitações impostas pelo contexto socioeconômico. Embora a disponibilidade de tempo possa favorecer o cuidado direto, a ausência de atividade laboral pode intensificar a dependência de benefícios sociais e ampliar a vulnerabilidade financeira das famílias.

Tabela 1 – Distribuição de dados sintetizados das características sociodemográficas dos responsáveis pelos neonatos (n = 11)

Variáveis	n	%
Participação no Programa Bolsa Família		
Sim	8	72,7
Não	3	27,3
Estado civil do adulto responsável		
Casado(a)	5	45,5
Solteiro(a)	5	45,5
União estável	1	9,1
Número de anos de estudo		
≤ 4 anos	0	0,0
5 a 9 anos	3	27,3
10 a 12 anos	1	9,1
≥ 13 anos	7	63,6
Renda familiar		
Sem renda fixa	4	36,4
Menos de 1 salário mínimo	3	27,3
1 salário mínimo	2	18,2
2 ou mais salários mínimos	2	18,2
Exerce profissão/ocupação		
Sim	3	27,3
Não	8	72,7

Fonte: Autoria própria, 2025.

Em conjunto, os dados sociodemográficos revelam que os responsáveis pelos neonatos vivem, majoritariamente, em contextos de vulnerabilidade social, caracterizados por baixa renda, dependência de programas sociais e instabilidade ocupacional, ainda que com níveis relativamente elevados de escolaridade. Esse cenário reforça a necessidade de estratégias de cuidado pós-alta que considerem não apenas os aspectos clínicos do neonato, mas também as condições sociais das famílias, fortalecendo a articulação entre os serviços de saúde e a rede de apoio social, a fim de promover cuidado integral e reduzir riscos de descontinuidade assistencial.

A **Tabela 2** descreve a caracterização clínica e assistencial dos neonatos após a internação hospitalar, evidenciando um perfil marcado por vulnerabilidade clínica e por fragilidades na organização do seguimento em saúde. Observa-se que a maior proporção dos neonatos encontrava-se na faixa etária de 22 a 28 dias de vida (36,4%), seguida daqueles com até 7 dias (27,3%), o que indica que parte significativa das internações ocorreu ainda no período neonatal tardio, fase igualmente sensível para intercorrências clínicas e demanda por acompanhamento contínuo.

Em relação às causas de internação, identificou-se ampla diversidade de diagnósticos, abrangendo tanto condições clínicas agudas quanto agravos que exigem acompanhamento especializado. Destacaram-se doenças das vias aéreas inferiores e hérnia inguinal (ambas com 18,2%), além de outras causas distribuídas de forma homogênea, como infecções, icterícia, doenças preveníveis por imunização, alterações gastrointestinais e malformações. Essa heterogeneidade de causas reforça a complexidade clínica dos neonatos acompanhados e evidencia a necessidade de estratégias individualizadas de cuidado após a alta hospitalar. Ademais, a possibilidade de mais de uma causa por neonato sinaliza trajetórias de adoecimento multifatoriais, que ampliam o risco de reinternações e exigem vigilância contínua.

Quanto ao tipo de nascimento, a maioria dos neonatos nasceu a termo (81,8%), enquanto 18,2% eram pré-termo. Embora a prematuridade seja reconhecida como fator de risco para morbimortalidade neonatal, os dados indicam que mesmo neonatos a termo apresentaram condições clínicas que demandaram internação, evidenciando que a vulnerabilidade neonatal não se restringe à idade gestacional, mas envolve múltiplos determinantes clínicos e contextuais.

No que se refere ao acompanhamento em saúde após a alta, verificou-se elevada frequência de atendimentos, sendo que 63,6% dos neonatos já haviam realizado mais de seis consultas de Saúde da Criança. Esse achado pode refletir tanto a necessidade de monitoramento intensivo, em virtude das condições clínicas apresentadas, quanto possíveis falhas na resolutividade das consultas, levando à repetição de atendimentos. Observou-se ainda que mais da metade dos neonatos (54,5%) não saiu da consulta com a próxima consulta previamente agendada, o que evidencia fragilidades na organização do seguimento ambulatorial e na articulação da rede de cuidados.

De forma complementar, destaca-se a elevada proporção de neonatos que necessitaram de atendimentos não programados em serviços de urgência e emergência (81,8%). Esse resultado sugere que a ausência de planejamento estruturado do cuidado pós-alta, associada à complexidade clínica dos casos, pode contribuir para o uso recorrente de serviços de maior complexidade, muitas vezes para situações que poderiam ser acompanhadas no âmbito da atenção básica ou ambulatorial.

Tabela 2 – Distribuição de dados sintetizados das características clínicas e assistenciais dos neonatos após internação hospitalar (n = 11)

Variáveis	n	%
Idade do neonato		
0–7 dias	3	27,3
8–14 dias	2	18,2
15–21 dias	2	18,2
22–28 dias	4	36,4
Causa do internamento*		
Doenças preveníveis por imunização/condições sensíveis	1	9,1
Gastroenterites infecciosas e complicações	1	9,1
Pneumonias bacterianas	1	9,1
Asma	1	9,1
Doenças das vias aéreas inferiores	2	18,2
Diversidade funcional	1	9,1
Acidentes	1	9,1
Hérnia inguinal	2	18,2
Estenose uretral	1	9,1
Icterícia	1	9,1
Constipação congênita	1	9,1
Hipertrofia das adenoides	1	9,1
Tipo de nascimento		
À termo	9	81,8
Pré-termo	2	18,2
Número de atendimentos de Saúde da Criança		
Um	1	9,1
Dois	1	9,1
Quatro	1	9,1
Cinco	1	9,1
Mais de seis	7	63,6
Sai da consulta com retorno agendado		
Sim	5	45,5

Não	6	54,5
Atendimento de emergência não programado		
Sim	9	81,8
Não	2	18,2

*Possibilidade de mais de uma causa por neonato.

Fonte: Autoria própria, 2025.

Em síntese, os dados evidenciam que os neonatos acompanhados apresentam perfil clínico heterogêneo e elevada demanda por serviços de saúde após a alta hospitalar. A alta frequência de atendimentos não programados, associada à ausência de agendamento prévio de consultas, aponta para fragilidades na continuidade do cuidado, reforçando a necessidade de fortalecimento do planejamento da alta, da contrarreferência e da articulação entre os diferentes níveis de atenção, a fim de reduzir reinternações evitáveis e promover cuidado neonatal integral.

A **Tabela 3** apresenta os dados referentes às orientações fornecidas pelos profissionais de saúde e ao uso da Caderneta da Criança no acompanhamento pós-alta dos neonatos, evidenciando avanços, mas também importantes lacunas na comunicação e na padronização do cuidado. Observa-se que, na maioria dos atendimentos, os profissionais solicitaram a Caderneta da Criança (81,8%), o que indica reconhecimento desse instrumento como ferramenta relevante para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Contudo, a solicitação isolada não garante sua utilização efetiva, aspecto que se reflete nos resultados subsequentes.

Quanto ao preenchimento da Caderneta, pouco mais da metade dos responsáveis (54,5%) relatou que as informações são registradas de forma sistemática, enquanto 27,3% referiram preenchimento apenas ocasional e 18,2% afirmaram que não ocorre registro durante as consultas. Esses dados revelam inconsistência na utilização do instrumento, sugerindo fragilidades na continuidade do registro das informações e na padronização das práticas profissionais, o que pode comprometer o acompanhamento longitudinal da criança.

No que se refere às orientações sobre alimentação saudável e aleitamento materno exclusivo até os seis meses, verificou-se que a maioria dos responsáveis (72,7%) relatou receber essas orientações de forma contínua, enquanto uma parcela menor informou recebê-las apenas eventualmente (18,2%) ou não recebê-las (9,1%). Embora esse achado indique avanço na abordagem de um eixo central do cuidado neonatal, a ausência ou irregularidade dessas orientações em parte dos atendimentos pode impactar negativamente práticas fundamentais para a saúde e o desenvolvimento do neonato.

Em relação às orientações sobre a curva de crescimento, os resultados apontam para um cenário mais preocupante. Quase metade dos responsáveis relatou não receber explicações sobre o significado do posicionamento da criança na curva (45,5%), bem como sobre o reconhecimento de sinais de risco associados ao crescimento (45,5%). Apenas 45,5% afirmaram receber essas explicações de forma sistemática, o que evidencia uma lacuna importante na educação em saúde. Considerando que a interpretação da curva de crescimento é um instrumento essencial para o monitoramento do desenvolvimento infantil e para a identificação precoce de agravos, a ausência dessas orientações pode contribuir para insegurança dos cuidadores e atraso na busca por assistência adequada.

No que diz respeito às orientações sobre o calendário vacinal, observou-se que 54,5% dos responsáveis relataram que os profissionais chamam atenção de forma contínua para a data da próxima vacina, enquanto 27,3% referiram que isso ocorre apenas ocasionalmente e 18,2% relataram ausência dessa orientação. Embora a maioria receba informações sobre vacinação, a irregularidade observada pode comprometer a adesão ao calendário vacinal e expor os neonatos a riscos evitáveis.

Tabela 3 – Distribuição de dados sintetizados das orientações e uso da Caderneta da Criança no acompanhamento pós-alta (n = 11)

Variáveis	n	%
Solicitação da Caderneta da Criança		
Sim	9	81,8
Não	2	18,2
Preenchimento da Caderneta		
Não	2	18,2
Sim, às vezes	3	27,3
Sim, sempre	6	54,5
Orientações sobre aleitamento materno e alimentação saudável		
Não	1	9,1
Sim, às vezes	2	18,2
Sim, sempre	8	72,7
Explicação do posicionamento na curva de crescimento		
Não	5	45,5
Sim, às vezes	1	9,1
Sim, sempre	5	45,5

Explicação sobre reconhecimento de sinais de risco

Não	5	45,5
Sim, às vezes	1	9,1
Sim, sempre	5	45,5

Orientação sobre data da próxima vacina

Não	2	18,2
Sim, às vezes	3	27,3
Sim, sempre	6	54,5

Fonte: Autoria própria, 2025.

De forma geral, os dados indicam que, apesar do reconhecimento da Caderneta da Criança como instrumento de acompanhamento, sua utilização ainda ocorre de maneira heterogênea e pouco sistematizada. As lacunas nas orientações, especialmente relacionadas à curva de crescimento e aos sinais de risco, evidenciam a necessidade de fortalecer práticas educativas, padronizar condutas profissionais e valorizar a Caderneta da Criança como ferramenta central para a promoção do cuidado integral e seguro no período pós-alta neonatal.

As orientações fornecidas pelo hospital às famílias após a alta abrangeram temas centrais para o cuidado neonatal domiciliar, como identificação de sinais de alarme, práticas seguras de sono, alimentação adequada e cumprimento do calendário vacinal. Em menor proporção, surgiram orientações sobre rede de apoio e fluxos para procura de ajuda em situações de intercorrência. Contudo, a necessidade de retornos não programados indica que tais orientações, embora pertinentes, ainda carecem de maior clareza e uniformidade.

Do ponto de vista das vivências familiares, quase metade dos cuidadores relatou dificuldades de adaptação ao período pós-alta (45,5%). O suporte social, quando presente, mostrou-se um recurso protetor, porém foi descrito de maneira heterogênea e, em alguns casos, insuficiente. Entre as estratégias de enfrentamento relatadas estiveram a busca ativa de informações junto ao serviço, o uso da Caderneta como guia, o apoio familiar e o retorno precoce diante de dúvidas.

Ainda que a dimensão amostral limite inferências, algumas associações descritivas foram observadas. Famílias que não saíam com a próxima consulta agendada apresentaram maior necessidade de atendimentos não programados, sugerindo que a organização prévia do segmento pode reduzir passagens por urgência. De forma semelhante, a presença de suporte social pareceu suavizar as dificuldades de adaptação, embora os dados não permitam confirmação estatística.

Entre as principais dificuldades relatadas, destacaram-se: medo de complicações clínicas pela fragilidade do bebê, insegurança diante de sinais de risco pouco compreendidos, sobrecarga emocional e física do cuidador principal, dificuldade de acesso a transporte e recursos financeiros para manter o seguimento, além de barreiras na comunicação com os serviços de saúde, especialmente na marcação de consultas e na clareza das orientações recebidas.

Quando questionadas sobre o que poderia auxiliar na superação desses desafios, as famílias sugeriram como soluções mais desejadas: agendamento imediato da próxima consulta já na saída do atendimento, orientações mais detalhadas e em linguagem acessível, maior apoio social e psicológico no período pós-alta, melhor utilização da Caderneta da Criança como instrumento de acompanhamento, e políticas públicas que ampliem o suporte material (como transporte, benefícios e recursos de saúde próximos ao domicílio).

Em síntese, os resultados revelam um cenário no qual a continuidade do cuidado ao neonato após a alta hospitalar encontra-se fragilizada. A ausência de agendamento estruturado, a variabilidade nas orientações fornecidas e a necessidade frequente de atendimentos adicionais apontam para a importância de estratégias que promovam padronização de condutas, fortalecimento da educação em saúde e valorização da Caderneta da Criança como instrumento central de acompanhamento.

Os resultados deste estudo evidenciam que, embora o cuidado hospitalar aos neonatos seja determinante para sua estabilização clínica, a transição para o domicílio permanece marcada por fragilidades, especialmente no que se refere à continuidade do cuidado e à segurança familiar no manejo pós-alta. A amostra estudada demonstrou que menos da metade das famílias saiu da consulta ambulatorial com a próxima data já agendada, e a maioria necessitou de atendimentos não programados, revelando que a ausência de planejamento e de contra referência efetiva ainda compromete a integralidade do cuidado.

Esse cenário converge com os achados de Vieira e Whitaker (2016), que identificaram que a percepção do cuidado à saúde das crianças no pós-alta está diretamente associada à qualidade das informações recebidas e à clareza do diálogo estabelecido entre equipe e família. Para as autoras, a falta de comunicação adequada no momento da alta gera insegurança, aumenta a sobrecarga familiar e eleva o risco de reinternações evitáveis. No presente estudo, a insegurança diante de sinais de risco e o medo de complicações foram algumas das principais dificuldades relatadas pelas famílias, confirmando a relevância desse aspecto.

Silva e Ramos (2011) também destacam que um dos principais limites do processo de alta hospitalar reside justamente na ausência de articulação entre o hospital e a atenção básica. Segundo as autoras, quando não há contra referência efetiva, a continuidade do cuidado fica comprometida e

as famílias tendem a recorrer a serviços de urgência e emergência para resolver problemas que poderiam ter sido acompanhados na rede de atenção primária. Esse achado dialoga diretamente com a elevada proporção de famílias que, na presente pesquisa, buscaram atendimentos adicionais fora do agendamento programado.

Outro ponto fundamental refere-se à padronização e clareza das orientações oferecidas. Embora temas como alimentação, amamentação, sinais de risco e calendário vacinal tenham sido abordados, os relatos das famílias demonstram que a forma como essas orientações são transmitidas nem sempre é acessível ou uniforme. Paranhos, Pina e Mello (2011) ressaltam que estratégias como a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) foram desenvolvidas justamente para suprir essas lacunas, ao integrar as condições mais comuns da infância e capacitar tanto profissionais quanto familiares a identificar sinais de alarme e adotar condutas adequadas. Nesse sentido, a ausência de padronização observada em nosso estudo reforça a necessidade de fortalecer ferramentas como a AIDPI e a Caderneta da Criança.

Além disso, o presente estudo revelou desafios de ordem social e emocional, como a sobrecarga do cuidador principal, as dificuldades financeiras e o acesso limitado a transporte, fatores que ampliam as vulnerabilidades enfrentadas pelas famílias. Essas questões encontram respaldo na literatura, que reconhece que o cuidado domiciliar pós-alta é influenciado não apenas por fatores clínicos, mas também por determinantes sociais de saúde. Para Silva e Ramos (2011), a potencialidade de fortalecimento da Estratégia Saúde da Família reside justamente em acolher essas demandas no território, promovendo suporte contínuo e integral.

Interessante notar que as soluções apontadas pelas famílias neste estudo, como agendamento imediato da próxima consulta, orientações mais claras e em linguagem acessível, maior apoio social e psicológico e fortalecimento do uso da Caderneta da Criança, coincidem com as recomendações da literatura analisada. Vieira e Whitaker (2016) enfatizam a necessidade de ampliar o diálogo entre equipe e cuidadores, enquanto Paranhos, Pina e Mello (2011) ressaltam a importância de protocolos integrados que assegurem a continuidade do cuidado e evitem outras internações.

Dessa forma, os achados da presente pesquisa, embora baseados em amostra reduzida, reafirmam que a continuidade do cuidado ao neonato pós-alta depende de três pilares centrais: (1) planejamento estruturado da alta, com agendamento prévio de consultas; (2) orientações claras, acessíveis e padronizadas, que garantam autonomia às famílias no cuidado domiciliar; e (3) articulação entre hospital e atenção básica, assegurando que os cuidadores tenham suporte no território, reduzindo o uso desnecessário de serviços de urgência.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu compreender que o cuidado ao neonato após a alta hospitalar ainda se configura como um desafio, permeado por vulnerabilidades clínicas e sociais que exigem atenção contínua dos serviços de saúde. Embora os avanços no atendimento neonatal tenham contribuído para a redução da mortalidade infantil, os resultados revelaram que persistem lacunas no processo de transição do hospital para o domicílio, especialmente quanto à padronização das orientações, ao planejamento do seguimento ambulatorial e ao suporte social às famílias.

As dificuldades relatadas pelos responsáveis, como insegurança diante dos sinais de risco, sobrecarga emocional e barreiras de acesso, reforçam a necessidade de estratégias que ampliem a comunicação entre equipe de saúde e família, promovam a educação em saúde em linguagem acessível e assegurem a continuidade do cuidado em diferentes níveis de atenção. Nesse sentido, destaca-se a importância do fortalecimento da atenção básica, da utilização sistemática da Caderneta da Criança como instrumento de registro e orientação e da articulação intersetorial para garantir apoio social às famílias.

Assim, os achados deste estudo oferecem subsídios relevantes para gestores, profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas, apontando caminhos para o aprimoramento das práticas de cuidado neonatal no pós-alta hospitalar. Por fim, este trabalho cumpre seu papel ao revelar pontos críticos do cuidado ao recém-nascido após a internação e ao propor reflexões que podem orientar estudos futuros de maior abrangência. Reforça-se, portanto, que a continuidade do cuidado neonatal não se restringe ao ambiente hospitalar, mas depende de uma rede articulada, acolhedora e preparada para apoiar a família em sua função de protagonista no cuidado à criança.

REFERÊNCIAS

ATENÇÃO à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em: 17 de janeiro de 2025.

BRAGA, Patrícia Pinto; SENA, Roseni Rosângela de. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 975-980, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000600023>. Acesso em: 17 de janeiro de 2025.

BUSATTO, E.; DIAZ, C. M. G.; TEIXEIRA, D. A.; OLIVEIRA, P. P. de; BENEDETTI, F. J.; COSTENARO, R. G. S. Cuidados com o recém-nascido após alta hospitalar: orientações aos pais. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12541>. Acesso em: 25 de outubro de 2024.

CONCEIÇÃO, Thaís Emanuele. Dúvidas maternas no cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro: uma revisão integrativa. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/PdK9JYqSg3vqfwFFHbm5zWB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 de setembro de 2024.

CUNHA, A. et al. SciELO Books. [S.l.]: SciELO, [s.d.]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/v3d7g/pdf/cunha-9788575416044.pdf>. Acesso em: 02 de março de 2025.

GUIMARÃES, T. M. R.; ALVES, J. G. B.; TAVARES, M. M. F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 868–876, abr. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DQpJyZpDXryVvrwhsgpbM9N/>. Acesso em: 02 de março de 2025.

NEVES, A. C. D. O. J.; CASTRO, E. A. B. de; COSTA, S. R. D. da. Necessidades de cuidados domiciliares de enfermagem após a alta hospitalar no contexto do SUS. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 21, n. 4, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v21i4.47708>. Acesso em: 16 de março de 2025.

PARANHOS, V. D.; PINA, J. C.; MELLO, D. F. de. Integrated management of childhood illness with the focus on caregivers: an integrative literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 203–211, fev. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/cGQRsG7nGTnYvDFv3nrnkhd/?lang=pt>. Acesso em: 16 de março de 2025.

PINHEIRO, Josilene Maria Ferreira et al. Atenção à criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade neonatal no Rio Grande do Norte, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 243–252, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.09912014>. Acesso em: 22 de setembro de 2025.

SANTOS, P. M. dos et al. Nursing care through the perception of hospitalized children. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 69, n. 4, p. 646–653, ago. 2016.

SILVA, R. V. G. de O.; RAMOS, F. R. S. Processo de alta hospitalar da criança: percepções de enfermeiros acerca dos limites e das potencialidades de sua prática para a atenção integral. Texto & Contexto – Enfermagem, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 247–254, jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/zyRT6CFCJ3ftbQz5TrsFqMH/?lang=pt>. Acesso em: 22 de setembro de 2025.

VIEIRA, Sonia. Bioestatística: tópicos avançados. 3. ed. São Paulo: GEN Atlas, 2010.

VIEIRA, M. M.; WHITAKER, M. C. O. O cuidado à criança após a alta hospitalar. Revista Brasileira de Saúde Funcional, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 26, dez. 2016. Disponível em: <https://adventista.emnuvens.com.br/RBSF/article/view/720>. Acesso em: 23 de julho de 2025.

VISTA do planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. Revista de Enfermagem da UFPE On Line, Recife, [s.d.]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/12387/15148>. Acesso em: 07 de agosto de 2025.