



COLEÇÃO
ESTUDOS
CARIOCAS

Volume
14
Edição
2

*Autor(a) correspondente
mauraccrodrigues@gmail.com

Submetido em 23 mai 2026

Aceito em 20 jun 2026

Publicado em 12 jul 2026

Como Citar?

RODRIGUES, M. C. C. et al.
Seguimento ambulatorial
interdisciplinar de
recém-nascidos de alto
risco: relato de experiência
de uma década de um
projeto extensionista em
hospital universitário da
Região Metropolitana do Rio
de Janeiro. **Coleção
Estudos Cariocas**, v. 14, n.
2, 2026.

DOI: 10.71256/19847203.14.2.234.2026

O artigo foi originalmente
submetido em
PORTUGUÊS.

As traduções para
outros idiomas foram
revisadas e validadas
pelos autores e pela
equipe editorial. No
entanto, para a
representação mais
precisa do tema abordado,
recomenda-se que os
leitores consultem o artigo
em seu idioma original.

OPEN ACCESS



Seguimento ambulatorial interdisciplinar de recém-nascidos de alto risco: relato de experiência de uma década de um projeto extensionista em hospital universitário da Região Metropolitana do Rio de Janeiro

Interdisciplinary outpatient follow-up of high-risk newborns: experience report of a decade of an extension project at a university hospital in the Metropolitan Region of Rio de Janeiro

Seguimiento ambulatorio interdisciplinario de recién nacidos de alto riesgo: relato de experiencia de una década de un proyecto extensionista en hospital universitario de la Región Metropolitana de Rio de Janeiro

Maura Calixto Cecherelli de Rodrigues¹, Alice Valente da Silva², Cirlene de Lima Marinho³, Daiana Evangelista La Macchia⁴, Edneusa Oliveira Flor⁵ e Elaine Rego Menezes⁶, Eloá Gonçalves de Oliveira Campos⁷, Gloria Maria Bastos da Silva Bacelar⁸, João Mario Pereira da Silva⁹, Lucía de la Candelaria Arenas Viera¹⁰, Maria Aparecida Thiengo¹¹, Simone Augusta Ribas¹²

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Faculdade de Ciências Médicas/Departamento de Pediatria, ORCID 0000-0001-5711-1949, mauraccrodrigues@gmail.com

²Hospital Universitário Pedro Ernesto, ORCID 0000-0001-6792-9218, alicevalente@bol.com.br

³Hospital Universitário Pedro Ernesto, ORCID 0000-0001-5500-9684, cmarinho.uerj@gmail.com

⁴Hospital Universitário Pedro Ernesto, ORCID 0000-0003-2703-393X, daiana.evangelista@gmail.com

⁵Hospital Universitário Pedro Ernesto, ORCID 0000-0002-9760-0250, edneusa.neo@gmail.com

⁶Hospital Universitário Pedro Ernesto, ORCID 0000-0002-0164-3089, elaine.menez@gmail.com

⁷Hospital Universitário Pedro Ernesto, ORCID 0009-0004-1404-1169, elo.oliveirarj@gmail.com

⁸Hospital Universitário Pedro Ernesto, ORCID 0009-0004-6353-8235, gloria_bacelar@uol.com.br

⁹UERJ, Faculdade de Ciências Médicas, ORCID 0009-0002-0697-9013, jmjoamario68@gmail.com

¹⁰Universidade do Estado do Rio de Janeiro, ORCID 0009-0001-2054-7367, arenas.lucia@gmail.com

¹¹Hospital Universitário Pedro Ernesto, ORCID 0009-0007-3550-4099, m.thiengo@gmail.com

¹²Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, ORCID 0000-0002-3947-9800, simone.ribas@unirio.br

Resumo

Os recém-nascidos egressos de Unidades de Terapia Neonatal são uma população vulnerável a alterações do neurodesenvolvimento e outras morbidades. Este relato descreve a experiência do Projeto de Extensão Seguimento Ambulatorial do Recém-Nascido de Alto Risco (SARAR), desenvolvido em um hospital universitário da Região Metropolitana do RJ. O projeto promove acompanhamento interprofissional e interdisciplinar, integrando assistência, ensino e pesquisa, e usa instrumentos padronizados de avaliação do desenvolvimento, cuidados centrados na família e ações de educação em saúde. A experiência demonstra a relevância dos ambulatorios de seguimento na detecção precoce de agravos, intervenção oportuna e qualificação da formação acadêmica e assistência materno-infantil.

Palavras-chave: recém-nascido de alto risco; seguimento ambulatorial; neurodesenvolvimento.

Abstract

Newborns discharged from Neonatal Units are a population vulnerable to neurodevelopmental disorders and other morbidities. This report describes the experience of the Extension Project Outpatient Follow-up of the High-Risk Newborn (SARAR), developed at a university hospital in the Metropolitan Region of RJ. The project promotes interprofessional and interdisciplinary follow-up, integrating care, teaching and research, and uses standardized instruments for developmental assessment, family-centered care and health education actions. The experience demonstrates the relevance of follow-up outpatient clinics in the early detection of health problems, timely intervention and qualification of academic training and maternal-child care.

Keywords: high-risk newborn; outpatient follow-up; neurodevelopment.

Resumen

Los recién nacidos egresados de Unidades de Terapia Neonatal son una población vulnerable a alteraciones del neurodesarrollo y otras morbilidades. Este relato describe la experiencia del Proyecto de Extensión Seguimiento Ambulatorial del Recém-Nascido de Alto Risco (SARAR), desarrollado en un hospital universitario de la Región Metropolitana de RJ. El proyecto promueve acompañamiento interprofesional e interdisciplinario, integrando asistencia, enseñanza e investigación, y utiliza instrumentos estandarizados de evaluación del desarrollo, cuidados centrados en la familia y acciones de educación en salud. La experiencia demuestra la relevancia de los ambulatorios de seguimiento en la detección precoz de afecciones, intervención oportuna y calificación de la formación académica y la asistencia materno-infantil.

Palabras clave: recién nacido de alto riesgo; seguimiento ambulatorio; neurodesarrollo.

1 Introdução

A prematuridade permanece como importante problema de saúde pública e figura entre as principais causas de morbimortalidade neonatal em todo o mundo. No Brasil, a prevalência de nascimentos prematuros atingiu 11,9% em 2025, percentual semelhante ao observado no estado do Rio de Janeiro (Brasil, 2025), refletindo a magnitude do impacto assistencial, social e econômico relacionado ao cuidado neonatal especializado.

Os avanços tecnológicos na área neonatal têm possibilitado a sobrevivência de recém-nascidos (RN) cada vez mais imaturos e com condições clínicas complexas, especialmente aqueles oriundos de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (Howson *et al.*, 2013). Contudo, a redução da mortalidade neonatal não foi acompanhada por um declínio proporcional das morbidades neurológicas associadas (Ferreira *et al.*, 2020). Neonatos prematuros, de muito baixo peso ao nascer (< 1.500 g) e aqueles acometidos por agravos perinatais severos, tais como encefalopatia hipóxico-isquêmica, sepse e hemorragia peri-intraventricular, constituem uma população de alto risco biológico para o desenvolvimento de disfunções motoras, cognitivas, sensoriais e comportamentais (Brasil, 2014; Darrah; Piper; Watt, 2008; Novak *et al.*, 2017). Muitas dessas desordens apresentam fenótipos subclínicos nos primeiros meses, manifestando-se de forma tardia ao longo do desenvolvimento infantil (Ferreira *et al.*, 2020; Novak *et al.*, 2017).

De forma semelhante e com possíveis impactos negativos futuros preocupantes, os RN com asfixia neonatal, ou seja, que sofreram injúria hipóxico-isquêmica com repercussões sistêmicas e sobretudo ao cérebro em formação, se encontram em maior risco de evoluírem com atrasos e ou alterações em seu neurodesenvolvimento e apresentarem morbidades clínicas (Dias; Rodrigues; Duarte, 2024; Oliveira *et al.*, 2024).

Diante da complexidade desta população de alto risco, a estruturação do seguimento ambulatorial longitudinal desponta como diretriz imperativa na continuidade dos cuidados perinatais, viabilizando o monitoramento sistemático do crescimento somático e do neurodesenvolvimento, bem como o rastreo e a intervenção terapêutica oportuna (Brasil, 2014). Para além do manejo das instabilidades clínicas agudas, a prematuridade e as síndromes de alto risco neonatal acarretam impactos deletérios persistentes, elevando a prevalência de transtornos de aprendizagem e linguagem, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), sinais do Transtorno do Espectro Autista e outros transtornos de saúde mental e do funcionamento global da pessoa. Tais desfechos exigem uma abordagem clínico-terapêutica multiprofissional, estruturada, prolongada e focada no binômio paciente-família (Ferreira *et al.*, 2020).

A efetivação e a captação longitudinal dessa assistência tornam-se, todavia, substancialmente desafiadoras em metrópoles caracterizadas por profundas iniquidades socioespaciais e entraves estruturais. No contexto do Rio de Janeiro e de sua Região Metropolitana, as intensas vulnerabilidades socioeconômicas, as barreiras de mobilidade urbana e a fragmentação sistêmica da rede de serviços de saúde impõem múltiplos óbices ao cuidado integral materno-infantil (Bortz *et al.*, 2015; Hone *et al.*, 2023). Tais fatores deletérios podem comprometer a continuidade do seguimento após a alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), exacerbando o risco de evasão ambulatorial e o diagnóstico tardio de desvios do desenvolvimento (Vohr *et al.*, 2009).

Diante das demandas dessa complexa rede assistencial, os hospitais universitários assumem uma posição estratégica por integrar organicamente a assistência de alta complexidade, o ensino e a pesquisa translacional (Feuerwerker; Cecílio, 2007). A concepção e a execução de modelos interdisciplinares de seguimento ambulatorial nesses cenários permitem não apenas a qualificação técnica do cuidado ofertado à população pediátrica de alto risco, mas também a consolidação da formação acadêmica e a geração de evidências científicas alinhadas às necessidades

operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) (Peduzzi *et al.*, 2013).

O Projeto de Extensão Seguimento Ambulatorial do Recém-Nascido de Alto Risco (SARAR), operacionalizado desde 2014 em um hospital universitário de referência sediado na Zona Norte do Rio de Janeiro, insere-se nesse panorama como uma estratégia vital de cuidado longitudinal destinada a neonatos egressos de UTIN em um modelo extensionista de atuação, ou seja, interprofissional, interdisciplinar e interativo dialógico. Estruturada sobre a indissociabilidade entre assistência, ensino, pesquisa e extensão, a iniciativa propõe o acompanhamento holístico da criança e de seu núcleo familiar. O escopo primário do projeto recai sobre a detecção e a intervenção precoces das morbidades do neurodesenvolvimento e clínicas, singulares desta população, contribuindo, assim, para a promoção de Saúde e Bem-estar, 3º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável definido pela Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas, e dada a maior vulnerabilidade socioeconômica e de saúde, favorecendo o Objetivo 10 da Agenda 2030, Redução de Desigualdades (Nações Unidas Brasil, 2015).

2 Objetivo

Relatar a experiência de implementação e consolidação de um projeto de extensão universitária voltado ao seguimento ambulatorial interdisciplinar de recém-nascidos de alto risco, destacando organização, funcionamento, estratégias assistenciais, impactos na formação acadêmica e na assistência à saúde e desenvolvimento social e desafios relacionados à continuidade do acompanhamento no contexto do Sistema Único de Saúde.

3 Desenvolvimento da Experiência

O Projeto de Extensão Seguimento Ambulatorial do Recém-Nascido de Alto Risco (SARAR) constitui uma iniciativa de acompanhamento longitudinal de recém-nascidos (RN) egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) até 12 anos de idade, desenvolvida em hospital universitário de referência localizado na Zona Norte do município do Rio de Janeiro. A instituição atua como centro terciário de assistência materno-infantil para gestantes e RN de alta complexidade provenientes de diferentes municípios da Região Metropolitana, incluindo casos relacionados à prematuridade extrema, síndromes hipóxico-isquêmicas, malformações congênitas e intercorrências neonatais graves.

Implantado em 2014 e mantido de forma contínua até o momento, o projeto consolidou-se como estratégia institucional de seguimento longitudinal de RN de alto risco no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua implementação ocorreu diante da necessidade de ampliação e reorganização do cuidado ofertado após a alta hospitalar, baseado nas melhores evidências científicas, aprimorando o acompanhamento ambulatorial previamente existente que apresentava menor longitudinalidade, concentrando-se predominantemente no primeiro ano de vida. A consolidação do SARAR possibilitou a ampliação progressiva do seguimento clínico e do monitoramento do desenvolvimento neuropsicomotor, permitindo acompanhamento prolongado conforme as necessidades individuais de cada criança.

A organização do SARAR fundamenta-se nos princípios da interdisciplinaridade, da interprofissionalidade, da interação dialógica e do cuidado centrado na criança e na família (Rodrigues; Dias, 2022). Participam do projeto profissionais e estudantes das áreas de pediatria, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e psicologia, com possível graduando bolsista anualmente, atuando de forma integrada durante as consultas e discussões clínicas. Essa estrutura favorece abordagem ampliada do cuidado, considerando simultaneamente aspectos clínicos, nutricionais, motores, comportamentais, psíquicos e sociais relacionados ao desenvolvimento infantil (Méo; Rodrigues, 2023).

Sua estrutura organizacional envolvendo profissionais e estudantes de diversas

áreas da saúde favorece a construção de um cuidado integral que considera não apenas os aspectos clínicos da criança, mas também seu contexto familiar e social, uma vez que as interações sociais e afetivas no início da vida são fundamentais para o desenvolvimento pleno da criança, especialmente aquelas estabelecidas com seus principais cuidadores.

Ao longo de pouco mais de uma década de funcionamento, o projeto passou por contínuo processo de expansão assistencial e acadêmica, incorporando novos referenciais teóricos, instrumentos padronizados de avaliação do desenvolvimento e tecnologias aplicadas ao cuidado neonatal e pediátrico, além da criação de perfil em rede social Instagram para o projeto, alimentada principalmente pelo graduando bolsista e pela coordenadora do projeto, a qual também é a responsável pelo envio anual de relatório ao departamento responsável da universidade para aprovação de cadastramento.

Todo esse movimento foi acompanhado pela progressiva qualificação técnica de seus integrantes, incluindo participação em programas de pós-graduação *stricto sensu*, capacitações profissionais e desenvolvimento de projetos de pesquisa com parcerias internas e externas à universidade, vinculados ao segmento neonatal.

Como o escopo do SARAR vai além da assistência prestada, ele se constitui em espaço permanente de formação acadêmica e produção científica. O projeto mantém interação com ligas acadêmicas através de encontros científicos, rodas de conversa, e grupos de estudo e discussão; assim como fomenta e viabiliza diversos estudos de pesquisa, inclusive com outras áreas além da saúde, dentro da própria universidade, também com outras instituições nacionais (e, recentemente, internacional), todas iniciadas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do hospital. Atualmente, três pesquisas se encontram em andamento: “Redução da morbimortalidade neonatal por asfixia perinatal com a hipotermia terapêutica induzida por sistema de resfriamento servocontrolado” (CAAE 65560417.0.0000.525); “Avaliação das características funcionais e anatômicas oculares das crianças que sofreram eventos de hipoxia isquemia perinatal” (CAAE 78278024.4.0000.5259), em parceria com o serviço de oftalmologia do hospital; e “Análise de deformações craniofaciais através de método fotogramétrico de baixo custo, por imagens de celular” (CAAE 79708624.3.0000.5259), em parceria com a engenharia da universidade.

A construção desse modelo assistencial mostra-se particularmente relevante no contexto da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, marcada por intensas desigualdades territoriais, vulnerabilidades socioeconômicas e dificuldades de acesso aos serviços especializados de saúde (Bortz *et al.*, 2015; Hone *et al.*, 2023). Nesse cenário, fatores como mobilidade urbana limitada, insegurança alimentar, baixa renda familiar e fragmentação da rede assistencial podem comprometer a continuidade do seguimento ambulatorial e retardar a identificação precoce de alterações do desenvolvimento (Rodrigues; Dias, 2022). Assim, o projeto passou a incorporar estratégias voltadas à ampliação do vínculo com as famílias e à redução de perdas de acompanhamento.

O fluxo assistencial começa ainda durante a internação neonatal, quando os RN elegíveis são identificados pela equipe multiprofissional com base em critérios clínicos previamente estabelecidos (figura 1). A abordagem precoce das famílias durante a permanência na UTIN representa etapa estratégica do processo de cuidado, permitindo orientação inicial acerca da importância do seguimento longitudinal e favorecendo construção de vínculo entre equipe e cuidadores antes da alta hospitalar. Atualmente, 164 crianças estão assíduas em seu seguimento ambulatorial.

Após a alta hospitalar, a primeira consulta ambulatorial ocorre, preferencialmente, entre sete e 14 dias. Esse momento é considerado crítico para avaliação clínica inicial, orientação familiar e adaptação ao cuidado domiciliar. A partir dessa etapa, estabelece-se cronograma longitudinal de acompanhamento, cuja periodicidade

varia conforme idade corrigida, condições clínicas e necessidades específicas de cada criança.

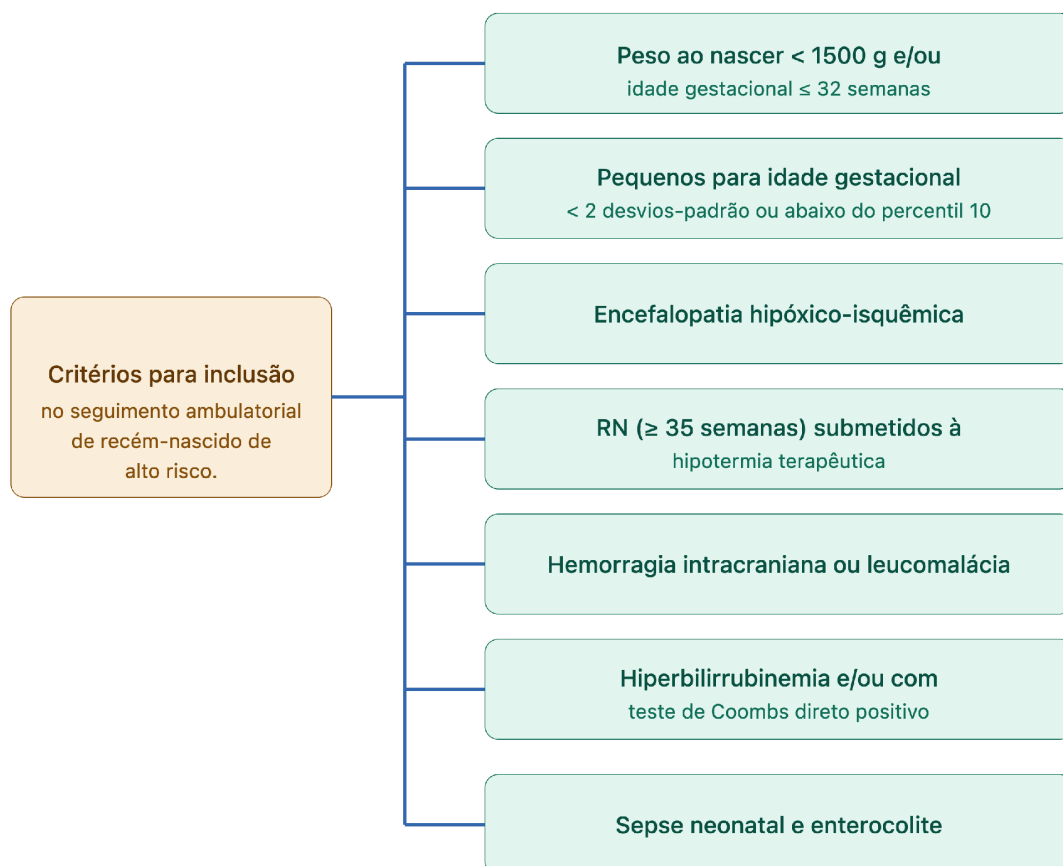


Figura 1: Critérios para inclusão de recém-nascidos no ambulatório do SARAR. RN: recém-nascido.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Durante os atendimentos, são avaliados crescimento pondero estatural, desenvolvimento neuropsicomotor, alimentação, linguagem, postura e marcha, interação familiar, aspectos comportamentais e possíveis alterações neurológicas ou de outros órgãos/sistemas, como as ortopédicas.

Profissionais de diversas áreas de graduação atendem simultaneamente às crianças e suas famílias, em consultas interdisciplinares, nas quais aplicam seus conhecimentos e expertises de forma dialógica, colaborativa e respeitosa entre si e adequada à cultura e ao entendimento das famílias. Isso propicia a produção de conhecimento, embasada cientificamente, devolvendo à comunidade acadêmica os resultados de suas práticas, e podendo oferecer a esta população assistida as condutas mais confiáveis, com individualidade, integralidade e ecologia. Os atendimentos ambulatoriais duram cerca de 1 hora, sendo partícipes docentes e técnicos-universitários da pediatria, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e psicologia, residentes destas diversas áreas da saúde, graduandos bolsistas e voluntários da saúde, em três turnos na semana.

Os atendimentos são relatados em prontuário eletrônico hospitalar multiprofissional, usualmente digitado por profissionais da área médica; e é preenchida uma ficha multiprofissional com dados clínicos e de neurodesenvolvimento, em idades-chave da criança (na primeira consulta e aos 3,6,9,12,24 e 36 meses e, depois, anualmente), digitada em banco EPI-INFO 7.0 (CDC, 2015) pelo graduando bolsista do projeto, estando em desenvolvimento banco dos dados em REDCap (Harris *et al.*, 2009).

A tomada de decisão compartilhada entre os profissionais favorece maior integração do cuidado e reduz a fragmentação assistencial frequentemente observada em serviços especializados. A periodicidade do acompanhamento atende ao sugerido pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2024) (Figura 2).

Periodicidade dos atendimentos ambulatoriais para crianças de alto risco
Primeira consulta: 7 a 14 dias
Mensais: até 6 meses de idade corrigida
Bimestrais : 6 a 12 meses de idade corrigida
Trimestrais : 13 a 24 meses
Semestrais: 2 a 4 anos de idade cronológica
Anuais De 4 a 12 anos incompletos

Figura 2: Periodicidade dos atendimentos ambulatoriais por faixa etária para o seguimento de crianças de risco no SARAR.
Fonte: SBP; 2024.

A avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor utiliza instrumentos validados e reconhecidos internacionalmente, conforme a tabela abaixo, aplicados conforme faixa etária e objetivos clínicos específicos.

Tabela 1: Instrumentos de triagem e avaliação diagnóstica do neurodesenvolvimento utilizados no SARAR.

Instrumento	Faixa etária	Finalidade
Exame de Amiel-Tison (exame clínico neurológico)	32 semanas pós-concepcionais a 6 anos	Avalia perímetro cefálico, postura, tônus (passivo/ativo), reflexos, reações posturais, funções motoras e sensoriais. Ferramenta clínica para detecção precoce de alterações neurológicas.
Protocolo IRDI Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (triagem)	0 a 18 meses	Avalia a interação mãe-bebê e a constituição psíquica da criança nos primeiros 18 meses de vida. Baseia-se em 31 indicadores clínicos divididos em quatro faixas etárias (0–4, 4–8, 8–12 e 12–18 meses), observados e/ou deduzidos no desenvolvimento da criança.
Teste de Triagem de Denver II	0 a 6 anos	Escala com 125 marcos distribuídos em quatro áreas: motora grosseira, motora fina-adaptativa, linguagem e pessoal/social. Atraso identificado quando ≥ 2 itens não são cumpridos.

Avaliação dos Movimentos Gerais (Prechtl GMA – Qualitative Assessment of General Movements)	Até 20 semanas pós-termo	Avalia a qualidade dos movimentos espontâneos. Alta sensibilidade para risco de paralisia cerebral. Aplicada por observação de vídeo.
Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS)	40 semanas pós-concepção até 18 meses	Observa escolhas de movimento em 4 posturas: prona, supina, sentada e ortostática. Medida de observação com mínimo manejo pelo terapeuta, permitindo movimentação livre sem assistência ou interferência do avaliador.
HINE – Hammersmith Infant Neurological Examination	3 a 24 meses	Avalia a função neurológica global por pontuação de 0 a 78, com base em tônus, reflexos, postura e resposta motora. Especialmente útil na predição precoce de paralisia cerebral (PC), sendo mais preciso quando associado à ressonância magnética.
Bayley III – Escala diagnóstica (existem quatro versões, de 1969 a 2019)	1 a 42 meses	Padrão-ouro na literatura para diagnóstico do domínio afetado do neurodesenvolvimento. Composta por 5 subescalas: cognitiva, motora, linguagem, social-emocional e adaptativa.
GMFCS – Gross Motor Function Classification System	Até 18 anos	Sistema de classificação da função motora grossa em cinco níveis para crianças com paralisia cerebral: • Nível I: Marcha independente, sem limitações. • Nível II: Marcha com limitações (longas distâncias/terrenos irregulares). • Nível III: Marcha com auxílio (ex.: andador); cadeira de rodas para longas distâncias. • Nível IV: Mobilidade limitada; uso predominante de cadeira de rodas. • Nível V: Mobilidade extremamente restrita; dependência total para locomoção.
M-CHAT-R – Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised	16 a 30 meses (ênfase: 18 e 24 meses)	Questionário aplicado aos pais para triagem de risco para transtorno do espectro autista (TEA). Deve ser seguido por entrevista clínica se positivo.
ADL 2	1 ano a 6 anos e 11 meses	Composta por duas escalas: Linguagem Compreensiva e Linguagem Expressiva, permitindo análise separada de cada domínio e facilitando a identificação e o grau do atraso de linguagem.

Fonte: Viera; Rodrigues, 2025.

Essa bateria de instrumentos acompanha a constituição psíquica inicial da criança e qualifica a avaliação do desenvolvimento, permitindo a identificação precoce de desvios e a intervenção oportuna. Os instrumentos são aplicados a depender por toda a equipe (como o teste de Denver II) ou pelo especialista na área (por exemplo a ADL, aplicada pela fonoaudióloga da equipe).

As orientações direcionadas às famílias permeiam sempre todo esse processo, no contexto da parentalidade, e versa sobre estimulação precoce, alimentação, imunização, desenvolvimento infantil e fortalecimento do vínculo parental. A educação em saúde constitui, portanto, eixo transversal do projeto, ocorrendo tanto durante os atendimentos quanto em atividades coletivas realizadas na sala de espera, sendo protagonizada pelos graduandos devidamente assistidos e acompanhados dos profissionais.

O seguimento das crianças é realizado considerando a idade corrigida para prematuros até os dois anos, no que tange ao crescimento, nutrição e desenvolvimento. A idade corrigida para a prematuridade é a idade que a criança teria se tivesse nascido na data provável de seu parto (DPP).

No que se refere ao crescimento, para os pacientes que estiverem com até 50 semanas de idade pós-menstrual (idade gestacional ao nascer + idade cronológica), os dados são avaliados segundo as curvas de Fenton para peso, estatura e perímetro cefálico para a idade (Fenton; Elmraged; Alshaikh, 2025). A partir das 50 semanas, a classificação do estado nutricional atende aos pontos de corte preconizados pela OMS (WHO, 2006), com o auxílio do programa *WHO Anthro* (WHO, 2010) para o cálculo dos indicadores antropométricos dos menores de 5 anos, e *WHO Anthro Plus* para os maiores de 5 anos (WHO, 2009). A avaliação da oferta, aceitação e tolerância da alimentação do paciente é feita em cada consulta pela realização de anamnese alimentar e aplicação de recordatório alimentar de 24 horas.

A imunização é feita de acordo com a idade cronológica, com destaque para a imunização passiva, com a recente incorporação pelo SUS do anticorpo monoclonal nirsevimabe, para prevenção de infecção respiratória pelo vírus sincicial respiratório, principal causa de reinternação hospitalar em prematuros; e com destaque também para o uso de vacinas acelulares, com menores índices de efeitos colaterais adversos (Rodrigues; Viera, 2025).

Outro aspecto relevante da experiência refere-se à incorporação de tecnologias aplicadas à avaliação e monitoramento do desenvolvimento infantil. Em destaque, a utilização de fotogrametria para análise de assimetrias cranianas posicionais, desenvolvida em parceria com a área da engenharia cartográfica vinculada à universidade, através de projeto de pesquisa (aprovado pelo CEP sob número 79708624300005259) alinhado ao SARAR (Figura 3). Essa integração evidencia o potencial dos hospitais universitários como espaços de inovação tecnológica aplicada às necessidades do SUS.

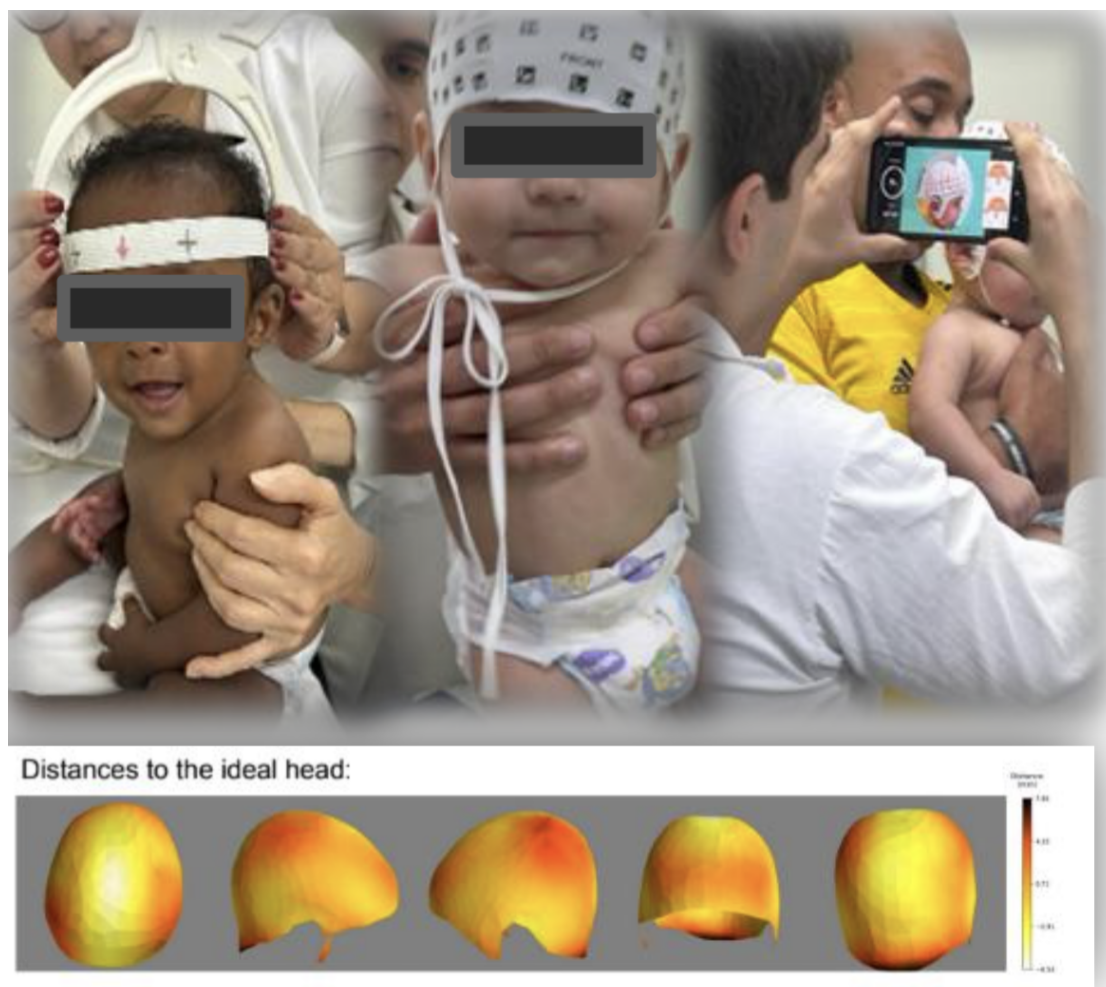


Figura 3: Avaliação de assimetrias cranianas posicionais por meio de fotogrametria tridimensional realizada em parceria interdisciplinar entre o ambulatório de seguimento do recém-nascido de alto risco e a área da engenharia cartográfica da universidade.

Fonte: Rodrigues *et al.* (2025)

Além da dimensão assistencial, o projeto possui importante impacto formativo. Estudantes de graduação, residentes e pós-graduandos participam ativamente das atividades clínicas, discussões de casos, ações educativas e projetos científicos, desenvolvendo competências relacionadas ao trabalho interprofissional, cuidado integral e atenção longitudinal a crianças de alto risco. Ao graduando bolsista, a participação, conforme recomenda o Plano Nacional de Extensão Universitária, possibilita experienciar novas práticas, avaliar criticamente sua formação e perceber a inserção social de sua profissão, assim como o conhecimento especializado em uma situação de saúde diferenciada, de incidência crescente e progressivo impacto social.

A experiência também resulta anualmente na produção de trabalhos científicos apresentados em congressos e eventos acadêmicos, assim como na publicação de artigos, todos eminentemente interdisciplinares, contribuindo para disseminação do conhecimento relacionado ao seguimento neonatal e ao desenvolvimento infantil.

Apesar dos avanços observados ao longo da consolidação do projeto, persistem desafios relacionados à continuidade do cuidado, especialmente no que se refere às perdas de seguimento associadas às vulnerabilidades sociais e às dificuldades estruturais da rede urbana. Em nosso último levantamento, observamos uma perda de seguimento de 37%, motivada principalmente por adoecimento do cuidador primário, hospitalização da criança, dificuldade de acesso (falta de recursos financeiros, violência na comunidade e condições climáticas). Para enfrentamento

dessas barreiras, estratégias de busca ativa, contato remoto com famílias e utilização de ferramentas de comunicação digital vêm sendo progressivamente incorporadas à rotina assistencial.

Outro desafio encontrado pelas famílias de crianças de alto risco que evoluem com alterações de neurodesenvolvimento, é a dificuldade de acesso a serviços de reabilitação. A distribuição desigual dos serviços especializados, a escassez de profissionais capacitados, as longas filas de espera e a necessidade de deslocamentos frequentes dificultam a continuidade do acompanhamento multiprofissional. Além disso, novamente, se observam barreiras socioeconômicas que limitam o comparecimento regular às terapias, como custos com transporte, ausência de rede de apoio e incompatibilidade entre horários de atendimento e rotina familiar. Essas dificuldades podem resultar em atraso no início das intervenções precoces, menor adesão ao tratamento e descontinuidade do seguimento clínico.

Como consequência, essas crianças podem apresentar pior evolução motora, cognitiva, de linguagem e socioemocional, uma vez que a intervenção precoce é considerada fundamental para potencializar a plasticidade cerebral nos primeiros anos de vida. A ausência ou irregularidade no acesso às terapias também pode contribuir para o agravamento de déficits funcionais, maior dependência de cuidados especializados ao longo da vida e impacto negativo na qualidade de vida da criança e de sua família (Dias; Rodrigues; Duarte, 2024), essas limitações ampliam desigualdades em saúde, comprometendo o prognóstico e aumentando a demanda futura por serviços de maior complexidade no sistema público de saúde.

Apesar dos desafios enfrentados, podemos citar êxitos ao longo desta década. Neste último ano, como a identificação e intervenção interdisciplinar a tempo nas alterações no desenvolvimento e crescimento para minimização de sequelas com orientações domiciliares e encaminhamentos terapêuticos, a partir dos instrumentos validados usados e citados anteriormente. Assim, de 21 lactentes avaliados para detecção de possíveis assimetrias cranianas, 15 foram identificadas com assimetrias cranianas por aferição por craniômetro feita pela fisioterapeuta da equipe e pela fotogrametria através do projeto de pesquisa em parceria com a engenharia, acoplado ao SARAR, verificando-se melhora documentada após intervenção fisioterapêutica. Também a Educação em Saúde, nas salas de atendimento e espera, interdisciplinar e centrada na família, resulta ao longo do projeto, em relatos de conforto dos cuidadores primários, auxiliando-os no lidar afetivo e técnico, multifacetado e desafiador, com seus filhos. Uma boa nova é a criação e implementação do banco de dados no REDCap para os RN com asfixia; dos 90 RN asfíxicos egressos da UTIN e encaminhados ao SARAR, há 66 em seguimento, com análise descritiva do perfil neonatal feita e resultados de desenvolvimento em curso. Com relação à prevenção e minimização do absenteísmo, o controle de morbidades e faltas com remarcações, nos permitiu 109 remarcações em um contexto de 327 atendimentos e 124 faltas. E, na esfera psíquica/mental, a aplicação do IRDI em 83 crianças, entre 0 e 18 meses, mostrou sinais de sofrimento psíquico em 39 e melhora paulatina em 25 crianças, mediante intervenção oportuna e ao longo do acompanhamento.

É relevante explicitar que a partir da experiência do projeto de extensão SARAR, podemos verificar que as demandas da população alvo (as crianças de alto risco e respectivas famílias) podem surgir genuinamente, o que reforça o potencial das ações extensionistas como instrumento de integração entre universidade, serviços de saúde e necessidades concretas da população atendida pelo SUS.

4 Conclusão

A experiência do Projeto SARAR demonstra que um modelo de seguimento ambulatorial interprofissional, interdisciplinar e dialógico de recém-nascidos de alto risco integrado ao Sistema Único de Saúde, é viável. O SARAR consolidou ao longo de uma década, um cuidado longitudinal centrado na criança e na família e

que favoreceu a identificação e intervenção oportunas de alterações no crescimento e neurodesenvolvimento, a educação em saúde dos cuidadores e a formação interdisciplinar dos estudantes e profissionais.

Por outro lado, a experiência também evidenciou os desafios relacionados à continuidade do acompanhamento, trazendo à tona as vulnerabilidades sociais e dificuldades de acesso aos serviços especializados de reabilitação.

Nesse sentido, recomenda-se o fortalecimento da rede de atenção materno-infantil através de articulações mais eficazes entre as maternidades, a atenção primária de saúde, os ambulatorios de seguimento e os serviços de reabilitação. As estratégias de busca ativa e apoio à família podem contribuir para a identificação e mitigação dessas barreiras e favorecer, assim, a ampliação da continuidade do cuidado e os melhores desfechos das crianças de alto risco.

Referências

AMIEL-TISON, C.; GOSSELIN, J. **Desarrollo neurológico de 0 a 6 años: etapas y evaluación**. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones, 2006.

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA INFANTIL DE HAMMERSMITH. Tradução e adaptação: Tathiana Ghisi de Souza e Moyra Aloia Romero.

BAYLEY, N. **Bayley Scales of Infant and Toddler Development**. 3. ed. San Antonio, TX: Pearson, 2006.

BORTZ, M. *et al.* Disaggregating health inequalities within Rio de Janeiro, Brazil, 2002-2010, by applying an urban health inequality index. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n 1, p. 107-119, nov. 2015. DOI: 10.1590/0102-311x00081214.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>. Acesso em: 20 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. v. 1: Cuidados gerais. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Epi Info™**. Version 7.2. Atlanta: CDC, 2015. Disponível em: <https://www.cdc.gov/epiinfo/>. Acesso em: 20 maio. 2026.

DARRAH, J.; PIPER, M.; WATT, M. Assessment of gross motor skills of at-risk infants: predictive validity of the Alberta Infant Motor Scale. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 40, n. 7, p. 485-491, 12 nov. 2008. DOI: 10.1111/j.1469-8749.1998.tb15399.x.

DIAS, B. L. S.; RODRIGUES, M. C. C.; DUARTE, J. L. M. B. Quality of life of families and siblings of children with cerebral palsy treated at a reference neurorehabilitation center in Brazil,. **Jornal de Pediatria**, abr. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2024.03.010>. Acesso em: 10 mai. 2026.

EINSPIELER, C.; PRECHTL, H. F. Prechtl's assessment of general movements: a diagnostic tool for the functional assessment of the young nervous system. **Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews**, v. 11, p. 61-67, 2005.

FENTON, T. R.; ELMRAYED, S.; ALSHAIKH, B. N. Fenton third-generation growth charts of preterm infants without abnormal fetal growth: a systematic review and meta-analysis. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, 19 jun. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ppe.70035>. Acesso em: 21 maio 2026.

FERREIRA, R.C. *et al.* Effects of early interventions focused on the family in the development of children born preterm and/or at social risk: a meta-analysis. **Jornal**

de **Pediatria**, v. 96, n. 1, p. 20-38, jan. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2019.05.002>. Acesso em: 21 mai. 2026.

FEUERWERKER, L.C.M.; CECÍLIO, L.C.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 965-971, ago. 2007. DOI: 10.1590/s1413-81232007000400018.

HARRIS, P. A. *et al.* Research electronic data capture (REDCap) – A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. **Journal of Biomedical Informatics**, v. 42, n. 2, p. 377-381, 2009. DOI: 10.1016/j.jbi.2008.08.010.

HONE, T. *et al.* Associations between primary healthcare and infant health outcomes: a cohort analysis of low-income mothers in Rio de Janeiro, Brazil. **The Lancet Regional Health - Americas**, v. 22, p. 100519, jun. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100519>. Acesso em: 19 mai. 2026.

HOWSON, C. P. *et al.* Born Too Soon: preterm birth matters. **Reproductive Health**, v. 10, S1, nov. 2013. DOI: 10.1186/1742-4755-10-s1-s1.

KUPFER, M. C. M. *et al.* Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 13, n. 1, p. 31-52, mar. 2010. DOI: 10.1590/s1415-47142010000100003.

LOSAPIO, M. F. *et al.* **Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas**: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F). Disponível em: https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2020/09/M-CHAT-R_F_Brazilian_Portuguese_v2.pdf. Acesso em: 4 mai. 2026.

MÉIO, M. D. B. B.; RODRIGUES, M. C. C. Repercussões da prematuridade no crescimento. *In*: MÉIO, Maria Dalva Barbosa Baker; RODRIGUES, Maura Calixto Cecherelli. **Nascimento Prematuro**: repercussões no desenvolvimento integral. [S. l.]: Editora FIOCRUZ, 2023. p. 57-74. ISBN 9786557082195. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557082195.0005>. Acesso em: 13 mai. 2026.

MENEZES, M. L. ADL 2 – Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem. 2. ed., 2019.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustentavel>. Acesso em: 18 mai. 2026.

NOVAK, I. *et al.* Early, accurate diagnosis and early intervention in cerebral palsy. **JAMA Pediatrics**, v. 171, n. 9, p. 897, 1 set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1689>. Acesso em: 15 mai. 2026.

OLIVEIRA, R. F. *et al.* Neurological outcomes in neonates treated with therapeutic hypothermia: challenges in a developing country. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 82, n. 09, p. 001-008, set. 2024. DOI: 10.1055/s-0044-1790575.

PALISANO, R. *et al.* **Gross Motor Function Classification System**: Expanded & Revised. Ontario: Institute for Applied Health Sciences, McMaster University. 2007. Tradução de Daniela Baleroni Rodrigues Silva, Luzia Iara Pfeifer e Carolina Araújo Rodrigues Funayama. Disponível em: https://canchild.ca/wp-content/uploads/2025/03/GMFCS-ER_Translation-Portuguese_2.pdf?license=yes. Acesso em: 23 mai. 2026.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0080-62342013000400029>. Acesso em: 11 mai. 2026.

PIPER, M. C.; DARRAH, J. **Avaliação motora do bebê em desenvolvimento**: Escala Motora Infantil de Alberta – EMIA. 2. ed. Porto Alegre.

- PRECHTL, H. F. R. State of the art: quality of general movements—a critical appraisal. **Early Human Development**, v. 61, n. 1, p. 1-14, 2001.
- RODRIGUES, M. C. C.; DIAS, B. L. S. Desenvolvimento infantil em contextos biológicos adversos, prematuridade e asfixia perinatal: atuação do pediatra. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. **PROPED C9V1**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, v. 1, ciclo 9, p. 11-50, 2022.
- RODRIGUES, M. C. C. *et al.* Uso de uma solução fotogramétrica para diagnóstico e acompanhamento de assimetrias cranianas em crianças de alto risco: relato de experiência. In: **XVI Congresso de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro**, 2025, Rio de Janeiro. XVI Congresso de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro, 2025.
- RODRIGUES, M. C. C.; VIERA, L. L. C. A. Seguimento do prematuro: uma abordagem sumarizada. In: BARBOSA, A. D. M.; VIEIRA, A. A.; BUENO, A. C. (org.). **Perinatologia do dia a dia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2025.
- SABATÉS, A. L. **Denver II**: teste de triagem do desenvolvimento: manual de treinamento. 1. ed. São Paulo: Hogrefe, 2017.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de Seguimento do Recém-nascido de Alto Risco**. 2. ed. Departamento Científico de Neonatologia, 2024.
- VALENTINI, N. C.; SACCANI, R. Escala Motora Infantil de Alberta: validação para uma população gaúcha. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 2, p. 231-238, jun. 2011. DOI: 10.1590/s0103-05822011000200015.
- VIERA, L. L. C. A.; RODRIGUES, M. C. C. Seguimento do prematuro. In: **Ambulatório de Pediatria [livro eletrônico]**. 1. ed. Rio de Janeiro: 2 ML Design, 2025. Série Rotinas Hospitalares. ISBN 978-65-80709-14-4.
- VOHR, B.R. *et al.* Follow-up care of high-risk infants. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 123, n. 2, 2009. DOI: 10.1542/peds.114.s5.i.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Multicentre Growth Reference Study Group**: WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: WHO, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO AnthroPlus for personal computers manual**: software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/application-tool-s>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Anthro for personal computers, version 3.2.2, 2011**: software for assessing growth and development of the world's children. Geneva: WHO, 2010.

Sobre os Autores

Maura Calixto Cecherelli de Rodrigues é pediatra e neonatologista, professora associada do departamento de pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e coordenadora do projeto de extensão SARAR (DEPEXT/UERJ); membro dos departamentos científicos do Desenvolvimento e Comportamento da Sociedade Brasileira de Pediatria e do de Desenvolvimento e Reabilitação da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro.

Alice Valente da Silva é nutricionista e membro integrante do projeto de extensão SARAR (DEPEXT/UERJ), preceptora do programa de residência em nutrição clínica no Hospital Universitário Pedro Ernesto; mestranda em Segurança Alimentar e Nutricional da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Cirlene de Lima Marinho é fisioterapeuta e membro integrante do projeto de

extensão SARAR (DEPEXT/UERJ); mestre em Fisiologia e Fisiopatologia Clínica e Experimental pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Preceptora da UTI Neonatal, Berçário Intermediário e Ambulatórios de Seguimento do RN de alto risco e pacientes pediátricos pós-UTIP do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Docente do módulo de Assistência Fisioterapêutica do RN do Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM).

Daiana Evangelista La Macchia é fonoaudióloga e membro integrante do projeto de extensão SARAR (DEPEXT/UERJ); Especialista em Motricidade Oromiofacial pelo CFFA, aperfeiçoamento em Linguagem pelo CEFAC e curso de Consultoria em Amamentação pelo Instituto Mamebem; mestranda do Mestrado Profissional em Telessaúde da UERJ.

Edneusa Oliveira Flor é fisioterapeuta e membro integrante do projeto de extensão SARAR (DEPEXT/UERJ); coordenadora do Ambulatório Fisioterapia Pediátrica Motora e Respiratória - Policlínica Piquet Carneiro – UERJ; mestre em Telessaúde pelo mestrado profissional de Telessaúde e Telemedicina da UERJ.

Elaine Rego Menezes é psicóloga e membro integrante do projeto de extensão SARAR (DEPEXT/UERJ); especializada em Psicoterapia Infante-Juvenil pelo Instituto Fernandes Figueira e coordenadora do Serviço de Psicologia Médica do Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

Eloá Gonçalves de Oliveira Campos é estudante do 10º período de fisioterapia da UNISUAM, onde integra a liga acadêmica de fisioterapia neurofuncional (LAFIN) e membro do projeto de extensão SARAR.

Gloria Maria Bastos da Silva Bacelar é pediatra e neonatologista e membro integrante do projeto de extensão SARAR (DEPEXT/UERJ); mestre em Ciências Médicas pela UERJ.

João Mario Pereira é graduando do sétimo período da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ e bolsista do projeto de extensão SARAR (DEPEXT/UERJ) biênio 2025-2026.

Lucía Arenas Viera é pediatra e neonatologista; doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica e com tese de doutorado vinculada ao projeto de extensão SARAR (DEPEXT/UERJ) (área de encefalopatia hipóxico-isquêmica neonatal, com ênfase em hipotermia terapêutica, utilizando delineamento observacional prospectivo). Mestre em Ciências Médicas pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ),

Maria Aparecida Thiengo é enfermeira e membro integrante do projeto de extensão SARAR (DEPEXT/UERJ); mestre em Saúde da Mulher e da Criança pela FENF/UERJ.

Simone Augusta Ribas é nutricionista e professora adjunta da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, pós-doutora em Nutrição Humana pela UFRJ, e membro integrante do projeto de extensão SARAR (DEPEXT/UERJ).

Contribuições dos Autores

Conceituação [MCCR, AVS, CLM]; Metodologia [MCCR, AVS, CLM, LAV]; Análise, rascunho, redação e edição, visualização [MCCR, AVS, CLM, DEM, LAV, JMP, EOF, ERM, EGOC, GMBB, MAT, SAR] Supervisão [MCCR]; Administração do projeto [MCCR]. Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Consentimento Informado

A pesquisa abarca três aprovações em comitê de ética, e o consentimento informado foi obtido de todos os responsáveis, bem como assentimento de pacientes menores acima dos cinco anos de idade. Os CAAEs referentes à pesquisa são: “Redução da morbimortalidade neonatal por asfixia perinatal com a

hipotermia terapêutica induzida por sistema de resfriamento servocontrolado” (CAAE 65560417.0.0000.525); “Avaliação das características funcionais e anatômicas oculares das crianças que sofreram eventos de hipoxia isquemia perinatal” (CAAE 78278024.4.0000.5259), em parceria com o serviço de oftalmologia do hospital; e “Análise de deformações craniofaciais através de método fotogramétrico de baixo custo, por imagens de celular” (CAAE 79708624.3.0000.5259) em parceria com a Faculdade de Engenharia da UERJ.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Sobre a Coleção Estudos Cariocas

A Coleção Estudos Cariocas (ISSN 1984-7203) é uma publicação de estudos e pesquisas sobre o Município do Rio de Janeiro, vinculada ao Instituto Pereira Passos (IPP) da Secretaria Municipal da Casa Civil da Prefeitura do Rio de Janeiro.

Seu objetivo é divulgar a produção técnico-científica sobre temas relacionados à cidade do Rio de Janeiro, bem como sua vinculação metropolitana e em contextos regionais, nacionais e internacionais. Está aberta a quaisquer pesquisadores (sejam eles servidores municipais ou não), abrangendo áreas diversas - sempre que atendam, parcial ou integralmente, o recorte espacial da cidade do Rio de Janeiro.

Os artigos também necessitam guardar coerência com os objetivos do Instituto, a saber:

- Promover e coordenar a intervenção pública sobre o espaço urbano do Município;
- Prover e integrar as atividades do sistema de informações geográficas, cartográficas, monográficas e dados estatísticos da Cidade;
- Subsidiar a fixação das diretrizes básicas ao desenvolvimento socioeconômico do Município.

Especial ênfase será dada no tocante à articulação dos artigos à proposta de desenvolvimento econômico da cidade. Desse modo, espera-se que os artigos multidisciplinares submetidos à revista respondam às necessidades de desenvolvimento urbano do Rio de Janeiro.