



COLEÇÃO
ESTUDOS
CARIOCAS

Volumen
14
Número
2

*Autor(a) correspondiente
mauraccredrigues@gmail.com

Envío 23 may 2026

Aceptación 20 jun 2026

Publicación 12 jul 2026

¿Cómo citar?
RODRIGUES, M. C. C. et al.
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. *Coleção Estudos
Cariocas*, v. 14, n. 2, 2026.
DOI: 10.71256/19847203.14.2.234.2026

El artículo fue
originalmente enviado en
PORTUGUÉS. Las
traducciones a otros
idiomas fueron revisadas y
validadas por los autores y
el equipo editorial. Sin
embargo, para una
representación más precisa
del tema tratado, se
recomienda que los
lectores consulten el
artículo en su idioma
original.



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

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

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

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, mauraccredrigues@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, jmjoaomario68@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

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.

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.

Resumo

Os recém-nascidos egressos de Unidades de Terapia Neonatal são uma população vulnerável a alterações do neurodesenvolvimento e outras morbilidades. 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.

1 Introducción

La prematuridad sigue siendo un importante problema de salud pública y figura entre las principales causas de morbilidad neonatal en todo el mundo. En Brasil, la prevalencia de nacimientos prematuros alcanzó el 11,9 % en 2025, porcentaje similar al observado en el estado de Rio de Janeiro (Brasil, 2025), lo que refleja la magnitud del impacto asistencial, social y económico relacionado con el cuidado neonatal especializado.

Los avances tecnológicos en el área neonatal han posibilitado la supervivencia de recién nacidos (RN) cada vez más inmaduros y con condiciones clínicas complejas, especialmente aquellos provenientes de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (Howson et al., 2013). Sin embargo, la reducción de la mortalidad neonatal no ha ido acompañada de un descenso proporcional de las morbilidades neurológicas asociadas (Ferreira et al., 2020). Neonatos prematuros, de muy bajo peso al nacer (< 1.500 g) y aquellos afectados por afecciones perinatales graves, tales como encefalopatía hipóxico-isquémica, sepsis y hemorragia peri-intraventricular, constituyen una población de alto riesgo biológico para el desarrollo de disfunciones motoras, cognitivas, sensoriales y conductuales (Brasil, 2014; Darrah; Piper; Watt, 2008; Novak et al., 2017). Muchos de estos trastornos presentan fenotipos subclínicos en los primeros meses, manifestándose de forma tardía a lo largo del desarrollo infantil (Ferreira et al., 2020; Novak et al., 2017).

De forma semejante y con posibles impactos negativos futuros preocupantes, los RN con asfixia neonatal, es decir, que sufrieron lesión hipóxico-isquémica con repercusiones sistémicas y sobre todo en el cerebro en formación, se encuentran en mayor riesgo de evolucionar con retrasos y/o alteraciones en su neurodesarrollo y presentar morbilidades clínicas (Dias; Rodrigues; Duarte, 2024; Oliveira et al., 2024).

Ante la complejidad de esta población de alto riesgo, la estructuración del seguimiento ambulatorio longitudinal se perfila como directriz imperativa en la continuidad de los cuidados perinatales, viabilizando el monitoreo sistemático del crecimiento somático y del neurodesarrollo, así como el rastreo y la intervención terapéutica oportuna (Brasil, 2014). Más allá del manejo de las inestabilidades clínicas agudas, la prematuridad y los síndromes de alto riesgo neonatal conllevan impactos deletéreos persistentes, elevando la prevalencia de trastornos de aprendizaje y lenguaje, Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), signos del Trastorno del Espectro Autista y otros trastornos de salud mental y del funcionamiento global de la persona. Tales desenlaces exigen un abordaje clínico-terapéutico multiprofesional, estructurado, prolongado y enfocado en el binomio paciente-familia (Ferreira et al., 2020).

La efectivación y la captación longitudinal de esta asistencia se vuelven, sin embargo, sustancialmente desafiantes en metrópolis caracterizadas por profundas inequidades socioespaciales y trabas estructurales. En el contexto de Rio de Janeiro y de su Región Metropolitana, las intensas vulnerabilidades socioeconómicas, las barreras de movilidad urbana y la fragmentación sistémica de la red de servicios de salud imponen múltiples óbices al cuidado integral materno-infantil (Bortz et al., 2015; Hone et al., 2023). Tales factores deletéreos pueden comprometer la continuidad del seguimiento tras el alta de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), exacerbando el riesgo de evasión ambulatoria y el diagnóstico tardío de desviaciones del desarrollo (Vohr et al., 2009).

Ante las demandas de esta compleja red asistencial, los hospitales universitarios asumen una posición estratégica por integrar orgánicamente la asistencia de alta complejidad, la enseñanza y la investigación traslacional (Feuerwerker; Cecílio, 2007). La concepción y la ejecución de modelos interdisciplinarios de seguimiento ambulatorio en estos escenarios permiten no solo la calificación técnica del cuidado ofrecido a la población pediátrica de alto riesgo, sino también la consolidación de la formación académica y la generación de evidencias científicas alineadas con las

necesidades operacionales del Sistema Único de Salud (SUS) (Peduzzi et al., 2013).

El Proyecto de Extensión Seguimiento Ambulatorio del Recién Nacido de Alto Riesgo (SARAR), operacionalizado desde 2014 en un hospital universitario de referencia con sede en la Zona Norte de Rio de Janeiro, se inserta en este panorama como una estrategia vital de cuidado longitudinal destinada a neonatos egresados de UTIN en un modelo extensionista de actuación, es decir, interprofesional, interdisciplinario e interactivo dialógico. Estructurada sobre la indisolubilidad entre asistencia, enseñanza, investigación y extensión, la iniciativa propone el acompañamiento holístico del niño y de su núcleo familiar. El escopo primario del proyecto recae sobre la detección y la intervención precoces de las morbilidades del neurodesarrollo y clínicas, singulares de esta población, contribuyendo así a la promoción de Salud y Bienestar, 3er Objetivo de Desarrollo Sostenible definido por la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas, y dada la mayor vulnerabilidad socioeconómica y de salud, favoreciendo el Objetivo 10 de la Agenda 2030, Reducción de las Desigualdades (Naciones Unidas Brasil, 2015).

2 Objetivo

Relatar la experiencia de implementación y consolidación de un proyecto de extensión universitaria orientado al seguimiento ambulatorio interdisciplinario de recién nacidos de alto riesgo, destacando organización, funcionamiento, estrategias asistenciales, impactos en la formación académica y en la asistencia a la salud y desarrollo social, y desafíos relacionados con la continuidad del acompañamiento en el contexto del Sistema Único de Salud.

3 Desarrollo de la Experiencia

El Proyecto de Extensión Seguimiento Ambulatorio del Recién Nacido de Alto Riesgo (SARAR) constituye una iniciativa de acompañamiento longitudinal de recién nacidos (RN) egresados de Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) hasta los 12 años de edad, desarrollada en un hospital universitario de referencia ubicado en la Zona Norte del municipio de Rio de Janeiro. La institución actúa como centro terciario de asistencia materno-infantil para gestantes y RN de alta complejidad provenientes de diferentes municipios de la Región Metropolitana, incluyendo casos relacionados con prematuridad extrema, síndromes hipóxico-isquémicas, malformaciones congénitas e intercorrencias neonatales graves.

Implantado en 2014 y mantenido de forma continua hasta el momento, el proyecto se consolidó como estrategia institucional de seguimiento longitudinal de RN de alto riesgo en el contexto del Sistema Único de Salud (SUS). Su implementación ocurrió ante la necesidad de ampliación y reorganización del cuidado ofrecido tras el alta hospitalaria, basado en las mejores evidencias científicas, mejorando el acompañamiento ambulatorio previamente existente que presentaba menor longitudinalidad, concentrándose predominantemente en el primer año de vida. La consolidación del SARAR permitió la ampliación progresiva del seguimiento clínico y del monitoreo del desarrollo neuropsicomotor, permitiendo acompañamiento prolongado según las necesidades individuales de cada niño.

La organización del SARAR se fundamenta en los principios de la interdisciplinariedad, la interprofesionalidad, la interacción dialógica y el cuidado centrado en el niño y en la familia (Rodrigues; Dias, 2022). Participan del proyecto profesionales y estudiantes de las áreas de pediatría, enfermería, fisioterapia, fonoaudiología, nutrición y psicología, con posible graduando becario anualmente, actuando de forma integrada durante las consultas y discusiones clínicas. Esta estructura favorece un abordaje ampliado del cuidado, considerando simultáneamente aspectos clínicos, nutricionales, motores, conductuales, psíquicos

y sociales relacionados con el desarrollo infantil (Méio; Rodrigues, 2023).

Su estructura organizacional que involucra profesionales y estudiantes de diversas áreas de la salud favorece la construcción de un cuidado integral que considera no solo los aspectos clínicos del niño, sino también su contexto familiar y social, ya que las interacciones sociales y afectivas al inicio de la vida son fundamentales para el desarrollo pleno del niño, especialmente aquellas establecidas con sus principales cuidadores.

A lo largo de poco más de una década de funcionamiento, el proyecto ha pasado por un continuo proceso de expansión asistencial y académica, incorporando nuevos referentes teóricos, instrumentos estandarizados de evaluación del desarrollo y tecnologías aplicadas al cuidado neonatal y pediátrico, además de la creación de un perfil en red social Instagram para el proyecto, alimentado principalmente por el graduando becario y por la coordinadora del proyecto, quien también es la responsable del envío anual de informe al departamento responsable de la universidad para la aprobación del recadastramiento.

Todo este movimiento fue acompañado por la progresiva calificación técnica de sus integrantes, incluyendo participación en programas de posgrado stricto sensu, capacitaciones profesionales y desarrollo de proyectos de investigación con alianzas internas y externas a la universidad, vinculados al segmento neonatal.

Como el escopo del SARAR va más allá de la asistencia prestada, se constituye en espacio permanente de formación académica y producción científica. El proyecto mantiene interacción con ligas académicas a través de encuentros científicos, círculos de conversación y grupos de estudio y discusión; así como fomenta y viabiliza diversos estudios de investigación, incluso con otras áreas además de la salud, dentro de la propia universidad, también con otras instituciones nacionales (y, recientemente, internacional), todas iniciadas tras la aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP) del hospital. Actualmente, tres investigaciones se encuentran en curso: "Reducción de la morbilidad neonatal por asfisia perinatal con la hipotermia terapéutica inducida por sistema de enfriamiento servocontrolado" (CAAE 65560417.0.0000.525); "Evaluación de las características funcionales y anatómicas oculares de los niños que sufrieron eventos de hipoxia isquemia perinatal" (CAAE 78278024.4.0000.5259), en alianza con el servicio de oftalmología del hospital; y "Análisis de deformaciones craneofaciales mediante método fotogramétrico de bajo costo, por imágenes de celular" (CAAE 79708624.3.0000.5259), en alianza con la Facultad de Ingeniería de la universidad.

La construcción de este modelo asistencial se muestra particularmente relevante en el contexto de la Región Metropolitana de Rio de Janeiro, marcada por intensas desigualdades territoriales, vulnerabilidades socioeconómicas y dificultades de acceso a los servicios especializados de salud (Bortz et al., 2015; Hone et al., 2023). En este escenario, factores como movilidad urbana limitada, inseguridad alimentaria, bajos ingresos familiares y fragmentación de la red asistencial pueden comprometer la continuidad del seguimiento ambulatorio y retardar la identificación precoz de alteraciones del desarrollo (Rodrigues; Dias, 2022). Así, el proyecto pasó a incorporar estrategias orientadas a la ampliación del vínculo con las familias y a la reducción de pérdidas de acompañamiento.

El flujo asistencial comienza aún durante la internación neonatal, cuando los RN elegibles son identificados por el equipo multiprofesional con base en criterios clínicos previamente establecidos (figura 1). El abordaje precoz de las familias durante la permanencia en la UTIN representa una etapa estratégica del proceso de cuidado, permitiendo la orientación inicial acerca de la importancia del seguimiento longitudinal y favoreciendo la construcción de vínculo entre el equipo y los cuidadores antes del alta hospitalaria. Actualmente, 164 niños están asiduos en su seguimiento ambulatorio.

Tras el alta hospitalaria, la primera consulta ambulatoria ocurre, preferentemente, entre siete y 14 días. Este momento es considerado crítico para la evaluación

clínica inicial, la orientación familiar y la adaptación al cuidado domiciliario. A partir de esta etapa, se establece un cronograma longitudinal de acompañamiento, cuya periodicidad varía según la edad corregida, las condiciones clínicas y las necesidades específicas de cada niño.

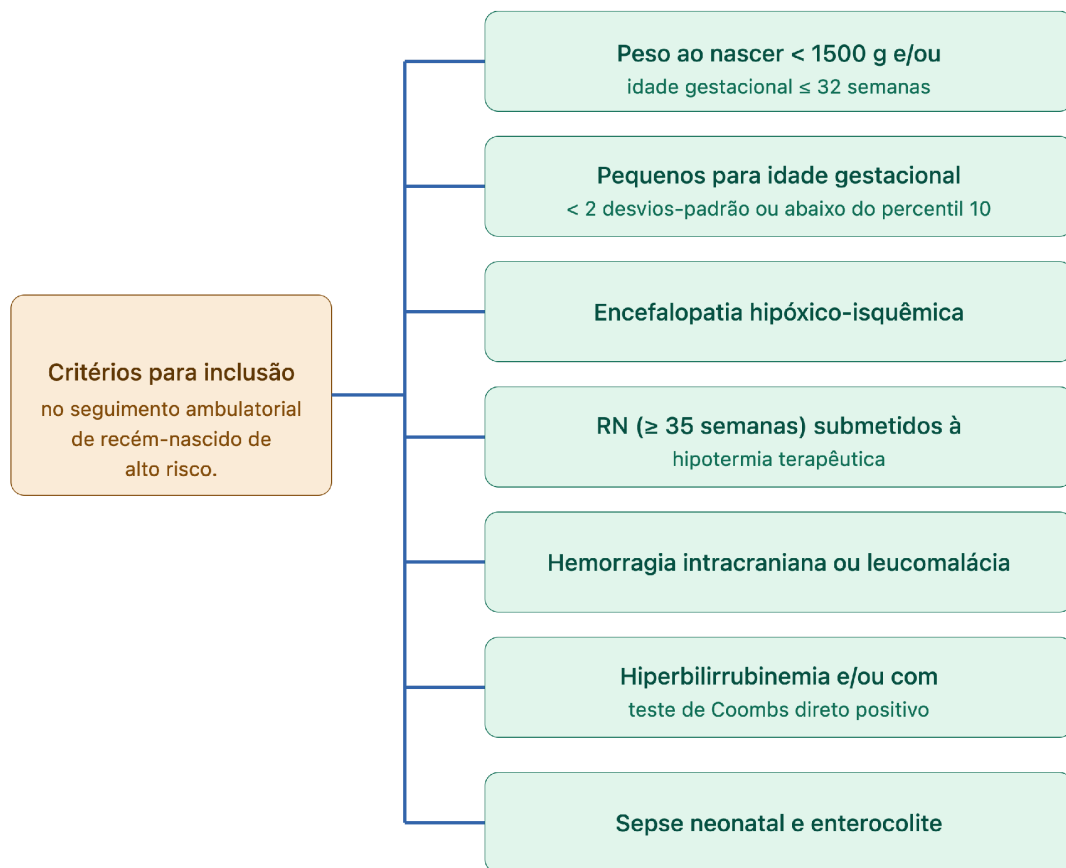


Figura 1: Criterios para la inclusión de recién nacidos en el ambulatorio del SARAR.

RN: recién nacido.

Fuente: Elaborado por los autores.

Durante las atenciones, se evalúan el crecimiento ponderoestatural, el desarrollo neuropsicomotor, la alimentación, el lenguaje, la postura y la marcha, la interacción familiar, los aspectos conductuales y las posibles alteraciones neurológicas o de otros órganos/sistemas, como las ortopédicas.

Profesionales de diversas áreas de grado atienden simultáneamente a los niños y sus familias, en consultas interdisciplinarias, en las cuales aplican sus conocimientos y experticias de forma dialógica, colaborativa y respetuosa entre sí y adecuada a la cultura y al entendimiento de las familias. Esto propicia la producción de conocimiento, basada científicamente, devolviendo a la comunidad académica los resultados de sus prácticas, y pudiendo ofrecer a esta población asistida las conductas más confiables, con individualidad, integralidad y ecología. Las atenciones ambulatorias duran cerca de 1 hora, siendo partícipes docentes y técnicos-universitarios de pediatría, enfermería, fisioterapia, fonoaudiología, nutrición y psicología, residentes de estas diversas áreas de la salud, graduandos becarios y voluntarios de la salud, en tres turnos a la semana.

Las atenciones son registradas en historia clínica electrónica hospitalaria multiprofesional, usualmente digitada por profesionales del área médica; y se llena una ficha multiprofesional con datos clínicos y de neurodesarrollo, en edades clave del niño (en la primera consulta y a los 3, 6, 9, 12, 24 y 36 meses y, después,

anualmente), digitada en base EPI-INFO 7.0 (CDC, 2015) por el graduando becario del proyecto, estando en desarrollo una base de datos en REDCap (Harris et al., 2009).

La toma de decisiones compartida entre los profesionales favorece una mayor integración del cuidado y reduce la fragmentación asistencial frecuentemente observada en servicios especializados. La periodicidad del acompañamiento atiende a lo sugerido por la Sociedad Brasileña de Pediatría (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: Periodicidad de las atenciones ambulatorias por grupo etario para el seguimiento de niños de riesgo en el SARAR.

Fuente: SBP; 2024.

La evaluación del desarrollo neuropsicomotor utiliza instrumentos validados y reconocidos internacionalmente, según la tabla a continuación, aplicados conforme al grupo etario y a los objetivos clínicos específicos.

Tabla 1: Instrumentos de tamizaje y evaluación diagnóstica del neurodesarrollo utilizados en el SARAR.

Instrumento	Grupo etario	Finalidad
Examen de Amiel-Tison (examen clínico neurológico)	32 semanas posconcepcionales a 6 años	Evalúa perímetro cefálico, postura, tono (pasivo/activo), reflejos, reacciones posturales, funciones motoras y sensoriales. Herramienta clínica para la detección precoz de alteraciones neurológicas.
Protocolo IRDI Indicadores de Riesgo para el Desarrollo Infantil (tamizaje)	0 a 18 meses	Evalúa la interacción madre-bebé y la constitución psíquica del niño en los primeros 18 meses de vida. Se basa en 31 indicadores clínicos divididos en cuatro grupos etarios (0–4, 4–8, 8–12 y 12–18 meses), observados y/o deducidos en el desarrollo del niño.
Test de Tamizaje de Denver II	0 a 6 años	Escala con 125 hitos distribuidos en cuatro áreas: motora gruesa, motora fina-adaptativa, lenguaje y personal/social. Retraso identificado cuando ≥ 2 ítems no se cumplen.

Evaluación de los Movimientos Generales (Prechtl GMA – Qualitative Assessment of General Movements)	Hasta 20 semanas postérmino	Evalúa la calidad de los movimientos espontáneos. Alta sensibilidad para riesgo de parálisis cerebral. Aplicada mediante observación de video.
Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS)	40 semanas posconcepción hasta 18 meses	Observa elecciones de movimiento en 4 posturas: prono, supino, sentado y ortostático. Medida de observación con mínimo manejo por el terapeuta, permitiendo el movimiento libre sin asistencia o interferencia del evaluador.
HINE – Hammersmith Infant Neurological Examination	3 a 24 meses	Evalúa la función neurológica global mediante puntuación de 0 a 78, con base en tono, reflejos, postura y respuesta motora. Especialmente útil en la predicción precoz de parálisis cerebral (PC), siendo más preciso cuando se asocia a la resonancia magnética.
Bayley III – Escala diagnóstica (existen cuatro versiones, de 1969 a 2019)	1 a 42 meses	Estándar de oro en la literatura para el diagnóstico del dominio afectado del neurodesarrollo. Compuesta por 5 subescalas: cognitiva, motora, lenguaje, social-emocional y adaptativa.
GMFCS – Gross Motor Function Classification System	Hasta 18 años	Sistema de clasificación de la función motora gruesa en cinco niveles para niños con parálisis cerebral: • Nivel I: Marcha independiente, sin limitaciones. • Nivel II: Marcha con limitaciones (largas distancias/terrenos irregulares). • Nivel III: Marcha con ayuda (ej.: andador); silla de ruedas para largas distancias. • Nivel IV: Movilidad limitada; uso predominante de silla de ruedas. • Nivel V: Movilidad extremadamente restringida; dependencia total para la locomoción.
M-CHAT-R – Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised	16 a 30 meses (énfasis: 18 y 24 meses)	Cuestionario aplicado a los padres para tamizaje de riesgo de trastorno del espectro autista (TEA). Debe ser seguido por entrevista clínica si es positivo.
ADL 2	1 año a 6 años y 11 meses	Compuesta por dos escalas: Lenguaje Comprensivo y Lenguaje Expresivo, permitiendo el análisis separado de cada dominio y facilitando la identificación y el grado del retraso de lenguaje.

Fuente: Viera; Rodrigues, 2025.

Esta batería de instrumentos acompaña la constitución psíquica inicial del niño y califica la evaluación del desarrollo, permitiendo la identificación precoz de desvíos y la intervención oportuna. Los instrumentos son aplicados según corresponda por todo el equipo (como el test de Denver II) o por el especialista en el área (por ejemplo, la ADL, aplicada por la fonoaudióloga del equipo).

Las orientaciones dirigidas a las familias atraviesan siempre todo este proceso, en el contexto de la parentalidad, y versan sobre estimulación temprana, alimentación, inmunización, desarrollo infantil y fortalecimiento del vínculo parental. La educación en salud constituye, por tanto, un eje transversal del proyecto, ocurriendo tanto durante las atenciones como en actividades colectivas realizadas en la sala de espera, siendo protagonizada por los graduandos debidamente asistidos y acompañados por los profesionales.

El seguimiento de los niños se realiza considerando la edad corregida para prematuros hasta los dos años, en lo que respecta al crecimiento, la nutrición y el desarrollo. La edad corregida para la prematuridad es la edad que el niño tendría si hubiera nacido en la fecha probable de su parto (DPP).

En lo que se refiere al crecimiento, para los pacientes que se encuentren con hasta 50 semanas de edad posmenstrual (edad gestacional al nacer + edad cronológica), los datos se evalúan según las curvas de Fenton para peso, estatura y perímetro cefálico para la edad (Fenton; Elmrayed; Alshaikh, 2025). A partir de las 50 semanas, la clasificación del estado nutricional atiende a los puntos de corte preconizados por la OMS (WHO, 2006), con la ayuda del programa WHO Anthro (WHO, 2010) para el cálculo de los indicadores antropométricos de los menores de 5 años, y WHO Anthro Plus para los mayores de 5 años (WHO, 2009). La evaluación de la oferta, aceptación y tolerancia de la alimentación del paciente se realiza en cada consulta mediante la realización de anamnesis alimentaria y aplicación de recordatorio alimentario de 24 horas.

La inmunización se realiza de acuerdo con la edad cronológica, con destaque para la inmunización pasiva, con la reciente incorporación por el SUS del anticuerpo monoclonal nirsevimab, para la prevención de infección respiratoria por el virus sincicial respiratorio, principal causa de reinternación hospitalaria en prematuros; y con destaque también para el uso de vacunas acelulares, con menores índices de efectos colaterales adversos (Rodrigues; Viera, 2025).

Otro aspecto relevante de la experiencia se refiere a la incorporación de tecnologías aplicadas a la evaluación y monitoreo del desarrollo infantil. En destaque, la utilización de fotogrametría para el análisis de asimetrías craneanas posicionales, desarrollada en alianza con el área de la ingeniería cartográfica vinculada a la universidad, a través de un proyecto de investigación (aprobado por el CEP bajo el número 79708624300005259) alineado al SARAR (Figura 3). Esta integración evidencia el potencial de los hospitales universitarios como espacios de innovación tecnológica aplicada a las necesidades del SUS.

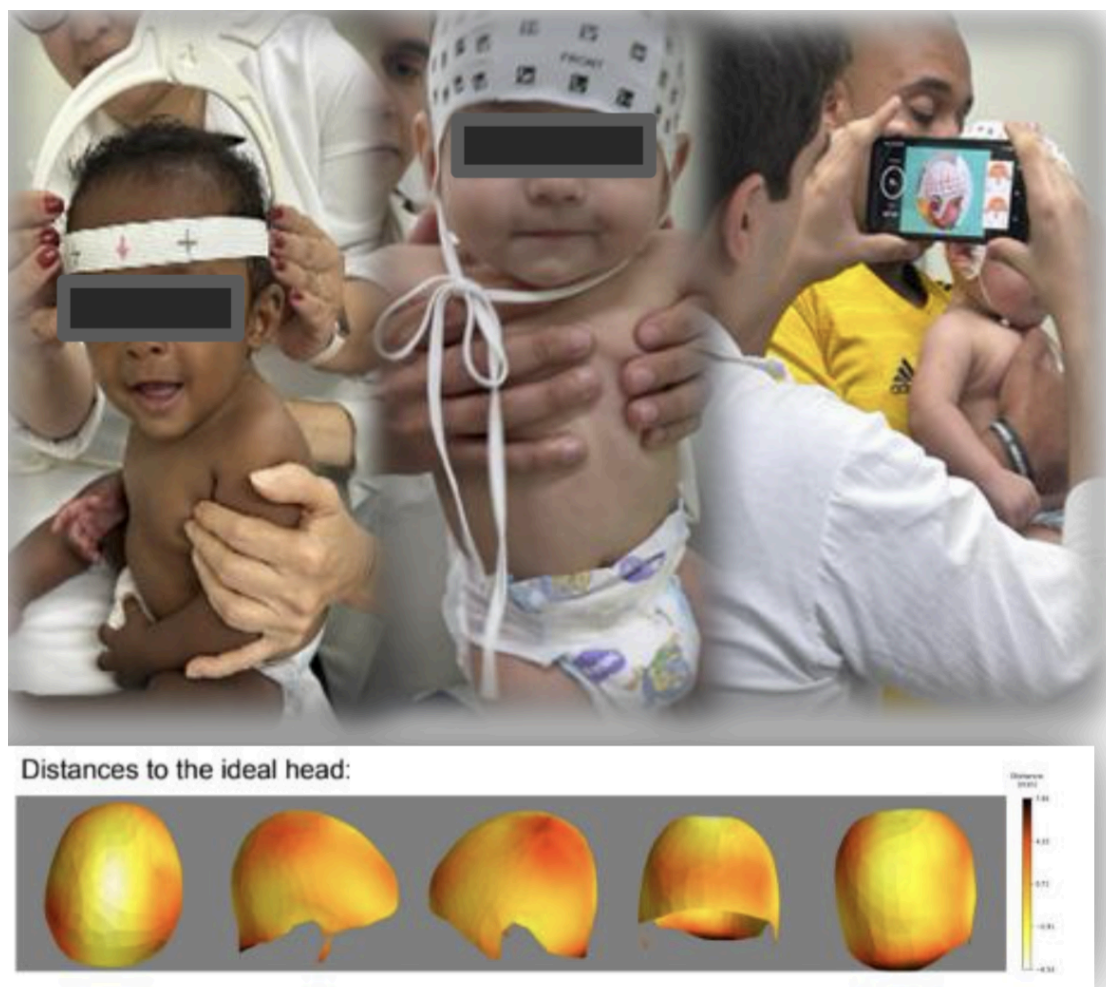


Figura 3: Evaluación de asimetrías craneanas posicionales mediante fotogrametría tridimensional realizada en alianza interdisciplinaria entre el ambulatorio de seguimiento del recién nacido de alto riesgo y el área de la ingeniería cartográfica de la universidad.

Fuente: Rodrigues et al. (2025)

Además de la dimensión asistencial, el proyecto posee un importante impacto formativo. Estudiantes de grado, residentes y posgraduados participan activamente en las actividades clínicas, discusiones de casos, acciones educativas y proyectos científicos, desarrollando competencias relacionadas con el trabajo interprofesional, el cuidado integral y la atención longitudinal a niños de alto riesgo. Para el graduando becario, la participación, según recomienda el Plan Nacional de Extensión Universitaria, posibilita experimentar nuevas prácticas, evaluar críticamente su formación y percibir la inserción social de su profesión, así como el conocimiento especializado en una situación de salud diferenciada, de incidencia creciente y progresivo impacto social.

La experiencia también resulta anualmente en la producción de trabajos científicos presentados en congresos y eventos académicos, así como en la publicación de artículos, todos eminentemente interdisciplinarios, contribuyendo a la difusión del conocimiento relacionado con el seguimiento neonatal y el desarrollo infantil.

A pesar de los avances observados a lo largo de la consolidación del proyecto, persisten desafíos relacionados con la continuidad del cuidado, especialmente en lo que se refiere a las pérdidas de seguimiento asociadas a las vulnerabilidades sociales y a las dificultades estructurales de la red urbana. En nuestro último levantamiento, observamos una pérdida de seguimiento del 37 %, motivada principalmente por enfermedad del cuidador primario, hospitalización del niño, dificultad de acceso (falta de recursos financieros, violencia en la comunidad y condiciones climáticas). Para el enfrentamiento de estas barreras, estrategias de

búsqueda activa, contacto remoto con familias y utilización de herramientas de comunicación digital vienen siendo progresivamente incorporadas a la rutina asistencial.

Otro desafío encontrado por las familias de niños de alto riesgo que evolucionan con alteraciones del neurodesarrollo es la dificultad de acceso a servicios de rehabilitación. La distribución desigual de los servicios especializados, la escasez de profesionales capacitados, las largas listas de espera y la necesidad de desplazamientos frecuentes dificultan la continuidad del acompañamiento multiprofesional. Además, nuevamente, se observan barreras socioeconómicas que limitan la comparecencia regular a las terapias, como costos de transporte, ausencia de red de apoyo e incompatibilidad entre horarios de atención y rutina familiar. Estas dificultades pueden resultar en retraso en el inicio de las intervenciones tempranas, menor adhesión al tratamiento y discontinuidad del seguimiento clínico.

Como consecuencia, estos niños pueden presentar peor evolución motora, cognitiva, de lenguaje y socioemocional, ya que la intervención temprana es considerada fundamental para potenciar la plasticidad cerebral en los primeros años de vida. La ausencia o irregularidad en el acceso a las terapias también puede contribuir al agravamiento de déficits funcionales, mayor dependencia de cuidados especializados a lo largo de la vida e impacto negativo en la calidad de vida del niño y de su familia (Dias; Rodrigues; Duarte, 2024). Estas limitaciones amplían desigualdades en salud, comprometiendo el pronóstico y aumentando la demanda futura por servicios de mayor complejidad en el sistema público de salud.

A pesar de los desafíos enfrentados, podemos citar éxitos a lo largo de esta década. En este último año, como la identificación e intervención interdisciplinaria a tiempo en las alteraciones del desarrollo y crecimiento para la minimización de secuelas con orientaciones domiciliarias y derivaciones terapéuticas, a partir de los instrumentos validados usados y citados anteriormente. Así, de 21 lactantes evaluados para la detección de posibles asimetrías craneanas, 15 fueron identificadas con asimetrías craneanas por medición con craneómetro realizada por la fisioterapeuta del equipo y por la fotogrametría a través del proyecto de investigación en alianza con la ingeniería, acoplado al SARAR, verificándose una mejora documentada tras la intervención fisioterapéutica. También la Educación en Salud, en las salas de atención y espera, interdisciplinaria y centrada en la familia, resulta a lo largo del proyecto en relatos de confort de los cuidadores primarios, ayudándolos en el manejo afectivo y técnico, multifacético y desafiante, con sus hijos. Una buena noticia es la creación e implementación de la base de datos en REDCap para los RN con asfixia; de los 90 RN asfíxicos egresados de la UTIN y derivados al SARAR, hay 66 en seguimiento, con análisis descriptivo del perfil neonatal realizado y resultados de desarrollo en curso. Con relación a la prevención y minimización del ausentismo, el control de morbilidades y faltas con reprogramaciones nos permitió 109 reprogramaciones en un contexto de 327 atenciones y 124 faltas. Y, en la esfera psíquica/mental, la aplicación del IRDI en 83 niños, entre 0 y 18 meses, mostró signos de sufrimiento psíquico en 39 y mejora paulatina en 25 niños, mediante intervención oportuna y a lo largo del acompañamiento.

Es relevante explicitar que a partir de la experiencia del proyecto de extensión SARAR, podemos verificar que las demandas de la población objetivo (los niños de alto riesgo y sus respectivas familias) pueden surgir genuinamente, lo que refuerza el potencial de las acciones extensionistas como instrumento de integración entre universidad, servicios de salud y necesidades concretas de la población atendida por el SUS.

4 Conclusión

La experiencia del Proyecto SARAR demuestra que un modelo de seguimiento ambulatorio interprofesional, interdisciplinario y dialógico de recién nacidos de alto

riesgo integrado al Sistema Único de Salud es viable. El SARAR consolidó a lo largo de una década un cuidado longitudinal centrado en el niño y en la familia que favoreció la identificación e intervención oportunas de alteraciones en el crecimiento y neurodesarrollo, la educación en salud de los cuidadores y la formación interdisciplinaria de los estudiantes y profesionales.

Por otro lado, la experiencia también evidenció los desafíos relacionados con la continuidad del acompañamiento, trayendo a la luz las vulnerabilidades sociales y las dificultades de acceso a los servicios especializados de rehabilitación.

En este sentido, se recomienda el fortalecimiento de la red de atención materno-infantil a través de articulaciones más eficaces entre las maternidades, la atención primaria de salud, los ambulatorios de seguimiento y los servicios de rehabilitación. Las estrategias de búsqueda activa y apoyo a la familia pueden contribuir a la identificación y mitigación de estas barreras y favorecer, así, la ampliación de la continuidad del cuidado y los mejores desenlaces de los niños de alto riesgo.

Referencias

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. Disponible en: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>. Acceso en: 20 may. 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. Disponible en: <https://www.cdc.gov/epiinfo/>. Acceso en: 20 may. 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. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2024.03.010>. Acceso en: 10 may. 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. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ppe.70035>. Acceso en: 21 may. 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.jped.2019.05.002>. Acesso em: 21 may. 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 may. 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.
- LOSAPPIO, 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 may. 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 may. 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 may. 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-Portuguese2.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/s0080-623420130000400029>. Acesso em: 11 may. 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. Disponible en: <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/application-tools>
- 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 los Autores

Maura Calixto Cecherelli de Rodrigues es pediatra y neonatóloga, profesora asociada del departamento de pediatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro y coordinadora del proyecto de extensión SARAR (DEPEXT/UERJ); miembro de los departamentos científicos de Desarrollo y Comportamiento de la Sociedad Brasileña de Pediatría y de Desarrollo y Rehabilitación de la Sociedad de Pediatría del Estado de Rio de Janeiro.

Alice Valente da Silva es nutricionista y miembro integrante del proyecto de extensión SARAR (DEPEXT/UERJ), preceptora del programa de residencia en nutrición clínica en el Hospital Universitario Pedro Ernesto; maestranda en Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Universidad Federal del Estado de Rio de Janeiro (UNIRIO).

Cirlene de Lima Marinho es fisioterapeuta y miembro integrante del proyecto de extensión SARAR (DEPEXT/UERJ); máster en Fisiología y Fisiopatología Clínica y Experimental por la Universidad del Estado de Rio de Janeiro. Preceptora de la UTI Neonatal, Cuna Intermedia y Ambulatorios de Seguimiento del RN de alto riesgo y pacientes pediátricos post-UTIP del Hospital Universitario Pedro Ernesto. Docente del módulo de Asistencia Fisioterapéutica del RN del Centro Universitario Augusto Motta (UNISUAM).

Daiana Evangelista La Macchia es fonoaudióloga y miembro integrante del proyecto de extensión SARAR (DEPEXT/UERJ); Especialista en Motricidad Orofacial por el CFFA, perfeccionamiento en Lenguaje por el CEFAC y curso de Consultoría en Lactancia por el Instituto Mamebem; maestranda del Máster Profesional en Telesalud de la UERJ.

Edneusa Oliveira Flor es fisioterapeuta y miembro integrante del proyecto de extensión SARAR (DEPEXT/UERJ); coordinadora del Ambulatorio de Fisioterapia Pediátrica Motora y Respiratoria - Policlínica Piquet Carneiro – UERJ; máster en Telesalud por el máster profesional de Telesalud y Telemedicina de la UERJ.

Elaine Rego Menezes es psicóloga y miembro integrante del proyecto de extensión SARAR (DEPEXT/UERJ); especializada en Psicoterapia Infanto-Juvenil por el Instituto Fernandes Figueira y coordinadora del Servicio de Psicología Médica del Núcleo Perinatal del Hospital Universitario Pedro Ernesto.

Eloá Gonçalves de Oliveira Campos es estudiante del 10º período de fisioterapia de la UNISUAM, donde integra la liga académica de fisioterapia neurofuncional (LAFIN) y es miembro del proyecto de extensión SARAR.

Gloria Maria Bastos da Silva Bacelar es pediatra y neonatóloga y miembro integrante del proyecto de extensión SARAR (DEPEXT/UERJ); máster en Ciencias Médicas por la UERJ.

João Mario Pereira es graduando del séptimo período de la Facultad de Ciencias Médicas de la UERJ y becario del proyecto de extensión SARAR (DEPEXT/UERJ) bienio 2025-2026.

Lucía Arenas Viera es pediatra y neonatóloga; doctoranda del Programa de Posgrado en Clínica Médica y con tesis de doctorado vinculada al proyecto de extensión SARAR (DEPEXT/UERJ) (área de encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal, con énfasis en hipotermia terapéutica, utilizando delineamiento observacional prospectivo). Máster en Ciencias Médicas por la Universidad del Estado de Rio de Janeiro (UERJ).

Maria Aparecida Thiengo es enfermera y miembro integrante del proyecto de extensión SARAR (DEPEXT/UERJ); máster en Salud de la Mujer y del Niño por la FENF/UERJ.

Simone Augusta Ribas es nutricionista y profesora adjunta de la Universidad Federal del Estado de Rio de Janeiro, posdoctora en Nutrición Humana por la UFRJ, y miembro integrante del proyecto de extensión SARAR (DEPEXT/UERJ).

Contribuciones de los Autores

Conceptualización [MCCR, AVS, CLM]; Metodología [MCCR, AVS, CLM, LAV]; Análisis, borrador, redacción y edición, visualización [MCCR, AVS, CLM, DEM, LAV, JMP, EOF, ERM, EGO, GMBB, MAT, SAR] Supervisión [MCCR]; Administración del proyecto [MCCR]. Todos los autores leyeron y aceptaron la versión publicada del manuscrito.

Consentimiento Informado

La investigación abarca tres aprobaciones por comités de ética, y se obtuvo el consentimiento informado de todos los representantes legales, así como el asentimiento de los participantes menores de edad mayores de cinco años. Los números del Certificado de Presentación para Apreciación Ética (CAAE)

correspondientes al estudio son: "Reducción de la morbilidad neonatal por asfixia perinatal con la hipotermia terapéutica inducida por sistema de enfriamiento servocontrolado" (CAAE 65560417.0.0000.525); "Evaluación de las características funcionales y anatómicas oculares de los niños que sufrieron eventos de hipoxia isquemia perinatal" (CAAE 78278024.4.0000.5259), en alianza con el servicio de oftalmología del hospital; y "Análisis de deformaciones craneofaciales mediante método fotogramétrico de bajo costo, por imágenes de celular" (CAAE 79708624.3.0000.5259), en alianza con la Facultad de Ingeniería de la universidad.

Conflictos de Interés

Los autores declaran no haber conflictos de interés.

Sobre la *Coleção Estudos Cariocas*

La *Coleção Estudos Cariocas* (ISSN 1984-7203) es una publicación dedicada a estudios e investigaciones sobre el Municipio de Río de Janeiro, vinculada al Instituto Pereira Passos (IPP) de la Secretaría Municipal de la Casa Civil de la Alcaldía de Río de Janeiro.

Su objetivo es divulgar la producción técnico-científica sobre temas relacionados con la ciudad de Río de Janeiro, incluyendo sus conexiones metropolitanas y su inserción en contextos regionales, nacionales e internacionales. La publicación está abierta a todos los investigadores (sean empleados municipales o no), abarcando áreas diversas — siempre que aborden, parcial o totalmente, el enfoque espacial de la ciudad de Río de Janeiro.

Los artículos también deben alinearse con los objetivos del Instituto, a saber:

1. promover y coordinar la intervención pública en el espacio urbano del Municipio;
2. proveer e integrar las actividades del sistema de información geográfica, cartográfica, monográfica y de datos estadísticos de la Ciudad;
3. apoyar el establecimiento de las directrices básicas para el desarrollo socioeconómico del Municipio.

Se dará especial énfasis a la articulación de los artículos con la propuesta de desarrollo económico de la ciudad. De este modo, se espera que los artículos multidisciplinarios enviados a la revista respondan a las necesidades de desarrollo urbano de Río de Janeiro.