

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Amanda Maria Tavares dos Santos Fontes

**Avaliação do grau de implantação da terceira etapa do método canguru em maternidade
de referência para nascimentos de alto risco, Pernambuco**

Recife

2018

Amanda Maria Tavares dos Santos Fontes

Avaliação do grau de implantação da terceira etapa do método canguru em maternidade de referência para nascimentos de alto risco, Pernambuco

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Doutor em Saúde da

Área de Concentração: Abordagens Quantitativas em Saúde

Linha de Pesquisa: Estudos da morbimortalidade da criança.

Orientadora: Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho

Recife

2018

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa- CRB4-1010

- F683a Fontes, Amanda Maria Tavares dos Santos.
Avaliação do grau de implantação da terceira etapa do método canguru em maternidade de referência para nascimentos de alto risco, Pernambuco / Amanda Maria Tavares dos Santos Fontes. – 2018.
103 f.: il.; tab.; quad.; gráf.; 30 cm.
- Orientadora: Silvia Wanick Sarinho.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife, 2018.
- Inclui referências, apêndices e anexos.
1. Prematuridade. 2. Atenção primária à saúde. 3. Método canguru. 4. Acesso aos serviços de saúde. 5. Avaliação em saúde. I. Sarinho, Silvia Wanick (Orientadora). II. Título.

618.92

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2018-319)

Amanda Maria Tavares dos Santos Fontes

**Avaliação do grau de implantação da terceira etapa do método canguru em
maternidade de referência para nascimentos de alto risco, Pernambuco**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovado em: 24 / 05 / 2018.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho - (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco ã UFPE

Dr. Paulo Germano de Frias (Examinador externo)
Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde ã IMIP

Profa. Dra. Michelle Figueiredo Carvalho (Examinadora externo)
Universidade Federal de Pernambuco ã CAV/UFPE

Dedico este trabalho aos meus pais, ao meu esposo e aos meus pacientes, fontes inspiradoras que Deus colocou para me fortalecer durante o percurso. A eles, que sempre me incentivaram e me possibilitaram estudar.

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos espíritos de luz, pela força e oportunidade de chegar ao Mestrado, por me darem força e coragem em cada dia.

À minha família: meus pais, base de minha estrutura emocional e de caráter, meu esposo Danilo, por sempre estar comigo e ser meu incentivador na vida e na carreira profissional, minhas irmãs, sobrinhos, cunhados, tias, primas e primos que torcem e se alegram com minha vitória.

À minha orientadora, Sílvia Sarinho, pela paciência e oportunidades de aprender com ela.

Aos meus amigos, que estiveram presentes durante essa caminhada, me escutaram e me alegraram em algum momento, mesmo os distantes, que vibraram e torceram por mim.

Às amigadas que ganhei na sala, Anália e Vanessa, por toda a ajuda e trocas de ideias durante o Curso.

Aos meus companheiros de trabalho, que compreenderam meus momentos de angústia, ansiedade e cansaço.

Aos meus pacientes, que sempre foram o motivo principal de todo o esforço.

Às famílias que participaram da pesquisa, sem elas não seria possível realizá-la.

À Dra. Geisy Lima, por toda a atenção dispensada ao meu trabalho e à equipe do canguru IMIP, em especial a Analice, pelo acolhimento e apoio durante as coletas de dados.

A todos os professores da Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, que contribuíram de forma especial com meu crescimento pessoal e profissional.

À equipe técnica da Pós-graduação, pelo apoio e organização.

À banca examinadora, que contribuiu lindamente para o meu aprendizado e para a qualidade do trabalho.

Muito obrigada!!

Estudar as doenças sem livros é navegar em mar largo sem bússola; mas estudar nos livros sem ver doentes é ficar ancorado no porto (Aequanimitas, 1906).

RESUMO

Em anos recentes, com os avanços tecnológicos na assistência neonatal houve aumento na sobrevivência do recém-nascido pré-termo e de baixo peso ao nascer. Houve maior demanda para qualificar a assistência à saúde dessas crianças após internação hospitalar compartilhada com a atenção básica para os egressos de serviços da alta complexidade, provenientes de estratégias como o Método Canguru avaliar o grau de implantação da terceira etapa do Método Canguru em maternidade de referência, em nascimentos de alto risco no estado de Pernambuco, nas dimensões de estrutura e processo; e descrever o perfil biológico das crianças e sociodemográfico das famílias participantes do estudo. Estudo avaliativo de apreciação normativa, com enfoque no grau de implantação do seguimento compartilhado entre a primeira consulta na atenção hospitalar e a primeira consulta na atenção básica, para ações preconizadas e normatizadas pelo Ministério da Saúde em 2015, pelo manual do Método Canguru. A abordagem foi sistêmica, pautada na estrutura e processo, utilizando modelo lógico e matriz de julgamento construídos e analisados por *experts* na área, para definir os critérios do grau de implantação. Incluiu recém-nascidos pré-termo e baixo peso ao nascer, atendidos na terceira etapa do Método Canguru em ambulatório hospitalar, residentes em Pernambuco; a amostra foi selecionada por conveniência, durante o período de agosto de 2017 a janeiro de 2018, e o grau de implantação foi obtido através do sistema de escore. A amostra foi constituída de 95 responsáveis pelas crianças que se adequaram aos critérios de inclusão da pesquisa, sendo 57,9% da Região Metropolitana do Recife e 42,1% do interior do Estado, 92,6% de área urbana, 57,9% meninos, 47,4% com idade gestacional de nascimento entre 28 e 36 semanas, 80% com peso ao nascer entre 1000g e 2000g; no momento da alta hospitalar, na segunda etapa, 96,8% tinham peso entre 1751 e 2019g. A mediana do tempo de internação foi de 24 dias. A terceira etapa do Método Canguru foi considerada parcialmente implantada (69,5%). Na dimensão processo, o componente de controle e monitoramento e acessibilidade sócio-organizacional à primeira consulta na atenção básica apresentou percentual que classificou os componentes como parcialmente implantados, com grau de implantação de 60,9% e 73,8%, respectivamente; o componente de orientações apresentou grau de implantação de 52,9%, o que representou a não implantação do componente. A dimensão estrutura (insumos materiais) apresentou implantação satisfatória, com percentual de 95,2%. A terceira etapa do Método Canguru para egressos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), foi classificada como parcialmente implantada. Fato que aponta para possíveis fragilidades no compartilhamento da atenção à saúde como

preconiza a norma para o Método Canguru. Os resultados sugerem a necessidade de treinamento das equipes da atenção básica para a efetiva aplicação das normas do Método Canguru, instituídas como política de humanização da atenção, pelo Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Prematuridade. Atenção Primária à Saúde. Método Canguru. Acesso aos Serviços de Saúde. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

In recent years, with technological advances in neonatal assistance there has been an increase in the survival of both preterm and low birth weight newborns. There has also been a greater demand to qualify the students within the health care of these children after hospitalization shared with basic attention to the graduates of high complexity services coming from strategies such as the Kangaroo method. To evaluate the implementation degree of the third stage of the maternity's Kangaroo method in high-risk births in the state of Pernambuco, with structural and process dimensions; and describe the biological profile of the children and the demographic partner of the families participating in the study. Evaluation Study of normative assessment, focusing on the implementation degree of the shared follow-up between the first hospital consultation and first basic consultation, for actions advocated and standardized by the Ministry of Health in 2015 and by the Kangaroo Method Handbook. Present systemic approaches based on the structure and process, with the construction of a logical model and a Judgment matrix, built and analyzed by experts in the area, to define the criteria of the degree of implantation. The study included preterm and low birth weight newborns, attended to in the third stage of the Kangaroo method in ambulatory hospital, and being residents of Pernambuco; The samples were selected for convenience during the period of August 2017 to January 2018, and the degree of implantation was obtained through a scoring system. The sample was made up of the 95 parties responsible for the children who adapted to the criteria of inclusion of the research, with 57.9% coming from the metropolitan region of Recife and 42.1% from the countryside within the state, 92.6% from urban areas, 57.9% were boys, 47.4% with a Gestational birth of between 28 and 36 weeks, 80% with a weight at birth of between 1000g to 2000g; At the time of hospital discharge, in the second stage, 96.8% had a weight of between 1751g to 2019g. The median of internment time was 24 days. The third stage of the Kangaroo method was considered partially implanted (69.5%). In the process dimension, the control and monitoring component and socio-organizational accessibility of the first basic consultation showed percentages that classified components as partially deployed, with a degree of implantation of 60.9% and 73.8% respectively; The orientation component presented a 52.9% deployment grade, which represented the non-deployment of the component. The structural dimension (material inputs) presented satisfactory implantation, with a percentage of 95.2%. The third stage of the Kangaroo method for the graduates of the Institute of Integral Medicine Prof. Fernando Figueira (IMIP), was classified as partially deployed. A fact that points to possible weaknesses in the sharing

of health care as it advocates the norm for the Kangaroo method. The results suggest the need for the training of the basic attention teams to the effect of the rules of the Kangaroo method, instituted as a policy of the humanization of attention by the Ministry of Health.

Keywords: Prematurity. Primary health care. The kangaroo method. Access to health services. Health assessment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Modelo Lógico	36
Figura 2 -	Fluxograma da coleta de dados	42
Gráfico 1 -	Grau de Implantação dos componentes para a terceira etapa Método Canguru	57
Gráfico 2 -	Grau de Implantação da terceira etapa Método Canguru por Região de Moradia	58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Matriz de Julgamento: Dimensão Processo – Componente: ações de orientações - Terceira etapa MC	37
Quadro 2 - Matriz de Julgamento: Dimensão Processo–Componente Controle e Monitoramento - terceira etapa método canguru	38
Quadro 3 - Matriz de Julgamento: Dimensão Processo - Acessibilidade sócio-organizacional - Acolhimento na AB terceira etapa do método canguru	39
Quadro 4 - Matriz de Julgamento: Dimensão Processo - Acessibilidade sócio-organizacional à consulta na atenção básica - coordenação do cuidado terceira etapa do método canguru	40
Quadro 5 - Matriz de Julgamento: Dimensão Estrutura – Recursos Materiais terceira etapa do método canguru	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Ações de orientação em saúde compartilhada entre o ambulatório hospitalar Canguru e a atenção básica, na terceira etapa do método canguru, por região de procedência das crianças: Recife, 2018.	47
Tabela 2 -	Ações de controle e monitoramento do crescimento realizadas pelo ambulatório hospitalar e a atenção básica durante a terceira etapa do método canguru, por região de procedência das crianças: Recife, 2018.	48
Tabela 3 -	Acessibilidade sócio-organizacional à primeira consulta na atenção básica para coordenação do cuidado, referência e retorno à maternidade de nascimento- terceira etapa do método canguru.	49
Tabela 4 -	Acessibilidade sócio-organizacional à primeira consulta na atenção básica para ações para acolhimento na UBS-terceira etapa do método canguru: Recife, 2018.	50
Tabela 5 -	Frequências de Insumos para as ações de controle e monitoramento do crescimento e desenvolvimento na primeira consulta na UBS - Terceira etapa do método canguru: Recife, 2018.	51
Tabela 6 -	GI da assistência compartilhada na terceira etapa do MC – ações de orientação para a Interior do Estado e Região Metropolitana do Recife: Recife, 2018.	52
Tabela 7 -	GI da assistência compartilhada na terceira etapa do MC – ações de controle e monitoramento para a Interior do Estado e Região Metropolitana do Recife: Recife, 2018.	53
Tabela 8 -	GI da assistência compartilhada na terceira etapa do MC – acessibilidade sócio-organizacional (Primeiro contato e coordenação do cuidado) para a Interior do Estado e Região Metropolitana do Recife: Recife, 2018.	54
Tabela 9 -	GI da assistência compartilhada na terceira etapa do MC para dimensão estrutura UBS para Interior do Estado e Região Metropolitana do Recife: Recife, 2018.	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
CD	Crescimento e desenvolvimento
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF P	Estratégia de Saúde da Família
GI	Grau de Implantação
IG	Idade gestacional
IMIP	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
MC	Método Canguru
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PC	Perímetro cefálico
PCATool	Instrumento de Avaliação da Atenção Primária
PMAQ – AB	Programa de Melhoria da Atenção e Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde

RC	Rede Cegonha
RNPT	Recém-nascido pré-termo
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Transporte fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visitas domiciliares

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1	PREMATURIDADE	19
2.2	MÉTODO CANGURU	20
2.3	CONCEITO E IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL	21
2.4	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA SAÚDE DA CRIANÇA	23
2.5	AVALIAÇÕES DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: INTEGRALIDADE, INTERSETORIALIDADE E ACESSIBILIDADE	26
2.6	ESTUDOS DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE COMO PRESSUPOSTO PARA AVALIAR A QUALIDADE DO SERVIÇO	29
3	MÉTODOS	33
3.1	DESENHO DO ESTUDO	33
3.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	33
3.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO E COLETA DOS DADOS	33
3.3.1	Amostra	33
3.4	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	34
3.4.1	Critérios de inclusão	34
3.4.2	Critérios de exclusão	34
3.5	DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS	34
3.6	MODELO LÓGICO E MATRIZ DE JULGAMENTO DO COMPARTILHAMENTO DA TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU E DA ACESSIBILIDADE A PRIMEIRA CONSULTA	34
3.6.1	Modelo Lógico	35
3.6.2	Critérios e padrões de análise: Matriz de julgamento	37
3.7	COLETA DOS DADOS	41
3.8	INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS	43
3.9	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	43
3.10	ASPECTOS ÉTICOS	44
3.11	LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS	45
4	RESULTADOS	46
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	46
4.2	ATENÇÃO À SAÚDE COMPARTILHADA ENTRE AMBULATÓRIO HOSPITALAR DO MC E ACESSIBILIDADE SÓCIO- ORGANIZACIONAL NA PRIMEIRA CONSULTA A AB	46
4.3	IMPLANTAÇÃO DA TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU	52
5	DISCUSSÃO	59
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
	REFERÊNCIAS	69
	APÊNDICE A – QUADRO DE VARIÁVEIS	77
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	85
	APÊNDICE C – TABELAS GI: INTERIOR DO ESTADO	93
	APÊNDICE D – TABELAS GI: REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE	97
	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	101

1 INTRODUÇÃO

Os nascimentos pré-termo representam potenciais riscos para morte neonatal, infantil e comprometimento no desenvolvimento da criança. O quantitativo de nascimentos pré-termo no Brasil apresentou discreto crescimento, ao longo da última década. Em 2014, o Nordeste ocupava posição semelhante à Região Norte, em relação ao percentual de nascimentos pré-termo: 11,4%, e 11,5%, respectivamente; a região do país com menor percentual de nascimentos pré-termo, neste mesmo ano, foi a Região Sul, com 9,31%. No mesmo ano, Pernambuco apresentou percentual de 11,6%, sendo o terceiro estado do Nordeste com maiores percentuais de nascimentos pré-termo, atrás dos estados do Rio Grande do Norte e do Ceará. A prematuridade destaca-se entre as principais causas de mortes evitáveis, pela não adequada assistência à mulher e à criança, mostrando a necessidade dos cuidados em saúde passíveis de minimizar esse problema (LANSKY et al, 2014; BRASIL, 2016b).

Uma das estratégias para a redução da mortalidade neonatal no Brasil, utilizada para os cuidados do recém-nascido pré-termo (RNPT) e com baixo peso ao nascer é o Método Canguru (MC), desenvolvido no país desde a década de 90. Ao longo desses anos, a atenção prestada às crianças pré-termo, após a implantação do MC como política, no Brasil, ganhou um olhar diferenciado, da atenção humanizada, modificando o paradigma do cuidado perinatal e contribuindo para a redução da morbidade e da mortalidade neonatal no país. Os avanços tecnológicos e a atenção humanizada se complementam, no incentivo ao acolhimento do bebê e sua família, respeito às individualidades, promoção do contato pele a pele o mais precocemente possível e o envolvimento da mãe nos cuidados do bebê. Desde 2015 há normatização do Ministério da Saúde (MS) para atenção compartilhada para RNPTs egressos da segunda etapa (hospitalar) do MC e a continuidade do cuidado também em território da Atenção Básica (AB): a terceira etapa (BRASIL, 2015; ALMEIDA, 2015).

Na terceira etapa do MC deve ocorrer um compartilhamento entre a atenção hospitalar e a AB deve ser descentralizada e territorializada para que esteja próxima à vida das pessoas, além de ser a ordenadora do cuidado em saúde, e estabelecer comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Estudos que observem a assistência realizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e seus atributos: integralidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, são relevantes para fortalecer, do ponto de vista acadêmico, a saúde pública e a descentralização da atenção à saúde preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e auxiliar a corrigir distorções. A assistência efetiva da AB resulta em forte colaboração para a permanência dos cuidados necessários ao RNPT em domicílio, prevenindo

agravos à saúde e a reospitalização dessas crianças. Ainda é pequeno o número de pesquisas que contemplam o cuidado ao RNPT egresso do MC na AB, no país (BRAGA; SENA, 2012; LIMA et al., 2018).

A partir da experiência da autora no contexto da AB, durante seis anos, e seu envolvimento em projeto de pesquisa com recém-nascidos prematuros no Centro Acadêmico de Vitória (CAV-UFPE), no interior de Pernambuco, e de lacunas no conhecimento científico, surge o interesse sobre o tema.

O questionamento sobre como se dá o Grau de Implantação (GI) da terceira etapa do MC no Estado de Pernambuco, em crianças nascidas prematuramente em uma maternidade de referência nacional para o método, motivou a realização da presente pesquisa.

Estudos de avaliação de serviços possibilitam observar o desenvolvimento das ações de saúde para fins de planejamento e tomada de decisões. O campo de conhecimento sobre avaliação dos serviços de saúde, no Brasil, vem desempenhando seu papel no âmbito do SUS, para melhorias em políticas, programas e serviços, porém de forma ainda discreta.

Do mesmo modo, estudos de avaliação da qualidade dos serviços na AB são importantes porque possibilitam planejar estratégias que facilitam a integralidade e a continuidade do cuidado a essa população, em seu território, assim como observar potencialidades e/ou fragilidades na atenção à saúde. Avaliar a etapa do MC que normatiza a assistência compartilhada entre níveis diferentes de atenção à saúde para o cuidado do prematuro permite olhar para a acessibilidade dessas crianças na AB.

Esta dissertação está vinculada à linha de pesquisa: Estudos da Morbimortalidade da Criança e foi estruturada em quatro capítulos. O primeiro consiste na revisão da literatura sobre o tema, a partir de artigos científicos indexados nos bancos de dados do Portal Periódicos Capes e dissertações/teses cadastradas na Capes (Coordenação e Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). Foram utilizados os descritores em ciências da saúde (DeCS): Prematuridade, Pré-termo, Atenção Primária à Saúde, Método Canguru e Acesso aos Serviços de Saúde, Avaliação em Saúde, Avaliação de Programas e Projetos de Saúde e Avaliação em Saúde e Saúde da Criança. O segundo capítulo, denominado Métodos, detalha a operacionalidade da investigação. O terceiro apresenta os resultados da pesquisa e o último capítulo discute os achados e dialoga com a literatura científica. Por fim, são apresentadas algumas considerações finais sobre o estudo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 PREMATURIDADE

Sabe-se que, mundialmente, cerca de 20 milhões de RNPT e de baixo peso nascem por ano; destes, um terço não completa o 1º ano de vida. Essa realidade é considerada um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, devido ao alto índice de morbidade e mortalidade infantil. As primeiras causas de mortalidade infantil, no Brasil, são as afecções perinatais, mais comuns em recém-nascidos pré-termo e de baixo peso ao nascer (BRASIL, 2015a; KLOSSOSWSKI et al., 2016; LEAL et al., 2016b).

A literatura evidencia que: idade materna avançada; nível socioeconômico, pré-natal inadequado, doenças na gestação, como hipertensão materna e infecção urinária, gestação na adolescência, gestações múltiplas, descolamento prematuro de placenta e nascimentos no setor privado são fatores considerados de risco para nascimentos prematuros (ARAÚJO; TANAKA, 2007; LEAL et al., 2016a; 2016b).

A prematuridade constitui fator de risco para o desenvolvimento e o crescimento inadequados de crianças, devido à maior chance de adoecimento e morte. Quanto mais cedo for o nascimento, maior será sua imaturidade fisiológica, metabólica e psicológica. Avanços no campo da neonatologia têm contribuído significativamente para a redução das taxas de mortalidade e morbidade dessas crianças. Os cuidados com a saúde têm mudado de foco, agregando a assistência voltada à sobrevivência, para a valorização do crescimento e desenvolvimento, e a presença constante da família. Acompanhar e intervir precocemente nas intercorrências destes RNs significa propiciar as condições necessárias para que eles tenham conjunturas favoráveis a melhores condições de sobrevivência (SASSÁ et al., 2014; DAMASCENO et al., 2014; BRASIL, 2015a).

Intervenções que favoreçam a fisiologia, o crescimento e o desenvolvimento dessas crianças são relevantes em todos os níveis de assistência, não apenas no ambiente hospitalar, mas na continuidade do cuidado na AB. O incentivo ao aleitamento materno exclusivo, permanência da criança na posição canguru, acompanhamento adequado do crescimento, imunização e orientações aos cuidadores sobre aspectos do desenvolvimento são intervenções estratégicas que influenciam positivamente na qualidade de vida de crianças de risco (BRAGA; SENA, 2012; LIMA et al, 2018).

Para vigilância do crescimento, o MS reconhece curvas específicas para o acompanhamento da criança pré-termo. Porém, orienta que, no Brasil, sejam utilizadas as

curvas da Organização Mundial da Saúde (OMS), incluídas na Caderneta de Saúde da Criança, com a idade cronológica corrigida até 40 semanas de idade gestacional (IG). A correção da idade cronológica deve ocorrer para crianças nascidas com IG menor que 35 semanas. Tal correção é aplicada de maneira diferente para peso, estatura e perímetro cefálico (PC). Para o peso, o ajuste deve ser feito até os dois anos, para o PC até os 18 meses; no caso do acompanhamento da estatura, a correção da idade cronológica dependerá da IG no nascimento, se menor que 34 semanas até três anos e meio, menor que 28 semanas até 5 anos, menor que 24 semanas até sete anos (BRASIL, 2015a). Para a vigilância do desenvolvimento, o MS (2015) orienta a correção da idade até os dois anos de vida da criança e esclarece que, na AB, devem ser utilizados os marcos do desenvolvimento que constam na Caderneta de Saúde da Criança. Quando identificados desvios é oportuno o encaminhamento para seguimento especializado, para realização da estimulação necessária (BRASIL, 2015a). Efeitos positivos na estimulação ao desenvolvimento de crianças prematuras têm encontrado respaldo no efetivo contato pele a pele mãe-bebê, em programas de humanização da atenção, como o Método Canguru (LIMA, 2015).

2.2 MÉTODO CANGURU

É uma intervenção baseada no cuidado singular ao RNPT e à sua família, que incentiva a proximidade do contato pele a pele entre o recém-nascido e seus pais. Trata-se de uma intervenção que abrange vários aspectos do cuidado neonatal. Em 1979, foi desenvolvido em Bogotá, na Colômbia, o Método Mãe Canguru, para o atendimento de RNPT e de baixo peso. O método não só conseguiu reduzir a mortalidade, mas melhorou o desenvolvimento das crianças. Desde então, vem sendo desenvolvido em vários países. Inspirado em experiências como a de Bogotá, em 1997, o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) chega ao final de concurso com o projeto “Enfermaria Canguru” (LIMA, 2015; MENDES et al., 2015).

Em 1999, o IMIP sediou o 1º Encontro Nacional Mãe Canguru e o BNDES, no Rio de Janeiro, patrocinou um grande evento para apresentar o novo modelo de assistência ao recém-nascido pré-termo. A partir desses marcos, alguns hospitais brasileiros passaram a estabelecer modelos de utilização da posição canguru para essa população de crianças e suas mães (LIMA, 2015).

A Área Técnica de Saúde da Criança do MS analisou essa nova corrente e propôs uma normatização para o seu uso. EM 2000, o MC foi estabelecido como política de saúde no Brasil, sendo definido como modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado, reunindo estratégias de intervenção biopsicossocial voltadas para a atenção humanizada, visando complementar os avanços tecnológicos clássicos, promovendo o aumento do vínculo mãe-bebê, maior prevalência de aleitamento materno e mais competência e confiança nos pais para os cuidados com o recém-nascido (GONTIJO et al., 2015).

O método é desenvolvido em três etapas: a primeira ocorre quando o bebê é internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI NEO). Na segunda etapa, o RNPT é levado para a unidade conjunta, onde permanece com a mãe até alcançar a estabilidade clínica e a capacidade de mamar no peito, e ter peso mínimo de 1500g. Essa unidade é chamada de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). A terceira etapa é domiciliar, com seguimento ambulatorial compartilhado entre o hospital de nascimento e as equipes de AB e nela deve ocorrer a complementação dos protocolos neonatais até o peso de 2.500 g. Em 2011, o MS lançou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso (Método Canguru), por meio da Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000, e, em 2015, o Manual que contempla o compartilhamento do cuidado durante a 3ª etapa do método (SILVA; GARCIA; GUARIGLIA, 2017; BRASIL, 2015)

O MC busca minimizar os efeitos da prematuridade e melhorar o cuidado neonatal, valorizando a participação da família nos cuidados ao bebê ainda no hospital. Sabe-se que o método reduz as complicações de saúde e contribui para mudanças de postura dos profissionais, visando à humanização da assistência ao RNPT. Sua efetividade é comprovada para a prática da amamentação, a redução de complicações e reinternações no 1º ano de vida, redução do impacto do nascimento pré-termo sobre as crianças e suas famílias e favorecimento do desenvolvimento do RNPT (BRASIL, 2015; MENDES et al., 2015). É importante que a atenção à saúde das crianças nascidas prematuras ocorra em todos os níveis de atenção do sistema de saúde.

2.3 CONCEITO E IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

A declaração de Alma Ata, na década de 1970, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) tornou-se um importante marco para o desenvolvimento da AB no mundo.

Apresentada como núcleo central de um sistema de saúde, deve ser orientada segundo os principais problemas sanitários do território, com serviços que considerem as condições socioeconômicas do país. Em 2003, os estados-membros da Organização das Nações Unidas (Opas) demonstraram que a AB pode ser interpretada e adaptada para ajustar-se a contextos políticos, sociais, culturais e econômicos (OPAS, 2005).

A Opas lançou, em 2005, o documento ‘Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas’, que amplia e aprofunda a Atenção Primária à Saúde (APS), definindo valores, princípios e elementos essenciais para um sistema de saúde baseado na APS (OPAS, 2005).

A APS passou a ser organizada pela ESF em 1994, por meio da implantação do Programa Saúde da Família (PSF). O programa foi influenciado por abordagens internas e externas de cuidados primários, apresentando-se como uma proposta mais abrangente, e visava a reorganização do SUS e o aprimoramento da municipalização. Com a implantação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, a ESF assume lugar prioritário para a organização do sistema de saúde. Trata-se de uma política de reorganização do modelo assistencial e deve ser o primeiro nível do sistema, com oferta de serviços clínicos, de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. É responsável pela coordenação do cuidado com articulação com outros níveis de atenção da RAS (PAIM, 2012; ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2015).

No Brasil, deve ser desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e estar próxima da vida das pessoas de forma a promover ações de saúde individuais, familiares e coletivas, realizadas com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre a qual as equipes assumem responsabilidade sanitária. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a RAS. A APS se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (PAIM, 2012; ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2015).

Estudo de Starfield (2002) comparou 12 nações e mostrou que um sistema de saúde com a APS fortalecida é mais efetivo, equitativo, satisfatório e de menor gasto. Em 2009, Forti realizou revisão bibliográfica sobre experiências europeias e latino-americanas que têm a AB como porta de entrada ao sistema de saúde. Como resultado, identificou a diferença de concepções sobre o modelo e conclui que há um conjunto de evidências internacionais que sugerem melhores níveis de saúde com maior nível de equidade, em países cujo sistema de saúde é orientado pela AB, o que reforça a importância de seus achados.

Em estudo anterior, Bezerra (2004) apresentou um modelo que explicou o impacto da ESF na saúde brasileira, devido: ao aumento no acesso aos serviços de saúde com marco territorial, superando barreiras geográficas; ao empoderamento da comunidade através de ações de educação e informações em saúde; e a ações comunitárias organizadas com melhores resultados na saúde da população. Espera-se que o impacto de políticas públicas na população atinja grupos mais vulneráveis, como as crianças, promovendo a saúde, e proporcionando patamares cada vez menores dos indicadores de morbidade e mortalidade para esse grupo populacional. O efeito positivo da orientação do sistema de saúde pela AB, no Brasil e no mundo já foi constatado (ANDRADE, BUENO E BEZERRA (2012).

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE DA CRIANÇA

Desde o início do século XX, o olhar à saúde materno-infantil esteve presente nas ações de saúde pública, com a implantação de diversos programas que foram se consolidando ao longo dos anos. É importante ressaltar que todos os programas elaborados possuem um objetivo em comum: diminuir as taxas de morbidade e mortalidade materna e infantil. De fato, houve redução nessas taxas; entretanto, os índices ainda permanecem altos (CASSIANO et al, 2014).

O MS desenvolveu, ao longo das últimas décadas, estratégias para promover um novo modelo de assistência estruturado em redes. As RASs constituem um conjunto de serviços de saúde interligados para permitir a oferta de uma atenção contínua e integral a determinada população (BRAGA; SENA, 2012).

Em 2011, foi criada, pelo MS, a Rede Cegonha (RC), através da Portaria nº 1.459, com o objetivo de apresentar um novo modelo de atenção ao parto, ao nascimento e à saúde da criança; uma rede de atenção que garanta acesso, acolhimento, resolutividade e redução da mortalidade materna e neonatal. A RC está estruturada em quatro componentes (Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação). Cada componente compreende uma série de ações, preconizadas na portaria da RC (BRASIL, 2011).

Em 2015, o MS emitiu a Portaria nº 1.130, de 5 de agosto, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Esta política tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança em todos os seus aspectos, mediante cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira

infância (de zero a cinco anos) e às populações de maior vulnerabilidade. Visa reduzir a mortalidade e a morbidade infantil e favorecer um ambiente com condições dignas de existência, e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

A PNAISC é orientada por princípios e diretrizes que norteiam a construção dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para as crianças, esta política estrutura-se em sete eixos estratégicos, dentre eles a atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao RN. Este eixo se destina à melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na AB com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se numa rede articulada de atenção (BRASIL, 2015)

Algumas das ações preconizadas pela PNAISC são: atenção humanizada ao RNPT e de baixo peso, com a utilização do MC; alta qualificada com descrição clara do estado de saúde do RN na maternidade, com vinculação precoce da dupla mãe-bebê à AB, para continuidade do cuidado; seguimento do RN de risco, após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a atenção especializada e a AB; disponibilização da Caderneta de Saúde da Criança, com atualização periódica de seu conteúdo; qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela AB (BRASIL, 2015).

No mundo, ao longo dos últimos 30 anos, dentre as ações para assistência aos RNPTs o MC tem sido cada vez mais utilizado na assistência humanizada neonatal, tanto em países pobres como em países desenvolvidos (CHARPACK et al., 2001; VENANCIO; ALMEIDA, 2004).

Apesar de cada vez mais utilizado, há variações na sua aplicação, abrangência, tempo de início e permanência na posição recomendada (Canguru). Em geral, apresenta bons resultados nas ações de promoção da saúde: favorece o estabelecimento do aleitamento materno para crianças prematuras, estimula o vínculo mãe-bebê e é uma tecnologia humanizada para crianças internadas em terapia intensiva neonatal (LAMY et al., 2005). Não obstante as variações de sua utilização, os bons resultados em relação à diminuição da morbidade e mortalidade também têm sido evidenciados com a utilização do método (SANTOS, AZEVEDO FILHO, 2016; MENEZES et al., 2014).

A política nacional de atenção humanizada à mãe e ao recém-nascido, na qual o MC está inserido, apresenta dificuldades para estabelecer ações articuladas entre os serviços do ambulatório canguru e AB para melhorar a atenção à saúde das crianças nascidas pré-termo e/ou com baixo peso ao nascer, apesar das suas potencialidades (LAMY et al., 2005). Lacunas

no conhecimento de como essa rede pode ser fortalecida para estabelecer adequado compartilhamento da atenção a essa clientela ainda permanecem nos dias atuais.

Mesmo com o avanço, na última década, nos programas voltados à saúde da mulher e da criança, não se pode afirmar que a qualidade dos serviços e a acessibilidade sejam a almejada. Dessa forma, sugere-se que sejam formuladas estratégias voltadas para o acompanhamento da qualidade dos serviços, para que se tenha certeza de que as políticas elaboradas estão de fato sendo implantadas de forma eficiente (CASSIANO et al., 2014).

Tesser e Norman (2014) propõem um diálogo e a reflexão sobre a regulamentação institucional do acesso na AB brasileira, a fim de caracterizar desvios e/ou subvalorização do programa. Propõem a revalorização do acesso fácil ao cuidado com longitudinalidade como fundamento para a lógica que deve convergir nas práticas da AB, a lógica ético-política, antropológica, epidemiológica, e de determinação social da saúde-doença.

Nunes et al. (2016), em estudo transversal de base nacional com dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD)/Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), constataram uma tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, de 1998 a 2013, incluindo Unidade Básica de Saúde (UBS), pronto-socorro, hospitais, ambulatórios e outros. Algumas das razões encontradas para a falta de acesso foram: falta de vaga ou senha, falta de médico, falta de serviço ou profissional, serviço ou equipamento sem funcionar e filas de espera prolongadas.

Os resultados apontam que a cobertura de ESF no Brasil aumentou 12,3% de 2008 a 2013, passando de 50,9% para 63,2%, e a falta de acesso manteve-se estável neste período, variando de 3,7% a 4,5%. Apenas a Região Sul do país apresentou tendência decrescente para a falta de acesso. Verificou-se que 80% da falta de acesso na busca ao serviço deveu-se à falta de médico e de senha para atendimento. Esse percentual manteve-se estável no período estudado, sendo decrescente quando o motivo da busca foi rotina e prevenção, e crescente quando a busca ocorreu por motivo de doença. Segundo o tipo de serviço procurado, as UBSs apresentaram o maior percentual de falta de acesso, em todos os períodos (NUNES et al., 2016).

A acessibilidade/acesso é apenas um dos aspectos a serem observados na avaliação da qualidade dos serviços na atenção à saúde.

2.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: INTEGRALIDADE, INTERSETORIALIDADE E ACESSIBILIDADE

A organização e as atribuições do SUS estão definidas nas leis orgânicas da saúde - nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Estas, juntamente com outras normas do MS e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, compõem os fundamentos legais do SUS, que atendem a Constituição Federal de 1988, que estabelece "a saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado". Com o estabelecimento do SUS através da Constituição, a avaliação de programas de saúde no âmbito nacional ganha importância, para que ações em saúde em todas as esferas de governo (federal, estadual e/ou municipal) sejam monitoradas e avaliadas (BRASIL, 2015b; TANAKA; RIBEIRO, 2017).

No campo da saúde, sob o enfoque acadêmico, a avaliação é definida como um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre seus componentes, possibilitando fornecer informações cientificamente válidas e legítimas. O objetivo é colaborar para a tomada de decisões, de modo que diferentes atores envolvidos possam posicionar-se, de forma individual ou coletiva, sobre a intervenção, de maneira a traduzir os resultados em ações. A avaliação de programas exige, em seu desenho metodológico, uma abordagem empírica que seja capaz de entender e descrever experiências concretas ocorridas em contextos complexos e singulares (CHAMPAGNE et al., 2013).

A avaliação da qualidade dos serviços pressupõe aspectos assistenciais (continuidade do cuidado, acesso/ acessibilidade, integralidade, entre outros atributos) e norteia-se pela tríade estrutura, processo e resultado. Segundo esse modelo, as informações sobre a qualidade dos cuidados em saúde advêm dessas três categorias. A estrutura descreve os lugares, equipamentos e/ou materiais relativos aos cuidados prestados, incluindo recursos humanos; o processo diz respeito às atividades desempenhadas por todos os atores envolvidos na assistência, buscando o alcance do cuidado; e o resultado se refere aos efeitos obtidos no cuidado em saúde (DONABEDIAN, 2003; STARFIELD, 2002).

Para Donabedian (2003), o termo acesso e acessibilidade possuem significados semelhantes e são compreendidos como a eliminação de barreiras que dificultam a chegada do usuário ao serviço de saúde e a efetivação de assistência à sua necessidade. Essas barreiras vão além de barreiras arquitetônicas, podendo incluir outros fatores dificultantes como: marcação de data específica para atendimento, fila para marcar e para o atendimento, falta de profissionais, postura do profissional frente ao usuário. Dentre os direitos e garantias dos usuários, os conceitos de acesso/acessibilidade e integralidade surgem como atributos

importantes na AB para assistência ao RNPT, após alta hospitalar e início de seu acompanhamento na AB. (ASSIS; JESUS, 2012; DONABEDIAN, 2003).

A acessibilidade, para Donabedian (2003), é subdividida em: acessibilidade organizacional, definida pelo grau de ajuste entre as características da população e dos recursos de saúde durante o processo de busca e obtenção de assistência, e acessibilidade geográfica, definida como o tempo gasto no deslocamento e o custo dispendido da residência ao serviço de saúde.

Nos últimos anos, é crescente o interesse por trabalhos que avaliem a qualidade dos serviços de saúde. Estudos de avaliação em saúde, bem como de acessibilidade aos serviços de saúde são capazes de fazer um julgamento de valor sobre a capacidade de obtenção de cuidados à saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. São indicadores da qualidade dos serviços, que buscam identificar fatores que facilitam ou dificultam o alcance dos resultados esperados, e visam o aprimoramento das ações, fornecendo subsídios para reorientar políticas e ações de saúde (STARFIELD, 2002; MATIDA; CAMACHO, 2004).

Um eixo estruturante da atenção à saúde e importante na avaliação de sua qualidade é a integralidade, definida como cuidado integral, da promoção à cura e à reabilitação. Deve-se pensar integralidade além da atenção à doença, acolhimento e atendimento digno, considerando o “sujeito” como ser histórico, social e político articulado ao seu contexto familiar. A integralidade consiste na abordagem que compreende o indivíduo como ser holístico que demanda preocupações sanitárias, psicológicas, espirituais, sociais, culturais e econômicas (ANTUNES; GUEDES, 2010).

Dois conceitos para agregar a reflexão sobre integralidade e coordenação do cuidado são necessários. O conceito de atenção integral, que remete à possibilidade de serviços disponíveis que devem ser suficientes para responder às demandas de saúde; e a atenção integrada, que é necessária para a integralidade do cuidado. Ambos exigem uma coordenação, uma conexão entre todas as partes do sistema de saúde, desenvolvendo o trabalho em redes de serviços. Compreender o quanto esses conceitos são importantes e adotá-los para nortear práticas que impactam na saúde dos usuários e na qualidade da atenção geram ações com maior capacidade de resolutividade dos problemas de saúde (ANDRADE; BARRETO; COELHO, 2013).

As centrais de regulação são dispositivos organizacionais que contribuem para que as equipes de AB exerçam a coordenação do cuidado. Albuquerque et al. (2014) constataram que as centrais de regulação foram insuficientes para garantir a efetividade desses atributos: 85% dos profissionais entrevistados informaram que existiam centrais de regulação para o

encaminhamento dos usuários para outros pontos da rede; no entanto, apenas 48,5% dos 3.617 usuários afirmaram conseguir agendamento através da AB. Quanto aos encaminhamentos, 30,7% responderam que os usuários saem com ficha de encaminhamento e orientação para procurar um serviço ou um profissional, mas sem garantia da continuidade do cuidado. Os autores constataram também que a resolutividade no diagnóstico, bem como a realização dos procedimentos foram incipientes.

O planejamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde são definidos pelo Pacto Interfederativo entre os municípios, estados e a União, objetivando garantir os princípios e as diretrizes do SUS e, consequentemente, a melhoria das condições de saúde dos indivíduos e da coletividade. Nas últimas décadas, o Brasil desenvolveu iniciativas voltadas para a avaliação em saúde, diversificando conceitos e metodologias, devido à necessidade de se constituir instrumentos de apoio para decisões nos serviços de saúde (LUCENA, 2014; BRASIL, 2015).

A avaliação em saúde, ao visar vários objetivos, os classifica como: estratégicos, formativos, somativos, transformadores e fundamentais. Propõe-se respectivamente ao planejamento a elaboração de uma intervenção; fornecer informações para melhorar uma intervenção, assim como determinar seus efeitos para decidir se deve ser mantida, transformada ou interrompida; incentivar a transformação de uma situação injusta ou problemática visando o bem-estar coletivo; contribuir para o progresso dos conhecimentos e da elaboração teórica (DENIS; CHAMPAGNE, 1997; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Alguns elementos metodológicos, como o modelo lógico, auxiliam na sistematização dos programas e ações para avaliação em saúde. O modelo lógico faz parte do processo de avaliação, com a importante função de sistematizar com lógica, sequência e coerência o programa, de maneira que favoreça clareza ao desenho planejado para a avaliação (SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010; TANAKA 2017).

Segundo Champagne et al. (2013b), para se avaliar uma intervenção é preciso começar por defini-la e estabelecer seu modelo lógico. É necessário ser adequadamente moldada ao objeto de estudo (intervenção) de forma a favorecer o diálogo e a construção conjunta entre os *stakeholders*, e deve ser flexível durante todo o processo e execução da avaliação. Não deve ser o fim em si, deve ser compreendido como a primeira estrutura de um projeto em construção, de modo que tenha a necessária flexibilidade para tornar a avaliação útil e participativa e ajude na tomada de decisões (TANAKA, 2017).

Assim como o modelo lógico, a matriz de julgamento recebe destaque no processo de avaliação em saúde. É derivada do modelo lógico e elaborada com critérios e padrões levados em consideração para o estudo. Segundo Alves et al. (2010), estabelecer critérios e padrões são condições necessárias para a avaliação: permitirão não apenas descrever o programa, mas realizar um julgamento do objeto da avaliação. A finalidade é articular a lógica do estudo, possibilitando demonstrar os componentes necessários à apresentação e debate dos resultados. Busca garantir melhor articulação entre o modelo lógico e o diálogo, com participação ativa dos atores interessados; constitui o caminho capaz de produzir o conhecimento sobre o plano de avaliação do objeto em estudo e cumpre o papel de relacionar os componentes da avaliação, de forma que haja transparência e comunicação sobre o objeto da avaliação. A variação em sua forma irá depender da necessidade da avaliação e da abordagem utilizada (SILVA; GASPARINI; BARBOZA, 2017).

2.6 ESTUDOS DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE COMO PRESSUPOSTOS PARA AVALIAR A QUALIDADE DO SERVIÇO

Alguns estudos realizados sobre a terceira etapa do MC abordam aspectos específicos que ainda não permitem traçar um perfil mais completo sobre esse tipo de atenção ao recém-nascido de baixo peso, no Brasil. Estudo realizado em município de Santa Catarina teve o objetivo de conhecer a percepção dos profissionais de saúde da AB sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou baixo peso e sua família, e a interfase com a terceira etapa do MC. Aspecto importante descrito foi a dificuldade das famílias em manter o acompanhamento no ambulatório de prematuridade da maternidade e nas UBSs, por questões como a distância entre a residência e o serviço de saúde, ter outros filhos, falta de tempo disponível e limitações financeiras da família (AIRES et al., 2015).

Adicionalmente, identificou-se pouco conhecimento dos profissionais da AB sobre a relevância da política do MC e das diretrizes para o acompanhamento compartilhado do RNPT ainda na terceira etapa. Embora o MS proponha a participação dos profissionais da AB nessa etapa do método, ainda não é realizada na maioria dos municípios brasileiros (AIRES et al., 2015).

Estudo de revisão sistemática aponta que os serviços especializados e de AB necessitam ir além da aferição de peso, altura, dados clínicos e perguntas na intenção de verificar se a mãe está cuidando bem da criança. Identificou-se, na chegada ao domicílio, a

falta de referência das famílias pela AB, algumas optando por serviços privados para ter garantido o pronto acolhimento. Quanto ao trabalho de interação da equipe da UTI NEO e as equipes de AB, foram identificadas lacunas de atenção à mulher e à família em suas necessidades. Foi identificada a importância do trabalho em rede, fortalecendo um trabalho integral e longitudinal junto às famílias de crianças pré-termo e/ou baixo peso ao nascer (CUSTODIO et al., 2013).

Estudo realizado no hospital universitário da UFSC investigou a experiência adaptativa de famílias após alta hospitalar na terceira etapa do MC, que variou de acordo com os papéis assumidos pelos familiares no cuidado e pelo resultado das consultas na AB, contribuindo para o estabelecimento da confiança nos cuidados de um bebê frágil; para reforçar a relação mãe/pai/bebê e apresentar positivamente a evolução da criança (BORCK; SANTOS, 2010). Em outro estudo, 100% das famílias receberam orientações no hospital e, destas, em apenas 53,3% a mãe foi orientada. Apesar de 66,6% das mães identificarem os afazeres domésticos como principal obstáculo para a prática do MC, 93,3% realizaram adequadamente a posição canguru. Esse achado reforça a importância das ações de educação em saúde e do apoio às mulheres no período da amamentação. (ARAÚJO et al., 2010).

A prevalência das ações preconizadas pelo MC em UTI neonatal foi avaliada entre profissionais de nível médio. O resultado mostrou que as ações mais desenvolvidas foram: o acolhimento; o incentivo ao toque; o aleitamento materno e o controle ambiental (97%). As ações menos executadas foram: a troca de fralda em decúbito lateral e o banho envolto em cueiro. Os achados apontam para a compreensão dos profissionais quanto à importância das condutas pautadas no MC para o desenvolvimento e evolução das crianças pré-termo (STELMAK; FREIRE, 2017).

Klossoswisk et al. (2016) investigaram a conformidade entre a assistência ao RNPT e a política do MC. Os resultados mostraram: não havia acompanhamento efetivo para os prematuros; fragilidade na continuidade dos atendimentos para uma assistência integral; desconhecimento dos profissionais sobre a política e a valorização do cuidado hospitalar.

Campos et al. (2014) analisaram os arranjos e estratégias inovadoras na organização da atenção primária em seis UBS dos dois distritos sanitários mais populosos de um município de São Paulo. Apesar de não ter sido abordada especificamente a atenção à criança, os usuários descreveram o acesso ao serviço da AB como burocrático e demorado (o tempo a agendar e o intervalo até o dia da consulta). Referiram a necessidade de madrugar na fila para garantir o atendimento, e que a super-regulação do acesso à consulta médica nas UBSs os obrigou, como alternativa para resolver seus problemas, a buscar atendimento nas urgências e

no nível secundário de atenção. Porém, os usuários reconheciam que a AB proporcionava maior agilidade para os casos de maior risco e vulnerabilidade.

Outro estudo, também sobre acesso e acolhimento na AB, para todas as faixas etárias, realizado em três capitais da Região Nordeste, identificou variações quanto às dificuldades para o acesso. Observou-se maiores problemas nas capitais com características de metrópole: prevalência do modelo tradicional, centrado na consulta médica, distribuição de fichas como prática dominante, filas para agendamento, e não atendimento para todos. Apesar da AB ter melhorado a acessibilidade geográfica, evidenciou-se a desproporção da oferta, da capacidade de atendimento e da demanda, o que gera descontinuidade na atenção (SOUZA et al, 2008).

Albuquerque et al. (2014), com base nos dados do Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do estado de Pernambuco, analisaram a acessibilidade aos serviços de saúde da AB e os aspectos que favorecem ou dificultam a entrada e a permanência do usuário no sistema. Observaram ter havido expansão da AB em relação à acessibilidade geográfica, ressaltando, porém, que a existência do serviço em determinado local não garantiu sua efetiva utilização.

No que concerne à acessibilidade sócio-organizacional das 2019 unidades de AB estudadas, os autores constataram, em todas as faixas etárias da população assistida, que 97% das unidades apresentaram barreiras arquitetônicas. Sobre o acolhimento como facilitador do acesso, a avaliação externa demonstrou que 62,4% das unidades implantaram acolhimento a demanda espontânea, porém isso não impactou a reorganização das ações programáticas. Para a estratificação de risco e vulnerabilidade no acolhimento, 87,9% dos profissionais entrevistados afirmaram realizar esse julgamento, porém apenas 42,7% se autoavaliaram capacitados para a ação (ALBUQUERQUE et al., 2014).

Outro estudo estimou o acompanhamento incompleto da puericultura e os fatores associados, em municípios das regiões Nordeste e do Sul do Brasil. Na Região Nordeste mais da metade das crianças não realizaram a puericultura completa, e na Região Sul um quarto das crianças (SANTOS et al., 2017). Informações estas que atestam as fragilidades para o acesso aos serviços nessa fase da vida, principalmente no caso do Nordeste brasileiro, região marcada por condições e indicadores de saúde desfavoráveis e desigualdades na distribuição de renda, o que influencia o contexto do acesso aos serviços, refletindo as diferenças para a utilização dos serviços. Tal cenário traduz a realidade complexa e multifatorial do contexto brasileiro (SANTOS et al., 2017).

Um dos grandes desafios da saúde brasileira se refere ao cuidado dispensado às crianças. Políticas públicas voltadas para a infância foram elaboradas nas últimas décadas, no país. Compreender o quão fundamental é o trabalho em rede entre equipes de saúde em níveis de complexidade diferentes favorece o diálogo para a continuidade e longitudinalidade do cuidado (ALMEIDA, 2015; BRAGA, SENA, 2012).

Ciente do papel da AB enquanto ordenadora do sistema de saúde e responsável pela continuidade do cuidado no território e pelo aumento da expectativa de vida de crianças pré-termo, a pesquisa tem como proposta desenvolver uma avaliação normativa do seguimento compartilhado/partilhado entre atenção hospitalar (ambulatorial) e AB, na assistência ao RNPT. E visa compreender a acessibilidade sócio-organizacional da primeira consulta à AB. Estudos dessa natureza contribuem para o conhecimento da qualidade dos serviços e para identificar entraves no processo do cuidado a crianças prematuras (ANDRADE; BARRETO; COELHO, 2013).

3 MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo avaliativo, de apreciação normativa, em que foram comparados os recursos empregados (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo), com base em critérios e normas estabelecidas. Para obtenção do grau de implantação da terceira etapa do MC para a primeira consulta no ambulatório hospitalar e na AB, na Região Metropolitana do Recife (RMR) e alguns municípios do interior do Estado (CONTRANDIOPOULOS et al., 1997; CHAMPAGNE et al., 2013).

O perfil biológico e sociodemográfico dos recém-nascidos e familiares constou de desenho descritivo complementar ao estudo.

3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

A maternidade origem para o estudo da terceira etapa do MC está localizada no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), referência nacional para esse método, localizada na cidade do Recife, capital pernambucana. Recebe gestantes da RMR e interior do Estado e foi pioneira na implantação do MC no Brasil.

A maternidade possui 22 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa) em suas instalações (LIMA, 2015).

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E COLETA DOS DADOS

3.3.1 Amostra

A pesquisa foi realizada com os responsáveis por crianças nascidas pré-termo que ficaram internadas na UCINCa da maternidade do IMIP, residentes no estado de Pernambuco, no período de agosto de 2017 a janeiro de 2018.

A amostra selecionada por conveniência constou de 95 responsáveis por crianças RNPT. Destes, 68 levaram as crianças à UBS durante a terceira etapa, e 27 fizeram acompanhamento apenas no IMIP.

3.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

3.4.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos os responsáveis pelos RNPTs que ficaram internados na UCINCa do IMIP, residentes no estado de Pernambuco e estavam na terceira etapa do MC, na segunda ou terceira consulta no ambulatório de egressos e com menos de um mês de alta do hospital, no período da coleta.

3.4.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos os responsáveis pelas crianças que estavam presentes para consultas no ambulatório de egressos e que não ficaram internadas após o nascimento, na UCINCA; as que não residiam no estado de Pernambuco; as que estavam na primeira consulta da terceira etapa do ambulatório hospitalar; os responsáveis por crianças com malformações congênitas, incluindo microcefalia, e aquelas que ficaram internadas na segunda etapa do MC, mas foram a óbito após a alta.

3.5 DEFINIÇÕES DAS VARIÁVEIS

A definição e categorização das variáveis coletadas está descrita no Apêndice A.

3.6 MODELO LÓGICO E MATRIZ DE JULGAMENTO DO COMPARTILHAMENTO DA TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU E DA ACESSIBILIDADE À PRIMEIRA CONSULTA

Foram desenvolvidos o modelo lógico e a matriz de julgamento, com base nas normas do “Manual do Método Canguru: Seguimento Compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica” do Ministério da Saúde (2015), e do PCATool, atributo de acesso de primeiro contato – acessibilidade, elaborado por Starfield (PCATool versão Criança) (BRASIL, 2010).

Foi elaborado o modelo lógico para caracterizar a atenção à saúde na terceira etapa do MC, na primeira consulta da criança no ambulatório de egresso e na primeira consulta na

AB, que devem ocorrer durante esta etapa, para identificar aspectos desta assistência compartilhada.

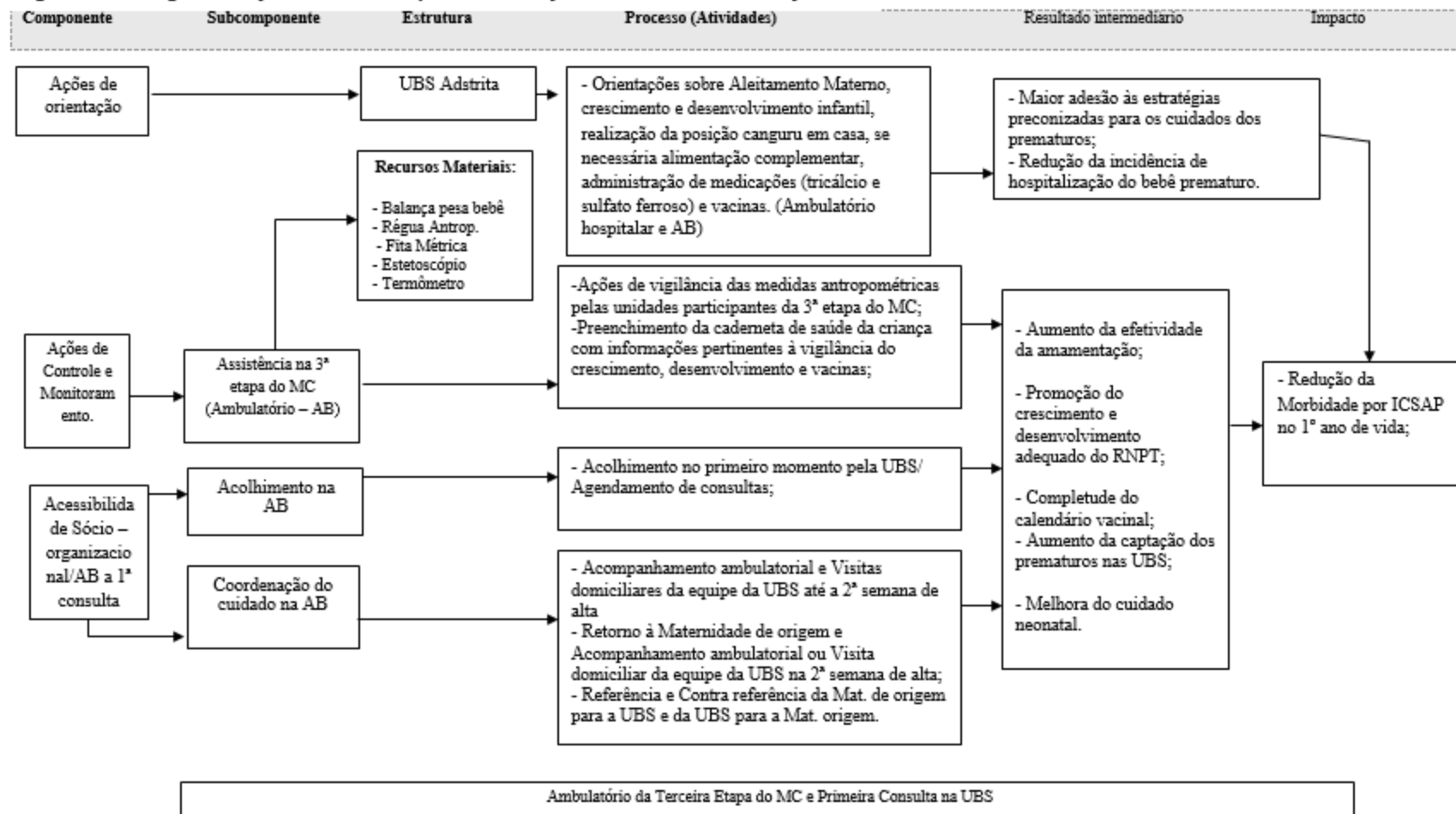
A Matriz de Julgamento foi composta pela dimensão processo e estrutura e subdividida em quatro componentes: (1) ações de orientação; (2) ações de controle e monitoramento; (3) acessibilidade organizacional para acolhimento da criança na AB e para a coordenação do cuidado; (4) insumos materiais para as ações de controle e monitoramento do RNPT na consulta da terceira etapa na AB. Para cada um desses componentes foram estabelecidos critérios, formulados com base na revisão de literatura sobre o tema (BRASIL, 2015).

Para cada critério selecionado foi feita a descrição, que corresponderia às situações consideradas “satisfatória”, “intermediária” e “insatisfatória”. O Modelo e a Matriz final foram revisadas por uma comissão de dois especialistas convidados: profissionais de saúde com expertises na área de saúde pública e AB e no MC. Para essa etapa foi empregada a Técnica de Reunião Consensual, que consiste num inquérito almejando consenso, realizado com especialistas. Ambos foram analisados e discutidos juntamente com *experts* da área para, através de reunião consensual, definir os critérios e os padrões da análise.

3.6.1 Modelo Lógico

O modelo lógico, com todas as suas características e componentes, está expresso na figura 1.

Figura 1: Modelo lógico do compartilhamento da atenção na terceira etapa do MC e da acessibilidade na primeira



3.6.2 Critérios e padrões de análise: Matriz de julgamento

Os quadros 1 a 5 descrevem de forma sistemática os componentes deste item.

Quadro 1 - Matriz de Julgamento: Dimensão Processo – Componente: ações de orientações – Terceira Etapa MC.

Critérios	Ponto máximo	Insatisfatória	Intermediária	Satisfatória
Foi orientada sobre aleitamento materno pelos serviços.	5,0	0 - Não	2,5 – SIM, apenas da maternidade de origem	5 - SIM, da Maternidade de origem e da UBS
Foi orientada sobre Desenvolvimento Infantil pelos serviços.	5,0	0 - Não	2,5– SIM, apenas da maternidade de origem	5 - SIM, da Maternidade de origem e da UBS
Foi orientada a continuar a posição canguru em casa, pelos serviços.	5,0	0 - Não	2,5– SIM, apenas da maternidade de origem	5 - SIM, da Maternidade de origem e da UBS
Foi orientada quanto ao aleitamento artificial quando necessário, pelos serviços.	5,0	0 - Não	2,5– SIM, apenas da maternidade de origem	5 - SIM, da Maternidade de origem e da UBS
Foi orientada quanto à administração de medicações necessárias ao prematuro (tricálcio e sulfato ferroso), pelos serviços.	5,0	0 - Não	2,5– SIM, apenas da maternidade de origem	5 - SIM, da Maternidade de origem e da UBS
Foi orientada sobre o calendário vacinal, pelos serviços.	5,0	0 - Não	2,5– SIM, apenas da maternidade de origem	5 - SIM, da Maternidade de origem e da UBS
Subtotal (1)	30			

*Fonte: Entrevista com o Responsável

Quadro 2 - Matriz de Julgamento: Dimensão Processo—Componente Controle e Monitoramento - terceira etapa método canguru

Crítérios	Ponto máximo	Insatisfatória	Intermediária	Satisfatória
É realizado preenchimento dos dados antropométricos na caderneta de saúde pela UBS	4,0	0 – Não	2 – Tem caderneta, mas não está preenchida com os dados antropométricos	4 – Foi preenchida com os dados antropométricos pela UBS
É realizada a medição do comprimento da criança pelos serviços.	5,0	0 - Não	2,5 - Apenas da maternidade de origem	5 - SIM, a medida é realizada pelos dois serviços (Maternidade de origem e UBS)
É realizada a medição do Peso da criança pelos serviços.	5,0	0 - Não	2,5 - Apenas da maternidade de origem	5 - SIM, a medida é realizada pelos dois serviços (Maternidade de origem e UBS)
É realizada a medição do Perímetro Cefálico da criança pelos serviços.	5,0	0 - Não	2,5 - Apenas da maternidade de origem	5 - SIM, a medida é realizada pelos dois serviços (Maternidade de origem e UBS)
A caderneta de saúde da criança está preenchida com as informações dos dados antropométricos, vacinas e desenvolvimento infantil.	3	0 -Não tem caderneta	1,5 – Apenas vacinas	3 – SIM, todas as informações são preenchidas.
Subtotal (2)	22			

*Fonte: Entrevista com Responsável, observação em caderneta da criança e prontuários hospitalares

Quadro 3 - Matriz de Julgamento: Dimensão Processo - Acessibilidade sócio-organizacional - Acolhimento na AB terceira etapa do método canguru.

Critérios	Ponto máximo	Insatisfatória	Intermediária	Satisfatória
Horário de funcionamento das unidades para atendimento aos usuários	5,0	0 - Não há Unidade Básica de Saúde	2,5– A UBS funciona 01 turno.	5 - A UBS funciona os 02 turnos
O atendimento na AB foi realizado no primeiro momento em que procurou a UBS, não sendo necessário agendamento prévio.	5,0	0 – A UBS não está funcionando	2,5 – O atendimento NÃO foi realizado no primeiro momento, sendo necessário agendamento	5 – O atendimento foi realizado no primeiro momento, sem necessitar agendamento.
Precisou esperar mais de 30min com a criança, na UBS;	3,0	0 – A UBS não está funcionando	1,5 – SIM, esperou mais de 30 min na sala de espera com a criança prematura, não tendo nenhuma prioridade	3 – NÃO, a espera durou menos de 30 min, a criança teve prioridade no atendimento
Quando a UBS está aberta e sua criança fica doente, é atendida no mesmo dia;	5,0	0 – NÃO, tem que levar direto para hospital, UPA ou outros.	2,5 – Apenas se for dia de atendimento de crianças	5 – SIM, recebe orientação, se necessário, sem agendamento
Subtotal (3)	18			

*Fonte: Entrevista com Responsável

Quadro 4 - Matriz de Julgamento: Dimensão Processo - Acessibilidade sócio-organizacional à consulta na atenção básica - coordenação do cuidado terceira etapa do método canguru.

Critérios	Ponto máximo	Insatisfatória	Intermediária	Satisfatória
Na primeira semana após a alta hospitalar, recebeu visita domiciliar da equipe de saúde e realizou consulta na UBS	5,0	0 - Não	2,5 – Recebeu Visita OU consulta na UBS	5 - Recebeu visita domiciliar da equipe de saúde e realizou consulta na UBS
Na segunda semana após a alta hospitalar, a criança retornou à maternidade de origem e realizou consulta na UBS ou recebeu visita domiciliar;	5,0	0 - Não	2,5 – Apenas na maternidade de origem	5 - SIM
Ocorreu referência e contrar - referência entre maternidade de origem e UBS.	4,0	0 - Não	2,0 – Apenas referência	4 – Sim, referência e contrar-referência
É fácil marcar consulta de rotina para criança prematura;	3,0	0 – A UBS não está funcionando	1,5 – NÃO, é necessário ir posteriormente à UBS apenas para marcar a consulta subsequente	3 – SIM, a consulta subsequente é marcada durante o atendimento da criança
A família tem ACS e é visitada pelo mesmo;	5,0	0 – Não é área coberta pelo ACS	2,5 – Tem ACS, mas não recebe visita	5 – SIM
Subtotal (4)	22			

*Fonte: Entrevista com Responsável

Quadro 5 - Matriz de Julgamento: Dimensão Estrutura – Recursos Materiais terceira etapa do método canguru

Critérios	Ponto máximo	Insatisfatória	Intermediária	Satisfatória
Balança Pesa Bebê	5,0	0 – Não possui (Hospitalar – AB)	2,5 – Apenas no hospital	5 – Possui no Hospital e na AB
Régua Antropométrica	5,0	0 – Não possui (Hospitalar – AB)	2,5 – Apenas no hospital	5 – Possui no Hospital e na AB
Fita Métrica	5,0	0 – Não possui (Hospitalar – AB)	2,5 – Apenas no hospital	5 – Possui no Hospital e na AB
Termômetro	5,0	0 – Não possui (Hospitalar – AB)	2,5 – Apenas no hospital	5 – Possui no Hospital e na AB
Subtotal (5)	20			

*Fonte: Entrevista com Usuário

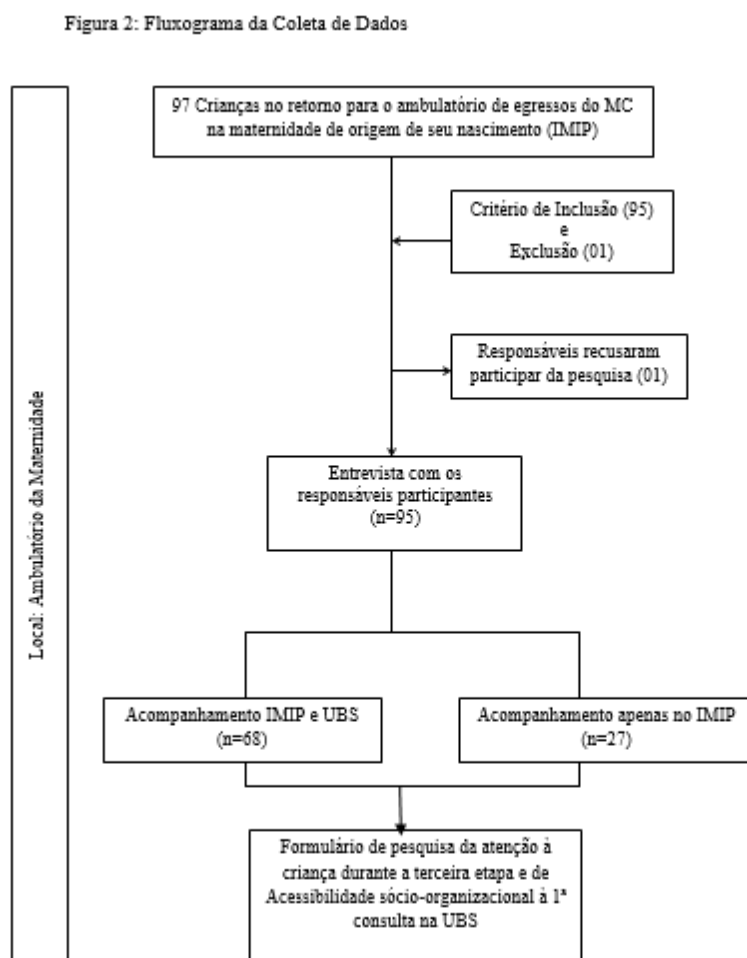
3.7 COLETA DOS DADOS

O período de coleta ocorreu entre agosto de 2017 e janeiro de 2018. A entrevista foi realizada na sala de espera, durante as consultas dos egressos na terceira etapa do MC, no IMIP. Foram convidados a participar da pesquisa todos os responsáveis pelas crianças que atendiam os critérios de inclusão e estavam agendadas para a terceira etapa. Por telefone, foi realizada a busca ativa dos responsáveis que faltaram às consultas no período da coleta.

A entrevista para coleta de dados foi realizada a partir do segundo atendimento no ambulatório hospitalar, quando já havia sido feito o encaminhamento para a UBS. No caso de ser o primeiro atendimento da criança, era anotada a data de retorno para a realização da coleta. A impossibilidade do pesquisador para estar presente no local da coleta, em todos os turnos, foi uma limitação identificada, que buscou ser atenuada através do contato telefônico. A busca ativa por telefone apresentou dificuldade quanto à indisponibilidade dos números de telefones cedidos.

A trajetória da coleta da pesquisa está ilustrada no fluxograma (Figura 2).

Figura 2 - Fluxograma da Coleta de Dados



3.8 INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS

O formulário elaborado para a pesquisa conteve perguntas referentes às variáveis sociodemográficas como: município de residência, área de moradia (urbana ou rural), sexo, idade atual, idade materna e paterna, escolaridade materna e paterna, principal provedor da família e renda aproximada da família; variáveis biológicas da criança: idade gestacional no nascimento, peso ao nascer, peso na alta e gemelaridade; variáveis quanto à assistência prestada ao RNPT durante a terceira etapa do MC (consulta na terceira etapa hospitalar - AB): orientações sobre aleitamento materno, desenvolvimento e crescimento, realização da posição canguru em casa, entre outras; vigilância das medidas antropométricas, preenchimento da caderneta de saúde da criança; variáveis quanto à acessibilidade sócio-organizacional na primeira consulta à AB: acolhimento no primeiro momento pela UBS/ agendamento de consulta, acompanhamento na unidade e/ou visitas domiciliares.

O formulário de coleta foi elaborado pela pesquisadora, em reunião consensual com *experts* na área, para construção conjunta. As perguntas foram elaboradas a partir do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool), (BRASIL, 2010). O PCATool mensurou a acessibilidade na versão original aplicada a responsáveis por crianças (PCATool versão Criança), baseado na matriz de julgamento e no modelo lógico. Foi realizado o estudo-piloto com dez responsáveis por crianças egressas do MC, sendo discutidos e ajustados aspectos necessários para o alcance dos objetivos (Apêndice B).

3.9 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para garantir sua consistência, os resultados foram registrados em formulários com questões fechadas e pré-codificadas, e digitados através da dupla entrada no programa Epi-info para Windows (versão 3.5.4), para obtenção das medidas de tendência central e de dispersão, para apresentar a caracterização dos participantes da pesquisa.

Também foi utilizado o Excel na versão 2013 na Matriz de Julgamento, para somatório de sua pontuação para os itens específicos, de forma a obter os resultados do grau de implantação (GI) dos componentes para a dimensão da estrutura e do processo.

Para medição do GI da terceira etapa do MC e acessibilidade sócio-organizacional na primeira consulta à AB utilizou-se um sistema de escores em que cada item dos componentes da dimensão estrutura e da dimensão processo contido no modelo lógico recebeu uma pontuação específica, de acordo com sua relação com o MC, definido com os *experts* na área, em reunião consensual.

Os valores atribuídos a cada item contribuíram para a soma ponderada que corresponde ao valor total da intervenção avaliada. O total máximo de 100 pontos percentuais representou a soma dos componentes: ações de controle e monitoramento (32,2%), ações de orientação (26,8%), acessibilidade sócio-organizacional na primeira consulta à UBS (23,2%) e estrutura (17,8%).

A aferição do GI foi feita a partir do escore final obtido por cada componente, tendo como referência os documentos utilizados para elaboração do Modelo Lógico e da Matriz de Julgamento.

$$\text{Escore final} = \frac{\text{Pontuação obtida} \times 100}{\text{Pontuação máxima}}$$

Onde: pontuação obtida = Σ da pontuação recebida de acordo com cada critério estabelecido; e pontuação máxima = Σ desta pontuação descrita na matriz de julgamento.

A partir dos extratos estabelecidos, foi possível classificar o GI do compartilhamento da terceira etapa do MC em três situações: implantado = 90 a 100 pontos; parcialmente implantado = 60 a 89 pontos; não implantado < 59 pontos (SAMICO et al., 2005; MIRANDA, 2014).

3.10 ASPECTOS ÉTICOS

Com a devida anuência (Anexo A), o projeto de pesquisa foi aprovado na primeira instância pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, em 18 de abril de 2017, parecer 2.019.482 e CAEE 64157217.8.0000.5208 e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, em 19 de junho de 2017, parecer 2.125.348 e CAEE 64157217.8.3001.5201.

Os participantes foram informados que a sua participação era voluntária, não remunerada e, caso não aceitassem participar, poderiam se retirar a qualquer momento do estudo, sem nenhum prejuízo para o atendimento da criança no hospital, de acordo com a Resolução Conep 466/201.

3.11 LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

Algumas possíveis limitações do estudo foram o viés sócio aceitável, quando o participante adéqua a resposta ciente do que se espera ouvir; a superestimação ou subestimação da família de acordo com a compreensão dos aspectos referentes a prematuridade. O possível viés de memória foi minimizado, pelo corte de tempo em que as entrevistas foram realizadas, com crianças com aproximadamente um mês de alta hospitalar.

Para a avaliação da acessibilidade na primeira consulta na AB, nas dimensões de estrutura e processo, as informações foram coletadas através de questionário com os responsáveis pelas crianças. Não foi possível observação dos registros em prontuários na AB.

Para a análise da dimensão estrutural na AB, as informações foram coletadas dos responsáveis, não sendo possível a observação *in loco*, podendo sofrer viés de informação para as respostas. A mesma fonte de informação foi utilizada na AB e no egresso hospitalar.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi constituída de 95 responsáveis pelas crianças que participaram da terceira etapa do MC, no ambulatório de egressos. As crianças eram procedentes da Região Metropolitana do Recife (RMR) (55: 58,9%) e do interior do Estado (IE) de Pernambuco (40: 42,1%), predominando a moradia em área urbana (88: 92,6%).

No momento da entrevista, o maior quantitativo de crianças apresentava as seguintes características: 55 (57,9%) do sexo masculino, 51 (54%) com mais de dois meses de idade cronológica, 86 (47,4%) apresentaram idade gestacional de nascimento entre 28 e 36 semanas e 76 (80%) com peso ao nascer entre 1000 e 2000g. No momento da alta da segunda etapa MC, 92 (96,8%) crianças apresentaram peso entre 1751 e 2019g.

A mediana para o tempo de internação das crianças foi de 24 dias (Q1= 18 e Q3 =39). As famílias dos recém-nascidos caracterizaram-se por: maioria com idade acima dos 18 anos, correspondendo a 82 (86%) das mães e 92 (97%) dos pais; declararam-se casados ou em união estável 79 (83%) dos pais; escolaridade até o ensino médio para 84 (88,5%) das mães e 82 (86%) dos pais, e percentuais mínimos de declarados analfabetos 1 (1%) , e não souberam informar o nível de escolaridade 5 (5%); renda familiar de até dois salários mínimos correspondeu a 82 (86%) entrevistados, e o principal provedor da família foi o pai para 50 (53%).

4.2 ATENÇÃO À SAÚDE COMPARTILHADA ENTRE AMBULATÓRIO HOSPITALAR DO MÉTODO CANGURU E ACESSIBILIDADE SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA PRIMEIRA CONSULTA À ATENÇÃO BÁSICA

As frequências das ações de atenção à saúde compartilhadas entre o ambulatório hospitalar e a AB, na terceira etapa do MC, estão apresentadas nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Ações de orientação em saúde compartilhada entre o ambulatório hospitalar Canguru e a atenção básica, na terceira etapa do método canguru, por região de procedência das crianças:
Recife, 2018.

Ações de Orientação	Receberam orientação no Ambulatório hospitalar Canguru (n=95)	Receberam orientação no Ambulatório hospitalar Canguru e Ambulatório UBS ^{1,2} (n=68)		Não receberam Orientação (n=95)	
	Total n (%)	IE n (%)	RMR n (%)	IE n (%)	RMR n (%)
Aleitamento Materno	55 (57,9)	18 (26,5)	17 (25,0)	2 (2,1)	3 (3,2)
Desenvolvimento Infantil	32 (33,7)	6 (8,8)	2 (2,9)	22 (23,2)	33 (34,7)
Continuidade da posição canguru em casa	73 (76,8)	7 (10,3)	3 (4,4)	5 (5,3)	7 (7,4)
Calendário Vacinal	55 (57,9)	12 (37,5)	20 (29,4)	8 (8,4)	-
Administração das Medicações	66 (69,5)	10 (38,5)	16 (23,5)	3 (3,2)	-

¹ Unidade Básica de Saúde

² Respostas não são excludentes.

Todos os 95 responsáveis pelas crianças foram acompanhados no ambulatório hospitalar. O acompanhamento compartilhado durante a terceira etapa ocorreu para 68 responsáveis pelas crianças.

Para os que foram acompanhados apenas no ambulatório hospitalar, as orientações para a realização da posição canguru, administração das medicações, aleitamento materno e sobre o calendário vacinal foram transmitidas para a maioria dos participantes. Dos 68 responsáveis que levaram seus filhos à UBS, além do ambulatório hospitalar apenas as orientações quanto ao aleitamento materno exclusivo e calendário vacinal apresentaram percentuais mais elevados que 20%, em ambas as regiões. Não houve relato de ações realizadas exclusivamente pela UBS.

A orientação sobre o desenvolvimento infantil apresentou os maiores percentuais de não oferecimento.

Em relação à orientação sobre aleitamento artificial, 44 (46,3%) das 95 crianças apresentaram essa condição: 34 (35,8%) receberam orientações exclusivamente no ambulatório hospitalar, 2 (2,9%) no ambulatório hospitalar e na UBS na região interior do

Estado, e 5 (7,35%) no ambulatório hospitalar e na UBS da RMR, e 3 (6,8%) não receberam orientação.

Na tabela 2 estão descritas as frequências das ações de controle e monitoramento realizadas pelo ambulatório hospitalar e a AB de forma compartilhada, durante a terceira etapa do MC.

Tabela 2 - Ações de controle e monitoramento do crescimento realizadas pelo ambulatório hospitalar e a atenção básica durante a terceira etapa do método canguru, por região de procedência das crianças: Recife, 2018.

Ações de Orientação	Receberam orientação no Ambulatório hospitalar Canguru (n=95)	Receberam orientação no Ambulatório hospitalar Canguru e Ambulatório UBS ¹ (n=68)		Não receberam Orientação (n=95)	
	Total n (%)	IE n (%)	RMR n (%)	IE n (%)	RMR n (%)
Ações de controle e monitoramento na terceira etapa MC ²	59 (62,1)	18 (26,5)	18 (26,5)	-	-
Medição do comprimento da criança	50 (52,6)	25 (36,8)	20 (29,4)	-	-
Medição do peso da criança	62 (65,3)	17 (25)	16 (23,5)	-	-
Medição do perímetro cefálico da criança	17 (17,9)	9 (13,2)	3 (4,4)	15 (15,7)	38 (40)
Preenchimento dos dados antropométricos da criança na caderneta de saúde ³	59 (62,1)	18 (26,5)	18 (26,5)	-	-

¹ Unidade Básica de Saúde

² Respostas não excludentes para as ações de controle e monitoramento.

³ 13 (19,1%) dos responsáveis relataram preenchimento dos dados antropométricos da criança na caderneta apenas na UBS.

Verifica-se, na tabela 2, no que se refere às ações de monitoramento das medidas antropométricas (peso, comprimento e perímetro cefálico), que o perímetro cefálico apresentou maior frequência relativa no ambulatório hospitalar, enquanto o peso teve maior percentual no ambulatório hospitalar e UBS. Quanto ao preenchimento da caderneta de saúde da criança, observa-se baixo percentual para o preenchimento dos dados antropométricos, nos serviços de acompanhamento, em ambas as regiões de moradia.

A acessibilidade geográfica ao ambulatório hospitalar ocorreu para a maioria das famílias, através do transporte fora domicílio (TFD) ofertado pela Secretaria de Saúde do município, para os residentes no interior do Estado. Apenas algumas famílias que residem no interior, próximo à cidade do Recife, relataram o uso de carro próprio como via de transporte. A maioria das famílias residentes na RMR relataram utilizar transporte público como via de condução até o ambulatório da maternidade, e o uso de carro próprio foi relatado por poucas famílias.

Nas tabelas 3 e 4 estão apresentadas as frequências para acessibilidade sócio-organizacional à primeira consulta na AB. Esse componente está subdividido em dois subcomponentes, para melhor compreensão. O primeiro subcomponente trata da coordenação do cuidado, e o segundo do acolhimento na AB na primeira consulta.

Tabela 3 - Acessibilidade sócio-organizacional à primeira consulta na atenção básica para coordenação do cuidado, referência e retorno à maternidade de nascimento- terceira etapa do método canguru: Recife, 2018.

Ações para coordenação do cuidado na AB ¹	Ambulatório hospitalar Canguru (n=95)	Ambulatório UBS ² (n=68)		Ação não realizada (n=95)	
	Total n (%)	IE n (%)	RMR n (%)	IE n (%)	RMR n (%)
Na primeira semana após a alta, 2ª etapa MC ³ , recebeu visita domiciliar da equipe de saúde	-	15 (22)	22 (32,3)	25 (26,3)	33 (34,7)
Na primeira semana após a alta, 2ª etapa MC, realizou consulta na UBS	-	12 (17,4)	11 (16,2)	28 (29,5)	44 (46,3)
Na segunda semana após alta da 2ª etapa MC, retornou à maternidade de nascimento	84 (88,4)	-	-	5 (5,3)	6 (3,2)
Na segunda semana após alta, 2ª etapa MC, realizou consulta na UBS/ recebeu visita domiciliar	-	16 (23,5)	17 (25)	24 (25,2)	38 (40)
Referência da maternidade de nascimento para a UBS.	80 (84,2)	-	-	6 (6,3)	9 (9,5)
Contrar- referência da UBS para maternidade de nascimento.	-	19 (27,9)	5 (735)	21 (21)	50 (52,6)

A família tem cobertura ACS e é visitada pelo mesmo	-	27 (39,7)	45 (66,2)	13 (13,7)	10 (10,5)
---	---	-----------	-----------	-----------	-----------

¹ Atenção Básica

² Unidade Básica de Saúde

³ Método Canguru

Na tabela 3, para o subcomponente da coordenação do cuidado houve percentuais elevados para não ocorrência dos itens descritos em ambas as regiões de domicílio. Destaca-se o percentual de contrarreferência na RMR, quando comparada com o IE.

Ainda em relação à acessibilidade sócio-organizacional, do total de 95 responsáveis pelas crianças entrevistados, 85 responderam que a UBS a que estavam vinculados oferecia atendimento nos dois turnos, manhã e tarde, distribuídos por região: 50 (58,8%) da RMR e 35 (41,2%) do IE; 10 responsáveis relataram que a UBS não estava funcionando, por questões de reforma: 5 (50%) da RMR e 5 (50%) do IE.

Na tabela 4 destaca-se o elevado percentual de responsáveis residentes na RMR relatando que, se a UBS está aberta e a criança doente, é atendida no mesmo dia. O que não ocorre com os residentes no IE. O percentual que não agendou consulta de rotina foi pequeno para ambas as regiões, porém cerca de 1/3 dos responsáveis descreveram a não ocorrência dessa ação no primeiro momento em que procuraram a UBS.

Tabela 4 - Acessibilidade sócio-organizacional à primeira consulta na atenção básica para ações para acolhimento na UBS-terceira etapa do método canguru: Recife, 2018.

Acessibilidade à Primeira Consulta na AB ¹	Ambulatório UBS ² (n=68)		Não ocorreu a ação (n=68)	
	RMR n (%)	IE n (%)	RMR n (%)	IE n (%)
O atendimento na AB foi realizado no primeiro momento em que procurou a UBS, não sendo necessário agendamento prévio.	21 (30,9)	18 (26,5)	10 (14,7)	19 (27,9)
No primeiro atendimento precisou esperar mais de 30min com a criança, na UBS;	16 (23,5)	19 (27,9)	15 (22,1)	18 (26,5)
É fácil marcar consulta de rotina para criança prematura;	24 (35,3)	33 (48,5)	7 (10,3)	4 (5,9)
Quando a UBS está				

aberta e a criança está doente, é atendida no mesmo dia	25 (36,7)	22 (92,6)	6 (8,8)	15 (23,5)
---	-----------	-----------	---------	-----------

¹ Atenção Básica

² Unidade Básica de Saúde

Nota: Dos 95 participantes da pesquisa, 68 levaram a criança para a UBS, destes, 31 eram do interior do estado e 37 da Região Metropolitana do Recife.

Todas os 95 responsáveis entrevistados relataram ter comparecido à primeira consulta agendada pelo ambulatório hospitalar.

A dimensão estrutura está apresentada na tabela 5, descrevendo a presença ou ausência dos insumos necessários ao desenvolvimento das ações de controle e monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças, encontrados ou não na UBS, independentemente de seu funcionamento ou não. Houve ausência de régua antropométrica em cerca de ¼ das UBSs do IE.

Tabela 5 - Frequências de Insumos para as ações de controle e monitoramento do crescimento e desenvolvimento na primeira consulta na UBS -Terceira etapa do método canguru: Recife, 2018.

Estrutura ¹	Ambulatório UBS ² (n=68) ³			Não ocorreu a ação (n=68)		
	IE n (%)	RMR n (%)	Total n (%)	IE n (%)	RMR n (%)	Total n (%)
Balança Pesa Bebê	28 (41,2)	33 (48,5)	61 (89,7)	3 (4,4)	4 (5,9)	7 (10,3)
Régua Antropométrica	25 (36,8)	30 (44,1)	55 (80,9)	6 (8,8)	7 (10,3)	13 (19,1)
Fita Métrica	31 (45,6)	36 (52,9)	67 (98,5)	-	1 (1,5)	1 (1,5)
Estetoscópio	29 (42,6)	37 (54,4)	66 (97)	2 (2,9)	-	2 (2,9)

¹ Estrutura – Os dados apresentados na tabela são referentes a estrutura apenas da Unidade Básica de Saúde.

² Unidade Básica de Saúde

³ O número de responsáveis que levaram as crianças à UBS correspondeu a 68.

4.3 IMPLANTAÇÃO DA TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU

Os resultados para a obtenção do GI da terceira etapa do MC estão descritos nas tabelas 6 a 9. Os resultados com recorte para a RMR, e para o IE estão apresentados nos apêndices C e D.

Nesses apêndices há tabelas com pontuações, percentuais e grau de cumprimento, para melhor compreensão dos resultados alcançados para cada item (insumos ou atividades/ações) dos componentes, das dimensões processo e estrutura.

Tabela 6 - GI da assistência compartilhada na terceira etapa do MC – ações de orientação para a Interior do Estado e Região Metropolitana do Recife: Recife, 2018.

Componentes	Item	Pontuação máxima	Pontuação obtida	Cumprimento (%)	Grau (%)	Relativo ao todo (%)
Ações de orientação (5,0)	Aleitamento Materno	475	297,5	62,5	52,9	26,5
	Desenvolvimento infantil	475	122,5	25,7		
	Realização da posição canguru em casa	475	215	45,2		
	Aleitamento Artificial (se necessário)	475	260	54,7		
	Calendário Vacinal	475	295	62,1		
	Administração de Medicação (Tricálcio e Sulfato Ferroso)	475	317,5	66,8		
Total		T. M. ¹ = 2850	T. O. ² = 1507,5			

NOTA: T.M.¹ – Total Máximo; T.O.² – Total obtido

Tabela 7 - GI da assistência compartilhada na terceira etapa do MC – ações de controle e monitoramento para a Interior do Estado e Região Metropolitana do Recife: Recife, 2018.

Componentes	Item	Pontuação máxima	Pontuação obtida	Cumprimento (%)	Grau (%)	Relativo ao todo (%)
Ações de Controle e Monitoramento	Realizada medição do comprimento da criança pelos serviços que compartilham a assistência na 3ª etapa	475	327,5	68,9	60,9	19,5
	Realizada a medição do peso da criança pelos serviços que compartilham a assistência na 3ª etapa	475	350	73,6		
	Realizada medição do perímetro cefálico da criança pelos serviços que compartilham a assistência na 3ª etapa	475	320	67,3		
	É realizado preenchimento dos dados antropométricos da criança na caderneta de saúde pela UBS	475	84	22,1		
	A caderneta de saúde da criança está preenchida com as informações das vacinas	475	190,5	66,8		
Total		T. M. ¹ = 2090	T. O. ² = 1272			

NOTA: T.M.¹– Total Máximo; T.O.² – Total obtido

Tabela 8 - GI da assistência compartilhada na terceira etapa do MC – acessibilidade sócio-organizacional (Primeiro contato e coordenação do cuidado) para a Interior do Estado e Região Metropolitana do Recife: Recife, 2018.

Componentes	Item	Pontuação máxima	Pontuação obtida	Cumprimento (%)	Grau (%)	Relativo ao todo (%)
Acessibilidade à primeira consulta na UBS	A UBS ¹ funciona nos dois turnos	200	145	72,5	73,8	37
	O atendimento na AB ² foi realizado no primeiro momento em que procurou a UBS, não sendo necessário agendamento prévio;	200	130	65		
	No primeiro atendimento precisou esperar mais de 30min com a criança, na UBS;	120	69	57,5		
	É fácil marcar consulta de rotina para criança prematura;	120	82,5	68,7		
	Quando a UBS está aberta e sua criança fica doente, é atendida no mesmo dia;	200	125	62,5		
	A família tem ACS e é visitada pelo mesmo;	200	80	40		
	Na primeira semana após a alta hospitalar, recebeu visita domiciliar da equipe de saúde e realizou consulta na UBS	200	70	35		

continua

continuação

	Na segunda semana após a alta hospitalar, a criança retornou à maternidade de origem e realizou consulta na UBS ou recebeu visita domiciliar;	200	130	65		
	Ocorreu referência e contrarreferência entre maternidade de origem e UBS	160	94	58,7		
Total		T. M. ¹ = 2720	T. O. ² = 2007,5			

¹Unidade Básica de Saúde²Atenção BásicaNOTA: T.M.¹ – Total Máximo; T.O.² – Total obtido

As dimensões estrutura e processo, e seus componentes estabelecidos para compor o GI da terceira etapa do MC, que devem ser compartilhados com a AB, apresentaram resultados de implantação diferentes, entre as dimensões e os componentes. Na dimensão processo, o componente ações de orientações apresentou-se não implantado (52,9%). As orientações quanto ao desenvolvimento infantil atingiram 25,7% de cumprimento, e as orientações para a continuidade da posição canguru em casa, 45,2%. Não chegaram a atingir nem 50% do parâmetro relativo às orientações oferecidas de maneira compartilhada pelos serviços envolvidos na terceira etapa.

O controle e monitoramento e a acessibilidade sócio-organizacional apresentaram GI de 60,9% e 73,8%, respectivamente, o que os classifica como parcialmente implantados. Na tabela 7, relativa às ações de controle e monitoramento do crescimento da criança, a ação de preenchimento dos dados antropométricos na caderneta de saúde da criança foi cumprida em 22,1% dos casos, aquém do esperado para essa tarefa. Para as tarefas de medição do peso, comprimento e PC, foram observadas diferenças entre as ESFs quanto à sua realização: algumas realizam todas as medidas, outras realizam apenas algumas. A medição do peso apresentou maior percentual de cumprimento (73,6%), enquanto a medição do PC atingiu o menor percentual entre as medidas antropométricas (67,3%).

Na tabela 8, com dados sobre a acessibilidade sócio-organizacional na primeira consulta na AB, as ações com menores percentuais foram: recebimento de visita domiciliar ou

realização de consulta na primeira semana após alta hospitalar e ter cobertura de Agente Comunitário de Saúde (ACS), com resultados considerados incipientes.

A dimensão estrutura está apresentada na tabela 9, que descreve os insumos necessários às ações de controle e monitoramento do crescimento das crianças e devem estar presentes nas UBSs. Para o ambulatório hospitalar a descrição dos insumos ocorreu em percentuais de 100% para os itens balança pesa bebê, Régua antropométrica, Fita métrica, Estetoscópio.

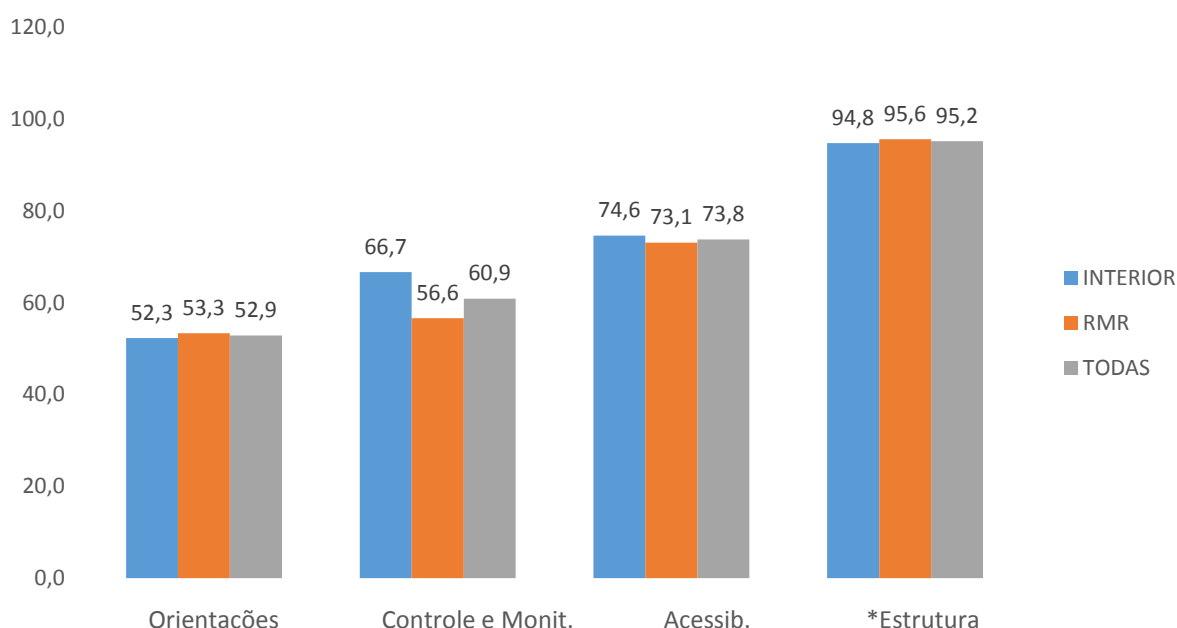
Foi avaliada a presença do insumo, não considerando seu funcionamento. Assim, a dimensão estrutura (insumos materiais) apresentou GI satisfatório (95,2%).

Tabela 9 - GI da assistência compartilhada na terceira etapa do MC para dimensão estrutura UBS para Interior do Estado e Região Metropolitana do Recife: Recife, 2018.

Componentes	Item	Pontuação máxima	Pontuação obtida	Cumprimento (%)	Grau (%)	Relativo ao todo (%)
Estrutura	Balança Pesa Bebê	340	322,5	94,8%	95,2%	17,0%
	Régua Antropométrica	340	307,5	90,4%		
	Fita Métrica	340	337,5	99,3%		
	Estetoscópio	340	327,5	96,3%		
Total		T. M. ¹ = 1360	T. O. ² = 1295			

NOTA: T.M.¹– Total Máximo; T.O.² – Total obtido

Gráfico 1 - Grau Implantação por Componentes
da 3ª etapa Método Canguru, ambulatório hospitalar e UBS



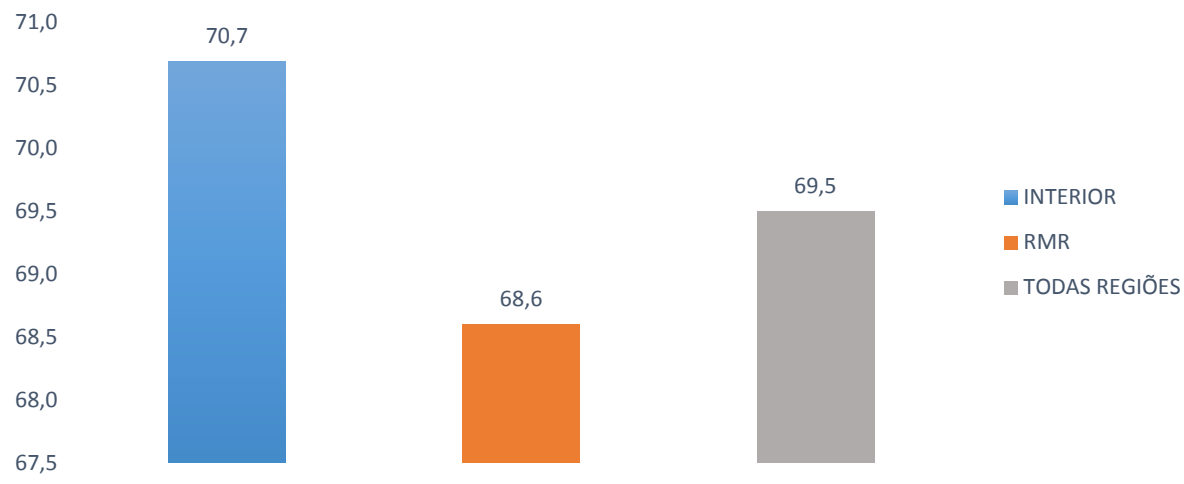
Nota: *Estrutura UBS

O gráfico 1 apresenta os componentes da atenção compartilhada na terceira etapa MC, por região de moradia. A acessibilidade sócio-organizacional na primeira consulta na AB e a estrutura de insumos materiais apresentaram melhores índices de implantação quando comparadas às ações de orientação em saúde e controle e monitoramento da atenção à saúde.

O componente controle e monitoramento corroborou para o melhor GI para os residentes no IE, em relação aos que residem na RMR.

O gráfico 2 descreve o resultado final para o GI das regiões do IE, RMR e o resultado geral. A região do IE apresentou escore para o GI de 70,7% e a RMR 68,6%. Foram verificados melhores resultados do GI da atenção compartilhada para a terceira etapa do MC para o IE. O GI da terceira etapa do MC para os serviços que participaram da pesquisa no período delimitado, é considerado, segundo as definições do estudo, como parcialmente implantado (69,5%).

Gráfico 2 - Grau de Implantação da 3ª Etapa do MC



5 DISCUSSÃO

Importantes componentes do compartilhamento da atenção à saúde das crianças na primeira consulta da terceira etapa do MC foram responsáveis por resultados insatisfatórios quanto ao GI: ações de orientações à saúde e ações de controle e monitoramento da atenção à saúde. São ações que devem ser compartilhadas entre os serviços da terceira etapa do MC, como base e parte do atributo de longitudinalidade da atenção a essas crianças em consultas subsequentes. O atributo da longitudinalidade relaciona-se diretamente com a integralidade do cuidado, norteador as práticas de saúde para a produção do cuidado, corresponsabilização e vínculo (MELLO et al., 2012; SILVA et al., 2014).

A PNAISC, instituída pelo MS pela portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, apresenta, entre seus eixos estratégicos, a atenção humanizada ao recém-nascido. Esta consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção, que deve ocorrer de forma integrada, na AB, com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção; e enfatiza a promoção e o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento (CD) integral, através das ações de acompanhamento, vigilância e estímulo do pleno CD da criança, em especial na primeira Infância, pela AB. Instrumentos para o monitoramento do CD da criança, bem como o incentivo ao aleitamento materno, imunização, e atenção às doenças prevalentes na infância, se consolidaram como a principal estratégia para a vigilância da saúde infantil, no âmbito da AB (MELLO et al., 2012; BRASIL, 2015a).

A portaria do MC, emitida em 2015, fundamenta e normatiza a terceira etapa do Método. Após a alta da internação hospitalar, o recém-nascido e a família devem vincular-se à UBS para vigilância do CD e orientações sobre as estratégias importantes ao cuidado à saúde. Almeja-se a construção do cuidado longitudinal, possibilitando aumentar a resolutividade dos problemas de saúde, bem como a prevenção de doenças e promoção da saúde. A regularidade de atendimento pelos profissionais das UBSs favorece o estabelecimento de vínculo para maior possibilidade de um cuidado longitudinal (BRASIL, 2015b; VAZ et al., 2015; DAMASCENO et al., 2016).

O monitoramento da vigilância do CD tem início antes do nascimento de um bebê, através do pré-natal, e continua após o nascimento da criança. É importante sua continuidade, com interfaces de ações entre o hospital, a unidade de saúde, a residência da família e a comunidade. Nesse processo de vigilância e cuidado é importante pesar e medir a criança, incentivar o aleitamento materno, compreender e auxiliar os relacionamentos familiares,

proporcionar afeto e segurança nos atendimentos, vacinação, alimentação adequada, prevenção de doenças, entre outros cuidados essenciais. Evidências apontam a interdependência entre longitudinalidade do cuidado, vínculo e responsabilização, aspectos que fundamentam a AB. Para tal, é necessário que os envolvidos no processo terapêutico apresentem confiança e respeito, denotando o compromisso com o processo saúde-doença, o que reforça o aspecto relacional para a efetivação da longitudinalidade (MELLO et al., 2012; DAMASCENDO et al., 2016). A política de humanização que norteia o MC propõe-se complementar esses aspectos da AB para atenção à saúde dos nascidos prematuros e com baixo peso ao propor ações mais específicas como orientações em saúde, reforçando esse aspecto relacional.

O componente das ações de orientação em saúde apresentou baixos percentuais, segundo a compreensão dos usuários que participaram da pesquisa. Em 2014, um estudo no Paraná evidenciou baixos escores para avaliação do atributo de orientações na atenção à saúde da criança na AB, comprometendo o grau de afiliação ao serviço e a resolutividade da atenção à saúde da criança na APS. A fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde figura entre os entraves para a APS no Brasil. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; ARAUJO et al., 2014).

É importante compreender o funcionamento dos serviços, de maneira que a identificação de fragilidades em componentes dos atributos da APS, quando avaliados, permita nortear os ajustes necessários para os avanços em sua qualidade. Ações de orientação em saúde ou orientação familiar configuram-se atributos derivados da APS, que pressupõem o reconhecimento das necessidades em função do contexto físico, econômico e cultural em que estão inseridas as famílias. Na atenção à saúde da criança, a orientação familiar fortalece o vínculo com o serviço de saúde, refletindo-se nos demais atributos, tornando a atenção à saúde infantil mais efetiva e com melhor qualidade (STARFIELD, 2002; ARAUJO et al., 2014).

As ações de orientação tornam os usuários coparticipantes do processo de cuidado e favorecem o empoderamento. Observou-se, no estudo, predomínio das ações de orientação do crescimento realizadas no ambulatório hospitalar, durante a terceira etapa MC, quando essas são ações básicas de saúde a ser realizadas no acompanhamento na UBS, para além do cuidado e acompanhamento do ambulatório hospitalar.

Essas ações foram preconizadas há décadas, por normatizações do MS, e enfatizadas para acompanhamento da saúde da criança de baixo peso e/ou pré-termo. Estudo aponta os fatores mais relevantes para a preferência dos pais ou responsáveis pelas unidades de maior densidade tecnológica: confiança nos profissionais, expectativas sobre qualidade da

assistência, experiência pessoal ou da rede social e satisfação com o atendimento (DAMASCENO et al, 2016). É possível que o vínculo criado com o serviço hospitalar durante o internamento (etapas 1 e 2 do MC) tenha influenciado esse resultado. Devido ao desenho do estudo este aspecto não foi avaliado, necessitando de aprofundamento posterior.

Orientações sobre a administração de medicamentos e o aleitamento materno foram os itens com melhores percentuais de cumprimento para a realização compartilhada na terceira etapa MC. O que está em concordância com o estudo de Schmidt e Higarashi (2012), em que a orientação sobre medicação e aleitamento despontam como primordiais no processo educativo para a alta. Os autores constataram que a orientação às mães quanto à prática de aleitamento materno na UBS apresentou associação positiva ao desfecho para amamentação exclusiva e duradoura e relacionou-se com a satisfação das mães. Quanto à orientação sobre a administração das medicações, foi observado a mera entrega da medicação prescrita, tendo as mães permanecido com muitas dúvidas sobre a forma correta de administrá-la.

Orientações sobre o desenvolvimento infantil apresentaram o escore mais baixo no que concerne às orientações que devem ser compartilhadas na terceira etapa MC. A prática da vigilância do desenvolvimento infantil está aquém do esperado para a realização deste componente na AB, quem sabe sendo responsável por possíveis atrasos no desenvolvimento de crianças prematuras. Em geral, a consulta na puericultura centra-se na aferição de peso, esquema de vacinações e orientação nutricional. No estudo, orientações sobre vacinas foi um dos itens com maiores percentuais. Os achados indicam que os desvios no desenvolvimento são detectados tardiamente, quando a criança apresenta sinais mais graves de comprometimento, possivelmente com repercussões extremamente negativas. Estudo desenvolvido na Paraíba pontua o interesse pelo tema por enfermeiros da AB, e reconhece a necessidade de ampliar o domínio sobre os aspectos referentes ao desenvolvimento infantil (RUGOLO, 2012; REICHERT et al., 2015). É possível que haja necessidade de treinamento específico sobre acompanhamento do desenvolvimento dessas crianças para reforçar a importância dessas orientações pela equipe da UBS. Há necessidade de estudos posteriores específicos para essa clientela do MC, de modo a aprofundar essa questão.

Estudo realizado em Pernambuco constatou um elevado percentual de profissionais não treinados para ações de assistência às crianças e sugere que a ausência de treinamento acaba refletindo na falta de orientação às mães sobre o acompanhamento do crescimento das crianças, além do desconhecimento de grupos de risco e não realização de procedimentos fundamentais para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CARVALHO et al, 2008).

A integralidade e a longitudinalidade do cuidado se fortalecem através de instrumentos como a Caderneta de Saúde da Criança (CSC). O não preenchimento deste instrumento pelos profissionais de ambos os serviços, ambulatório hospitalar e UBS, destaca-se como um importante aspecto para reflexão pela equipe de saúde que atende crianças da terceira etapa MC.

A CSC foi criada pelo MS para servir como instrumento de acompanhamento integral da saúde da criança, pautado na vigilância à saúde. Constitui o principal documento de registro da saúde da criança. Deve ser utilizada por profissionais que atuam em diferentes espaços de assistência à criança e seu preenchimento adequado possibilita o monitoramento e a comunicação entre os profissionais da própria equipe ou dos diferentes serviços de assistência infantil, além de favorecer o acompanhamento da saúde da criança pela família. (BRASIL, 2012).

Amorim et al. (2018) apontaram a falta ou incompletude dos registros dos dados de saúde das crianças na CSC: 44,5% tinham menos de 60% dos itens preenchidos. Entre os itens que devem ser registrados nas maternidades, o peso ao nascer apresentou maior proporção de preenchimento (64,5%). Nos campos que constam da CSC, na APS e outros serviços, os relativos às vacinas foram os mais preenchidos (94,0%). Houve maior preenchimento na maternidade do que na APS. A falta de treinamento ou capacitação dos profissionais sobre o preenchimento da CSC pode ser considerado um dos fatores relacionados à utilização incorreta e ao preenchimento inadequado (GAVIA; SILVA, 2014).

Estudo realizado com profissionais que participam da assistência à saúde da criança mostra o reconhecimento, pelos profissionais, da importância do preenchimento dos dados na caderneta. No entanto, o registro não é realizado de forma adequada pelos profissionais das maternidades e das UBS, fragilizando a comunicação entre os diferentes serviços e a vigilância pela família (SILVA; GAVIA, 2015).

Carvalho et al. (2008), no estado de Pernambuco, em artigo sobre o acompanhamento do crescimento de crianças menores de um ano, afirmaram que o primeiro motivo de busca ao serviço de saúde é a vacinação (40,8%), para ambas as áreas de moradia (RMR e IE). No entanto, no interior, apenas 5,8% compareceram ao serviço com a finalidade da visita de rotina (CARVALHO et al., 2008). O preenchimento do item de vacinação na CSC foi identificado, no estudo sobre a terceira etapa MC, como a maior frequência de preenchimento, em ambas as regiões de moradia.

O encaminhamento da maternidade de nascimento para a UBS deveria ser um elemento desencadeante do processo de acompanhamento compartilhado de atenção à saúde.

Esse encaminhamento ocorreu em percentual elevado na pesquisa sobre terceira etapa MC, passível de ter colaborado para melhor acessibilidade sócio-organizacional para assistência à saúde compartilhada. No entanto, Silva (2013) identificou que a UBS não foi o local preferencial para as famílias levarem seus recém-nascidos para consultas de rotina, tanto pela intensa ligação de confiança com a maternidade de nascimento, como devido ao pouco conhecimento dos profissionais da atenção hospitalar sobre os atributos da AB e não valorização dessa ação. Ainda, parte dos profissionais da UBS relataram que os recém-nascidos pré-termo necessitariam exclusivamente dos especialistas no ambulatório hospitalar. Referiram que eles deveriam ser acompanhados nos hospitais onde nasceram, pela equipe que já os conhecia e, portanto, estaria mais capacitada (SILVA, 2013).

Estratégias que facilitam a integração de ações e serviços de saúde por profissionais e níveis de atenção diferentes são promotoras do processo de Coordenação do Cuidado. Distintos profissionais utilizam mecanismos e instrumentos para planejar a assistência, definir fluxos, trocar informações, referenciar, contra referenciar e monitorar pacientes, em serviços localizados no mesmo ou em diferentes níveis de atenção, para facilitar o cuidado contínuo e integral (ALELUIA et al, 2017).

A fragilidade da interface do MC e a AB foi evidenciada em estudo desenvolvido por Aires et al. (2015), no sul do Brasil. O insuficiente conhecimento dos profissionais da AB sobre MC foi identificado como compreensão superficial e limitada ao contato pele a pele, e manutenção de vínculo mãe-bebê. No entanto, os autores esclarecem que é unânime o reconhecimento dos profissionais da UBS quanto à importância da estratégia da visita domiciliar no seguimento da criança, apesar de verificar que, nas primeiras semanas após alta da internação hospitalar, o contato da criança com a AB, através de visita domiciliar e consultas na UBS, apresentou percentuais baixos.

Este desconhecimento dos profissionais da saúde sobre a política pública preconizada para assistência ao prematuro também é evidenciado em estudo realizado em município do estado do Pará, apontando a valorização dos cuidados hospitalares, a assistência fragmentada ao prematuro e divergências entre a política e as práticas profissionais (KLOSSOSWSKI et al., 2016).

Gomes, Fracolli e Machado (2015) revelam que as visitas domiciliares realizadas por enfermeiros ocorrem apenas quando solicitadas. Afirmam que estas visitas devem ser uma estratégia na programação de trabalho para garantir a longitudinalidade, integralidade e acesso à AB. Apontam a sobrecarga do profissional enfermeiro como fator que dificulta a realização das visitas domiciliares e reconhecem o papel importante do ACS na consolidação dessa

estratégia. Porém, reforçam que a visita domiciliar deve ser realizada pela ESF, de modo a ampliar o cuidado. Nas visitas domiciliares é possível observar melhor as condições da família, identificar potenciais cuidadores, o tipo de suporte que a família vai precisar da ESF, higiene, entre outros cuidados. Também foi destacada a contribuição que esta atividade exerce no vínculo com a comunidade e com a continuidade dos cuidados em domicílio e na UBS, pela ESF.

Estudo publicado em 2018 afirma que a ausência de visita domiciliar puerperal pela ESF influenciou negativamente a manutenção do Aleitamento Materno Exclusivo (AME). Segundo o MS, a visita domiciliar deve ser uma ferramenta da AB, para complementariedade das consultas na UBS e para as crianças que necessitam de maior acompanhamento, a ser realizado de maneira mais efetiva. A visita domiciliar possibilita um cuidado individualizado, fortalecedor da AB (BRASIL, 2012; CARVALHO et al., 2018).

A contrarreferência da UBS para o ambulatório hospitalar, na pesquisa sobre terceira etapa MC, também foi observada, de forma incipiente, em ambas as regiões (IE e RMR). No estudo realizado por Aires (2015), a frágil comunicação entre o hospital e a UBS dificulta a continuidade do MC na AB. O MC no domicílio depende do suporte fornecido pela ESF, considerando ainda a necessidade do seguimento e cuidados à criança nascida prematura ou de baixo peso, quando da alta hospitalar. Apesar da existência de maternidade pública referência para o MC, não existe uma interface da AB efetiva com o hospital para a realização da terceira etapa do método nesse nível de atenção à saúde, como os resultados evidenciam. Esses resultados corroboram estudo realizado por Klossowski et al. (2016), que aponta para a fragmentação do cuidado ao prematuro e contradições entre a política e a prática dos serviços.

Estudo realizado na Paraíba descreveu as características da articulação, a partir do olhar dos profissionais de saúde acerca da referência e contrarreferência: 49,4% dos profissionais relataram que, na AB, não havia comunicação efetiva com os especialistas. No entanto, a frequência de não comunicação dos especialistas com os profissionais de AB foi mais expressiva, 68,2%. Quanto à presença de algum fluxo de comunicação institucionalizado, apenas 37% das equipes relataram sua existência, e, destas, 85,2% se referiam a comunicações por ficha de referência/contrarreferência, com história detalhada e sugestões de conduta, instrumento de modo geral semelhante ao utilizado na terceira etapa do MC (PROTASIO et al., 2014).

Estudo analisou o sistema de referência e contrarreferência em 16 países da América Latina e constatou maior eficiência na referência e maiores dificuldades na contrarreferência. Situação que limita a retroalimentação da AB e a continuidade do cuidado em seu território.

Essa deficiência, em especial do sistema de contrarreferência, parece não se ater a modelos de sistemas de saúde, haja vista sua verificação, citada na literatura científica, ocorrer em países com distintos modelos, e a reprodução, em locais diversos, de um mesmo modelo de sistema de saúde, o SUS no Brasil. (PROTASIO et al., 2014; ORTEGA et al., 2016). Faz-se então uma reflexão sobre a importância de aprofundar a investigação dessa questão sob a ótica da pesquisa avaliativa, considerando, entre outros aspectos, o processo operacional e a implementação dos mesmos.

Neste estudo, o GI da terceira etapa do MC foi considerado parcial para ambas as regiões de moradia. No entanto, a acessibilidade à primeira consulta na AB corrobora para o percentual discretamente maior de implantação na região do IE. O componente da acessibilidade sócio-organizacional para o acolhimento na AB visa o vínculo e a garantia do acompanhamento da criança. Aires et al. (2015) destacam, no processo de trabalho das ESFs, a preocupação com a realização do acolhimento da família. Esse cuidado é facilitado pelo agendamento das consultas de rotina e com os fluxogramas para garantir a continuidade.

A importância da acessibilidade aos serviços de saúde é ressaltada por Batista, Carvalho e Vasconcelos (2017), ao analisarem os fatores associados à mortalidade neonatal referentes ao acesso e à utilização de serviços de saúde. Entre os fatores de risco os autores mencionam a prematuridade e apontam a necessidade de melhorias ao acesso a serviços voltados para a assistência materna e infantil.

Pesquisa desenvolvida no Rio Grande do Norte observou o seguimento do acesso de primeiro contato, em USF, no cuidado de crianças. Esse atributo registrou baixos escores em todas as unidades de saúde avaliadas. Os achados apontam para dificuldades de acesso/ acessibilidade aos serviços de AB no município estudado, no tocante à atenção à saúde da criança. Os autores destacam os resultados insatisfatórios, em todas as UBS estudadas, na questão: “É fácil marcar consulta de rotina para a criança?” (MORAIS; MORAIS; SANTIAGO, 2017). Esses resultados divergem dos obtidos no estudo sobre terceira etapa MC, e são corroborados por Aires et al. (2015).

O olhar diferenciado sobre a criança de risco para morte infantil, em programas de vigilância, possibilita resultados positivos na prática, quando inclui elementos de acessibilidade sócio-organizacional. Entre esses, o cuidado da equipe para a realização do acolhimento, visando manter o vínculo e garantir o acompanhamento da criança, com o agendamento facilitado das consultas. No estudo de Aires et al. (2015), sobre o seguimento do RNPT na AB, os profissionais entrevistados mostraram atenção a esse aspecto e com a qualidade e duração das consultas, de forma a suprir as necessidades de orientações às

famílias, principalmente quando se tratava de um paciente pré-termo. Entretanto, essa realidade ocorreu em município que, desde o ano de 2009, desenvolve um projeto de vigilância à criança em condições de risco.

Fausto et al. (2014) lembram que ainda persistem importantes barreiras organizacionais para acesso aos serviços de saúde: o pouco ordenamento dos fluxos, e a integração da AB à rede de saúde ainda incipiente e frágil na coordenação do cuidado entre AB e atenção especializada. Essa condição afeta a capacidade de resposta resolutiva da AB. Contudo, os elementos associados à integração da AB com a rede de saúde dependem de ações de um sistema e envolvem adequação dos serviços especializados.

Alguns responsáveis referiram preferência por não levar seus filhos às UBS e mantiveram apenas o acompanhamento da criança no ambulatório hospitalar. A realização das ações de atenção à saúde elencadas no estudo, e que devem ser compartilhadas entre o serviço hospitalar e a AB evidencia a fragilidade para integralidade e diálogo entre os serviços, criando dificuldades no acompanhamento da saúde dessas crianças na AB, com falhas na continuidade e na coordenação do cuidado.

As potencialidades das ações articuladas entre os serviços do ambulatório canguru e AB para melhorar a atenção à saúde das crianças nascidas pré-termo e/ou baixo peso ao nascer são reconhecidas pelos formuladores da política nacional de MC. Porém, na prática, essa rede ainda é pouco acionada, segundo Lamy, Silva e Morsch (2015), pela crença comum entre os profissionais do hospital e da AB de que o recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso é especial e de responsabilidade única dos serviços especializados de alta complexidade.

Tesser e Norman. (2014) destacam, no entanto, que outros elementos perpassam a discussão sobre o acesso aos serviços de saúde, em especial na ESF. O acesso facilitado inclui também a não programação para o contato com a equipe de saúde, e habilidades dos profissionais para comunicação facilitada, capacidade de negociação e esclarecimento das situações, manejo dos medos e ansiedades e resoluções contextualizadas de problemas. Esses elementos não são passíveis de ser observados através de dados coletados por instrumentos como os aplicados na pesquisa sobre compartilhamento da terceira etapa MC, que se baseou em normativa do MS e no PCATOOL.

É possível que outros elementos, não aprofundados no estudo, e não identificados na normatização da terceira etapa MC, tenham influenciado também essa diferença de implantação da acessibilidade sócio-organizacional à UBS, privilegiando a região do IE. Deve-se também atentar para aspectos da acessibilidade não relacionados à dimensão sócio-organizacional, como dificuldades relativas às condições socioeconômicas e facilidade de

acesso geográfico nos casos de menor distância para o ambulatório hospitalar MC para os residentes na RMR.

Ao contrário dos resultados do estudo na terceira etapa MC no IMIP, a falta de sistematização do acompanhamento após a alta hospitalar foi assinalada em ambulatórios hospitalares, por Gontijo et al. (2010). Os autores identificaram baixa incorporação da terceira etapa do MC em maternidades capacitadas para o método, no Brasil, no período de 2000 a 2003. Charpak e Ruiz-Peláez (2006), em maternidades que utilizam o MC em 15 países em desenvolvimento, observaram altos percentuais de não implantação da terceira etapa desse Método. Além disso, detectaram uma percepção distorcida, por parte de muitos profissionais, de que seria necessário possuir um local exclusivo para sua realização, dificultando a implantação desta etapa nos espaços existentes.

Embora o MS recomende a participação da AB na terceira etapa do MC, esta parece ainda não ser a realidade nos municípios brasileiros (AIRES et al., 2015; LAMY; SILVA; MORSCH, 2015). As dificuldades no funcionamento da RAS foram apontadas como obstáculos para a implantação da terceira etapa do MC. Estudos identificaram que o acesso do usuário ao serviço de saúde depende não apenas de algumas características sociais e econômicas individuais, mas também de como a RAS e o sistema de referência e contrarreferência estão organizados (CARDOSO et al., 2015).

Miranda (2014) avaliou o GI do ambulatório de recém-nascidos de baixo peso em maternidade com MC, no estado do Piauí. A dimensão estrutura para recursos materiais apresentou percentual de 78,6%, inferiores aos verificados em estudo no ambulatório de egressos MC hospitalar. No ano de 2017, o resultado do PMAQ foi de 37,4% para o item equipamentos e materiais, no estado de PE. (BRASIL, 2018), o que revela fragilidade para a assistência à população pela AB. Salienta-se, no entanto, que, na pesquisa, na terceira etapa MC, os dados foram obtidos de questionário aplicado aos responsáveis, uma limitação do estudo, e no PMAQ os dados foram coletados *in loco*. Os dados passíveis de verificação *in loco* foram apenas os relativos ao ambulatório de egressos MC hospitalar.

O Método Canguru é uma estratégia instituída como política de saúde no Brasil, e seus benefícios estão consolidados na literatura. Esforços para a ampliação e implantação das três etapas, em todo o território nacional, são necessários. A implantação parcial da terceira etapa do método aponta a necessidade de esforços para alinhar e fortalecer sua contribuição, de maneira ampla e com todo potencial para a assistência ao pré-termo e/ou baixo peso ao nascer.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O compartilhamento da atenção à saúde entre os ambulatorios, como preconizado para a terceira etapa pela política do MC, ainda não alcançou efetivamente sua incorporação nas práticas das UBSs, e entre os níveis de cuidado.

Indicativos dos potenciais e das fragilidades da terceira etapa compartilhada para a primeira consulta desta etapa do MC pode ser constatada de modo inicial, através da avaliação normativa. O Modelo Lógico, construído através da Matriz de Julgamento elaborada com a participação de *experts*, que contribuiu para essa visão sistematizada dos componentes descritos, facilitou a avaliação de acordo com a norma em vigor.

É importante realizar pesquisas que analisem as razões do não compartilhamento da atenção à saúde dessas crianças egressas da terceira etapa MC. Pesquisas desenhadas sob a ótica avaliativa, com um olhar mais aprofundado sobre as questões levantadas no estudo, de modo a preencher as lacunas apontadas. Outras abordagens metodológicas talvez sejam necessárias para desvendar, por exemplo, a percepção dos profissionais de saúde da AB sobre o compartilhamento da atenção ao recém-nascido de risco, baixo peso e/ou pré-termo.

O planejamento de capacitações de profissionais da AB para a atenção à saúde, compartilhadas no MC, são sugestões interessantes para os gestores da atenção à saúde da criança, ampliadas para o estado de Pernambuco.

REFERÊNCIAS

- AIRES, L.C.P. et al. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. esp, p. 224-232, 2015.
- ALBUQUERQUE, M. S. V., et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 182-194, 2014.
- ALELUIA, I. R. S., et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, 2017.
- ALMEIDA, P.V.B. Prefácio. In: SANCHES, M.T.C. et al. **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015.
- ALVES, C.K.A. et al. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I. C. et al. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.
- ALVES, J.S. **Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo e a satisfação materna**. 2016. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Fluminense, Niterói, 2016.
- ALVES, J.S.; OLIVEIRA, M.I.C.; RITO, R.V.V.F. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1077-1088, 2018.
- AMORIM, L. P. et al. Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. 1-10, 2018.
- ANDRADE, L.O.M. de; BARRETO, I.C.H.C.; COELHO, L.C.A. A Estratégia de Saúde da Família e o SUS. In: ROUQUAYROL, M.Z.(Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 7ª ed. Rio de Janeiro, 2013a.
- ANDRADE, L.O.M. de; BUENO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. São Paulo, p. 783-836, 2012.
- ANTUNES, M. J. M., GUEDES, M.V.C. Integralidade nos processos assistenciais na atenção básica. In: GRACIA, EGRY (Col.). **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre, 2010.
- ARAÚJO, B. F.; TANAKA, A.C. Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2869-2877, 2007.
- ARAÚJO, C.L. de, et al. Método Mãe Canguru: uma investigação da prática domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 301-307, 2010.

ARAÚJO, J.P., et al. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 5, 2014. p 440-446.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BATISTA, C.B.; DE CARVALHO, M.L.; VASCONCELOS, A. G.G. Access to and use of health services as factors associated with neonatal mortality in the North, Northeast, and Vale do Jequitinhonha regions, Brazil. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v. 94, n. 3, p. 293-299, 2018.

BORCK, M.; SANTOS, E.K.A. Terceira etapa método canguru: convergência de práticas investigativas e cuidado com famílias em atendimento ambulatorial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 761, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil**. Brasília, 2010.

_____. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a **Rede Cegonha**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 02 ago. 2016.

_____. Portaria Nº 1.130, de 05 de agosto de 2015. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS – a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 02 ago. 2016.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Método Canguru: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica**. Brasília, 2015a.

_____. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Pnass : **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. – Brasília, 2015b. 64 p.

_____. Indicadores de mortalidade – taxa de mortalidade infantil. **Rede Interagerencial de Informações para a Saúde**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c01b.htm>>. Acesso em: 15 agos. 2016.

_____. Sistema de informações de Nascidos Vivos (SINASC). **DATASUS**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>> . Acesso em: 25 agos. 2016.

_____. Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de Setembro de 2017. **PNAB-Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 15 maio 2017.

_____. Encontro estadual para fortalecimento da atenção básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ, 17 e 18 Abril 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Amanda%20Tavares/Desktop/MESTRADO%20tudo/Artigos%20Revisão%20e%20Discussão/Apresentacao_PMAQ_EncontroAB_mesa.pdf >. Acesso em: 25 abr. 2018.

BRAGA, P. P.; DE SENA, R. R. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 6, p. 975-980, 2012.

_____. Avanços na atenção ao prematuro e a continuidade da assistência: reflexão sobre rede de cuidados. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 3, p. 899-908, 2013.

CAMPOS, R.T.O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 252-264, 2014.

CARDOSO et al. Análise situacional do Método Canguru nas maternidades públicas brasileiras. In: SANCHES et al. **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015.

CARVALHO, D. P. Avaliação da implantação do método canguru no hospital de base “Dr. Ary Pinheiro” em Porto Velho, Rondônia, 2015. Dissertação. (Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde). Núcleo de Saúde. Departamento de Medicina. Fundação Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, 2015.

CARVALHO, M.F., et al. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 675-685, 2008.

CARVALHO, M.J.L.N., et al. Primeira visita domiciliar puerperal: uma estratégia protetora do aleitamento materno exclusivo. **Revista Paulista de Pediatria**, v.36 n. 1, p. 66-73, 2018.

CASSIANO, A.C.M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014.

CHAMPAGNE, F. et al. A apreciação normativa. In: BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013a.

_____. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013b.

CHARPAK, N., et al. A randomized, controlled trial of kangaroo mother care: results of follow-up at 1 year of corrected age. **Pediatrics**, v. 108, n. 5, p. 1072-1079, 2001.

CHARPAK, N.; RUIZ- PELÁEZ, J. G. Resistance to implementing Kangaroo Mother Care in developing countries, and proposed solutions. **Acta Paediatrica**, v. 95, n. 5, p. 529-534, 2006.

CONTRANDIOPOULOS A.P. et al. Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CUSTODIO, N., et al. Alta da unidade de cuidado intensivo neonatal e o cuidado em domicílio: revisão integrativa da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 984-999, 2013.

DAMASCENO, J.R. et al. Nutrição em recém-nascidos prematuros e de baixo peso: uma revisão integrativa. **Revista Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**. v. 14, n. 1, p. 40-46, 2014.

DAMASCENO, S. S.et al., Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2961-2973, 2016.

DENIS, J.L.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University, 2003.

FAUSTO, M.C.R.et al., A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 13-33, 2014.

FIGUEIRÓ, AA.C.; FRIAS, P.G.; NAVARRO, L.M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. C. et al. (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

FORTI, S. La APS como ordenadora del sistema de salud: ventajas y desventajas de una puerta preferencial. **Intercambio Eurosocietal Salud III**, v. 3, p. 2-2.09, 2009.

FURTADO, J.P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2ª ed. São Paulo, p. 715-740, 2009.

GAIVA, M.A.M.; SILVA, F.B. Caderneta de saúde da criança: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. ISSN: 1981-8963, v. 8, n. 3, p. 742-749, 2014.

GOMES, M.F.P.; FRACOLLI, R. A.; MACHADO, B.C. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. **O Mundo da Saúde**, v. 39, n. 4, p. 470-475, 2015.

GONTIJO, T.L., et al. Fatores associados ao método canguru no Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais** 25(3): 2015. P. 315-321, 2015.

KLOSSOSWSKI et al. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Revista CEFAC**, v. 18, n. 1, p. 137-150, 2016.

LAMY, Z. C.; SILVA, M. S.; MORSCH, D. S.. Cuidado Compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica. In *Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública / organizado por Maria Teresa Cera Sanches...* [et al], 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, v. 1, p. 185-205.

LAMY, Z.C., et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso-Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 659-668, 2005.

LANSKY, S., et al, Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Birth in Brazil survey: neonatal mortality profile, and maternal and child care. **Cadernos de Saúde Pública [Internet]**, v. 30, p. 192-207, 2014.

LEAL, M. C., et al. Provider-Initiated late preterm births in Brazil: differences between public and private health services. **PloS one**, v. 11, n. 5, 2016a.

LEAL, M. C.,et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reproductive Health**, v. 13, n. 3, p. 127, 2016b.

LIMA, G.M.S. Trajetória do Método Canguru no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. In: *Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública / organizado por Maria Teresa Cera Sanches...* [et al]. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015.

LIMA, A.A. , et al. Caracterização de recém-nascidos prematuros nascidos em maternidade de referência de alto risco de Maceió, Alagoas. **Gep News**, v. 1, n. 1, p. 32-37, 2018.

LIMA, G. M.S. Assistência à saúde/Saúde da Criança -**Unidade Método Canguru**.

Disponível em:

<<http://www1.imip.org.br/imip/assistenciaesaude/sausedacrianca/unidademaecanguru.html>>. Acesso em: 16 agos. 2016.

LUCENA, M. G. A. **Avaliação do grau de implantação das ações de atenção integral à saúde da criança menor de 2 anos na estratégia de saúde da família no município de Garanhuns, em Pernambuco, 2013**. Dissertação (Mestrado) –Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, 2014.

MATIDA, A.H.; CAMACHO, L.A.B. Pesquisa avaliativa e epidemiológica; movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 37- 47, 2004.

MELLO, D. F. de, et al. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 675-679, 2012.

MENDES, G.V.S., et al. Kangaroo Care Method at Neonatal Intensive Care Unit/Método Canguru na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 4, n. 4, p. 68-74, 2015.

MENEZES, M.A.S., et al. Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 2, p. 171-177, 2014.

MIRANDA, S.M. **Avaliação do grau de implantação do ambulatório de recém-nascido de baixo peso no estado do Piauí**. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, 2014.

MORAIS, J.M.O.; MORAIS, F.R.R.; SANTIAGO, C.M.C. Acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde para crianças de 0 a 9 anos. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 3, p. 848-856, 2017.

NASCIMENTO, S. G.; OLIVEIRA, C. M.; SPOSITO, V.; FERREIRA, D. K. S.; BONFIM, C. V. Mortalidade infantil por causas evitáveis em uma cidade do Nordeste do Brasil **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 208, 2014.

NUNES B.P. et al. Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 777-787, 2016.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158, 2013.

OLIVERA, L.L., et al. Fatores maternos e neonatais relacionados a prematuridade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 382-389, 2016.

OPAS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde**. Documento de posicionamento. Washington, 2005.

ORTEGA, M.Á.F., et al. Os sistemas de referência e contrarreferência de pacientes na América Latina: mecanismos de coordenação assistencial e papel da medicina de família e comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, p. 37-45, 2016.

PAIM, J.S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações?. **Saúde em debate**, v. 36, p. 343-347, 2012.

PEREIRA, M.G. Qualidade dos serviços de saúde. In: _____. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. **Serviços para o cidadão**. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/servico/localizacao-das-usf> Acesso em: 16 agos. 2016.

PROTASIO, A.P.L., et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 209-220, 2014.

REICHERT, A.P.S., et al. Vigilância do desenvolvimento infantil: estudo de intervenção com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 954-962, 2015.

RUGOLO, L.M.S.S. Importância da monitorização do desenvolvimento em recém-nascidos prematuros. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 4, p. 460-461, 2012.

SAMICO, I. et al. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 2, p. 229-240, 2005.

SAMICO, I.C.; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: SAMICO, I. C. et al. (Orgs.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

SANTOS, H. G.; ANDRADE, S. M.; SILVA, A. M. R.; MATHIAS, T. A. de F.; FERRARI, L. L.; MESAS, A. E. Mortes infantis evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde: comparação de duas coortes de nascimentos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 907-916, 2014.

SANTOS, M. H.; AZEVEDO FILHO, F. M. Benefícios do método Mãe Canguru em recém-nascidos pré-termo ou baixo peso: uma revisão da literatura. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 14, n. 1, p. 67-76, 2016.

SANTOS, A.S. et al. Access to child care services in the Northeast and in the South Regions of Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 3, p. 447-460, 2017.

SASSÁ, A. H.; SCHMIDT, K. T.; RODRIGUES, B. C.; ICHISATO, S. M. T.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. Bebês pré-termo: aleitamento materno e evolução ponderal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 4, p. 594, 2014.

SCHMIDT, K.T.; HIGARASHI, I.H. Experiência materna no cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 391-399, 2012.

SERAPIONI, M.; LOPES, C.M.N.; SILVA, M.G.C. Avaliação em saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 7ª ed. Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, M.S. da. Existe articulação entre equipes de Unidade Neonatal e da Atenção Básica em Saúde no atendimento à criança na terceira etapa do Método Canguru? 2013. 88 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2013.

SILVA, C.T. et al. Integralidade e suas interfaces com a produção do cuidado. **Revista Cuidarte**, v. 5, n. 2, p. 731-738, 2014.

SILVA, F.B.; GAÍVA, M. A. M. Preenchimento da caderneta de saúde da criança: percepção dos profissionais. **Ciência e Cuidados em Saúde**, v. 14, n. 2, p. 1027-1034, 2015.

SILVA, A.R.E.; GARCIA, P.N.; GUARIGLIA, D.A. Método Canguru e os benefícios para o recém-nascido. **Hórus**, v. 8, n. 2, p. 1-10, 2017.

SILVA, R. R.; GASPARINI, M.F.V.; BARBOZA, M. In: TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E.L.; ALMEIDA, C.A.L. **Avaliação em saúde**: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, p. s100-s110, 2008.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco - Ministério da Saúde, 2002.

STELMAK, A. P.; FREIRE, M. H. Aplicabilidade das ações preconizadas pelo Método canguru. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 3, p. 795-802, 2017.

TANAKA, O.Y. Avaliação em saúde: novos tempos, novas construções. In: _____.; RIBEIRO, E.L.; ALMEIDA, C.A.L. **Avaliação em saúde**: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E.L. Avaliação de implantação de programas nacionais. In: _____.; _____.; ALMEIDA, C.A.L. **Avaliação em saúde**: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

TESSER, C. D.; NORMAN, A.H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 869-883, 2014.

UNICEF. **Pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas**. 2013. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_possiveis_causas.pdf> . Acesso em: 16 ago. 2016.

VAZ, E.M.C., et al. Longitudinalidade do cuidado à criança na estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 4, p. 49-54, 2015.

VENANCIO, S. I.; ALMEIDA, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5 Supl, p. S173-180, 2004.

APÊNDICE A - QUADRO DE VARIÁVEIS

Quadro 1 - Variáveis para o perfil sociodemográfico das famílias incluídas no estudo Avaliação do grau de implantação da terceira etapa do Método Canguru em maternidade de referência para alto risco em Pernambuco. Recife, 2008

Variáveis	Definição	Categorização
Município de residência	Circunscrição administrativa dentro de um Estado, governada por um prefeito e uma câmara de vereadores.	* Região Metropolitana do Recife * Interior do estado
Área de moradia	Território, seção ou expansão de um espaço, geralmente delimitado	* Área urbana * Área rural
Idade materna	Idade cronológica da mãe	* < 18 anos * >18 anos
Grau de instrução da mãe	Escolaridade materna	* Ensino Fundamental I e II (Completo e incompleto) * Ensino Médio (Completo e incompleto) * Graduação e/ou * Pós-Graduação (Completo e incompleto)
Idade paterna	Idade cronológica do pai	* < 18 anos * >18 anos
Grau de instrução do pai	Escolaridade paterna	* Não estudou * Ensino Fundamental I e II (Completo e incompleto) * Ensino Médio (Completo e incompleto) * Graduação e/ou * Pós-Graduação (Completo e incompleto) * Não sabe informar

continua

continuação

Estado civil dos pais	Situação de um indivíduo em relação ao matrimônio ou à sociedade conjugal.	* Solteiros * Casados/ União estável (Moram juntos) * Divorciados
Principal provedor da família	Aquele que provê ou que fornece o que é necessário	* Pai * Mãe * Outra
Renda aproximada da família	Renda econômica que entra em uma família.	* < 1 Salário * ≥ 1 Salário * ≥ 2 Salários * + 3 Salários

Quadro 2 - Variáveis para caracterização das crianças incluídas no estudo Avaliação do grau de implantação da terceira etapa do Método Canguru em maternidade de referência para alto risco em Pernambuco. Recife, 2018

Variáveis	Definição	Categorização
Sexo	Diferença física que distingue o macho da fêmea	* Masculino * Feminino
Idade cronológica da criança	Idade real do bebê, tempo de vida depois do nascimento	* < 1M * 1 a 2 M * > 2 M
Idade gestacional ao nascimento	Tempo, medido em semanas ou em dias completos, decorrido desde o início da última menstruação (ou data da última menstruação - DUM) da mulher grávida.	* < 22 semanas * 22 a 27 semanas * 28 a 31 semanas * 32 a 36 semanas
Peso ao nascer	Peso em gramas da criança no momento do nascimento	* <1000g * 1000 a 1500g * 1501 a 2000g * > 2000

Continua

Continuação

Peso na alta	Peso em gramas que a criança recebeu na alta da maternidade de nascimento	* < 1500g * 1500 a 1750g * 1751 a 2000g * > 2000g
Período de internação	Período, em dias, em que a criança permaneceu internada na maternidade, após seu nascimento.	* Média do período de internação das crianças em dias
Gemelar	Gestação múltipla	* Sim * Não

Quadro 3 – Variáveis para caracterização da acessibilidade organizacional na atenção básica incluídas no estudo Avaliação do grau de implantação da terceira etapa do Método Canguru em maternidade de referência para alto risco em Pernambuco. Recife, 2018.

Variáveis	Definição	Categorização
A USF funciona nos dois turnos;	A UBS funciona nos turnos diurnos (manhã e tarde).	* Sim * Não
O atendimento na AB foi realizado no primeiro momento em que procurou a UBS;	Quando procurou a UBS, o atendimento da criança prematura foi realizado no primeiro momento, ou foi necessária marcação.	* Sim * Não * Não se aplica
Foi necessário agendamento para a primeira consulta da criança prematura na UBS;	Para o primeiro atendimento do recém-nascido prematuro foi necessário o agendamento prévio.	* Sim * Não * Não se aplica
Precisou esperar mais de 30min com a criança na UBS;	No primeiro atendimento ao recém-nascido prematuro precisou esperar mais de 30min, na sala de espera.	* Sim * Não * Não se aplica

Continua

Continuação

É fácil marcar consulta de rotina da criança prematura;	As consultas de rotina são facilmente agendadas na UBS	* Sim * Não * Não se aplica
Quando a UBS está aberta e sua criança fica doente, é atendida no mesmo dia;	Caso a criança apresente algo que necessite orientação de profissionais de saúde e a UBS for procurada, é realizado atendimento e orientação ou será encaminhada sem ser examinada	* Sim * Não * Não se aplica
A família recebe visita de ACS;	A família tem cobertura do ACS em seu território.	* Sim * Não * Não se aplica
Qual a frequência das visitas domiciliares realizadas pelo ACS à família.	O ACS realiza visita domiciliar à família com que frequência	* Diariamente * Semanalmente * Quinzenalmente * Mensalmente * Não sabe informar * Não se aplica

Quadro 4 - Variáveis para caracterização da acessibilidade geográfica na atenção básica incluídas no estudo Avaliação do grau de implantação da terceira etapa do Método Canguru em maternidade de referência para alto risco em Pernambuco. Recife, 2018

Variáveis	Definição	Categorização
Tempo gasto da residência para a UBS;	Tempo gasto para chegar até a UBS	* < 30 mim * 30 mim a 1h * > 1h
Valor gasto para chegar à UBS.	Valor gasto em Reais para chegar até a UBS	* Nenhum * 1 real a 5 reais * >5 reais

Quadro 5 - Variáveis para caracterização da assistência à criança prematura na terceira etapa do MC incluídas no estudo Avaliação do grau de implantação da terceira etapa do Método Canguru em maternidade de referência para alto risco em Pernambuco. Recife, 2018

Variáveis	Definição	Categorização
Recebeu encaminhamento da maternidade de origem para a UBS;	Após alta hospitalar, na consulta ambulatorial da maternidade de origem, recebeu encaminhamento para a UBS.	* Sim * Não
A criança foi levada para a UBS;	Levou a criança prematura à UBS ainda durante os atendimentos no ambulatório do Canguru no IMIP	* Sim * Não
Se não foi levada à UBS, qual o motivo;	Qual o motivo de não procurar a UBS durante a terceira etapa do Canguru.	* Respostas discursivas
Na primeira semana após a alta hospitalar recebeu visita domiciliar da equipe de saúde e/ ou foi realizada consulta na UBS	Na primeira semana após a alta hospitalar a criança recebeu visita domiciliar ou foi realizada consulta por parte da equipe de saúde da UBS	* Sim * Não
Na segunda semana após a alta hospitalar, a criança retornou à maternidade de origem, realizou consulta na UBS ou recebeu visita domiciliar;	Na segunda semana após a alta hospitalar, a criança realizou consulta no ambulatório da maternidade de origem.	* Sim * Não
Recebeu orientação sobre o aleitamento materno;	Foi orientada quanto ao aleitamento materno exclusivo.	* Sim * Não
Serviço que orientou sobre aleitamento materno;	Qual serviço realizou orientação quanto ao aleitamento materno	* Maternidade de origem * UBS * Maternidade e UBS * Não se aplica

Continua

Continuação

Se não amamenta exclusivamente, recebeu orientação sobre o Aleitamento artificial;	Foi orientada quanto à fórmula e proporção adequada ao prematuro e suas particularidades.	* Sim * Não * Não se aplica
Se foi necessário, qual o serviço que orientou sobre o aleitamento artificial;	Se necessário aleitamento artificial, qual o serviço que orientou a proporção adequada da fórmula.	* Maternidade de Origem * UBS * Maternidade e UBS * Não se aplica
É realizada a medição do comprimento da criança;	Realizado medição do comprimento da criança nas consultas de acompanhamento.	* Sim * Não
Serviço que realizou a medição do comprimento da criança;	Qual serviço realizou a medição do comprimento da criança nas consultas de rotina.	* Maternidade de origem * UBS * Maternidade e UBS * Não se aplica
É realizada a medição do peso da criança;	Realizada medição do peso da criança nas consultas de acompanhamento.	* Sim * Não
Serviço que realizou a medição do peso da criança;	Qual serviço realiza a medição do peso da criança nas consultas de rotina.	* Maternidade de origem * UBS * Maternidade e UBS * Não se aplica
É realizada a medição do perímetro cefálico da criança;	Realizada medição do perímetro cefálico da criança nas consultas de acompanhamento.	* Sim * Não
Serviço que realizou a medição do perímetro cefálico da criança;	Qual serviço realiza a medição do perímetro cefálico da criança nas consultas de rotina.	* Maternidade de origem * UBS * Maternidade e UBS * Não se aplica

Continua

Continuação

Recebeu orientação sobre o desenvolvimento infantil;	Foi orientada quanto a aspectos do desenvolvimento infantil por questões peculiares à prematuridade	* Sim * Não
Serviço que orientou sobre o desenvolvimento infantil;	Qual o serviço orientou sobre o desenvolvimento infantil da criança prematura.	* Maternidade de origem * UBS * Maternidade e UBS * Não se aplica
Recebeu orientação sobre as vacinas para a criança prematura;	Foi orientada quanto ao calendário vacinal por questões peculiares à prematuridade	* Sim * Não
Serviço que orientou sobre o calendário vacinal	Qual o serviço orientou sobre o calendário vacinal da criança prematura.	* Maternidade de origem * UBS * Maternidade e UBS * Não se aplica
Recebeu orientação sobre as medicações necessárias ao prematuro no início da vida (Tricálcio, sulfato ferroso)	Foi orientada quanto à administração do tricálcio e do sulfato ferroso.	* Sim * Não
Serviço que orientou quanto à administração do tricálcio e do sulfato ferroso.	Qual o serviço orientou sobre a administração do tricálcio e do sulfato ferroso para a criança prematura.	* Maternidade de origem * UBS * Maternidade e UBS * Não se aplica
É realizado preenchimento da caderneta de saúde da criança para o comprimento, peso e perímetro cefálico;	Os dados antropométricos (peso, comprimento e perímetro cefálico) são preenchidos na caderneta de saúde da criança.	* Sim * Não
Serviço que realizou o preenchimento dos dados antropométricos na caderneta de saúde da criança;	Qual serviço preenche os dados antropométricos da criança na caderneta de saúde.	* Maternidade de origem * UBS * Maternidade e UBS * Não se aplica

Continua

Recebeu orientação para continuar a posição canguru em casa;	Foi orientada a dar continuidade à posição canguru em casa, após a alta hospitalar.	* Sim * Não
Serviço que orientou a continuação da posição canguru em casa;	Qual o serviço orientou a realizar a posição canguru com o prematuro após alta hospitalar.	* Maternidade de origem * UBS * Maternidade e UBS * Não se aplica
Através da observação da caderneta de saúde da criança, como está sendo realizado o preenchimento;	Durante a terceira etapa a caderneta de saúde da criança está preenchida com quais informações	* Preenchimento dos dados antropométricos * Preenchimento de vacinas * Não preenchida * Não se aplica (Não tem Caderneta).
Ocorreu referência e contrarreferência da UBS;	Recebeu encaminhamento da Maternidade de origem para a AB e o instrumental de referência e contrarreferência retornou para a maternidade de origem.	* Sim * Não

Quadro 6 - Variáveis para estrutura – Hospital/AB incluídas no estudo Avaliação do grau de implantação da terceira etapa do Método Canguru em maternidade de referência para alto risco em Pernambuco. Recife, 2018

Variáveis	Definição	Categorização
Existência de - Balança Pesa-Bebê - Régua antropométrica - Fita métrica - Estetoscópio	Recursos materiais disponíveis para o acompanhamento dos RNPTs na AB	* Sim * Não

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

PESQUISA GRAU DE IMPLANTAÇÃO 3ª ETAPA CANGURU-RECIFE QUESTIONÁRIO DE PESQUISA – Responsável pela Criança

Informações sobre o Questionário	
Questionário: _____ Data da entrevista: ____/____/_____ Entrevistador: _____	Nº Quest: ____ _ ____

Informações sobre a Criança e a Família	
I. IDENTIFICAÇÃO Nome da Mãe/ Responsável _____ Contato: _____ Nome da Criança: _____ 1. Município de Residência: _____ (1) RMR (2) Interior do Estado 2. Área de Moradia: (1) Urbana (2) Rural II. CRIANÇA 3. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino 4. Data de nascimento: ____/____/____ 5. Idade cronológica em meses da criança: _____ (1) < 1M (2) 1 a 2 M (3) > 2 M 6. Idade gestacional ao nascimento em semanas: (1) < 22 semanas (2) 22 a 27 semanas (3) 28 a 31 semanas (4) 32 a 36 semanas 7. Peso ao nascer em g: _____ (1) <1000g (2) 1000 a 1500g (3) 1501 a 2000g (4) > 2000 8. Peso na alta do Hospital em g: _____	() LOCRESID () AREMORA () SEXOCRI () IDACRI () IDAGEST () PESONASC () PESOALTA

(1) < 1000g (2) 1500 a 1750g (3) 1751 a 2000g (4) > 2000g 9. É Gemelar?: (1) SIM (2) NÃO III. PAIS/RESPONSÁVEIS 10. Idade mãe em anos: _____ (1) <18 (2) > 18 11. Grau de instrução da mãe: (1) Não estudou (2) Ensino Fundamental I incompleto (1ª a 4ª Série) (3) Ensino Fundamental I completo (4ª Série) (4) Ensino Fundamental II incompleto (5ª a 8ª Série) (5) Ensino Fundamental II completo (8ª Série) (6) Ensino Médio incompleto (1º ao 3º ano) (7) Ensino Médio completo (3º ano) (8) Graduação incompleta (9) Graduação completa (10) Pós-Graduação 12. Idade do pai em anos: _____ (1) <18 (2) > 18 13. Grau de instrução do pai: (1) Não estudou (2) Ensino Fundamental I incompleto (1ª a 4ª Série) (3) Ensino Fundamental I completo (4ª Série) (4) Ensino Fundamental II incompleto (5ª a 8ª Série) (5) Ensino Fundamental II completo (8ª Série) (6) Ensino Médio incompleto (1º ao 3º ano) (7) Ensino Médio completo (3º ano) (8) Graduação incompleta (9) Graduação completa (10) Pós-Graduação (11) Não sabe informar	() GEMELAR () IDAMAE () ESCOMAE () IDAPAE () ESCOPAE
--	---

Informações sobre a Unidade de Saúde da Família	
I. VÍNCULO COM A USF	
17. A família utiliza a USF de acompanhamento? (1) Sim (2) Não	() UTILUSF
18. Sua USF funciona nos dois turnos do dia? (1) Sim (2) Não	() DOISTURUSF
19. Sabe o nome da enfermeira que realiza o acompanhamento da criança prematura? (1) Sim (2) Não	() NOMENF
20. Recebeu encaminhamento da maternidade de origem para o UBS no momento da alta do Hospital? (1) Sim (2) Não	() ENCAB
21. Quando procurou a UBS para a primeira consulta da criança prematura, o atendimento foi realizado no primeiro momento? (1) Sim (2) Não	() CONSUPRIMOMEN
22. Foi necessário agendamento para a primeira consulta da criança pré-termo na UBS? (1) Sim (2) Não	() AGENDPRICONSULAB
23. É necessário falar com muitas pessoas para marcar o atendimento da criança prematura? (1) Sim (2) Não	() MARCPRIATENDFALA MUITGENTE
24. Quando leva a criança na USF, você tem que esperar muito tempo para ser atendida? (1) Sim (2) Não	() ESPEROUMUITOPRAA TEND
25. Quando você chega à USF, você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança se consulte com o médico/ enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)? (1) Sim (2) Não	() ESPERAMAIS30MIM
26. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão da criança (“consulta de rotina”) na USF? (1) Sim (2) Não	() FACILMARCAHORAP RACRI
27. Quem realiza o acompanhamento de rotina da criança pré-termo na UBS? (1) Enf. (2) Médico (3) Interconsultas	() REALIZAATENDAB
28. É difícil conseguir atendimento médico para a criança prematura na USF quando você pensa ser necessário? (1) Sim (2) Não	() FACILATENDMEDICO

29. Quando a USF está aberta e sua criança fica doente, alguém deste serviço de saúde a atende no mesmo dia? (1) Sim (2) Não	() ATENDNODIASEDOENTE
30. Quando a USF está aberta, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone, se precisar? (1) Sim (2) Não	() ATENDTELEF
31. Encontrou dificuldade para o acompanhamento da criança prematura na USF? (1) Sim (2) Não	() DIFICULACOMPUSF
II. ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA	
32. Distância em tempo da residência para a UBS? (1) < 30 mim (2) 30 mim a 1h (3) > 1h	() DISTUSF
33. Principal via de transporte para chegar à unidade? (1) Andando (2) Bicicleta (3) Moto (4) Ônibus (5) Carro próprio (6) Taxi (7) Outro	() TRANSPOUSF
34. Valor gasto para chegar à unidade de saúde? (1) Nenhum (2) 1 real a 5 reais (3) >5 reais	() VALORGASTO
III. ASSISTÊNCIA À CRIANÇA	
35. Na primeira semana APÓS ALTA HOSPITALAR? Retornou à maternidade de origem entre 48 e 72 horas? (1) Sim (2) Não	() RETOROHOSP1
Recebeu visita domiciliar da equipe de saúde? (1) Sim (2) Não	() VDES
Realizou consulta na UBS? (1) Sim (2) Não	() CONSULUSF
36. Na segunda semana de Vida APÓS ALTA HOSPITALAR? Retornou à maternidade de origem? (1) Sim (2) Não	() RETORHOSPI2
Realizou consulta na UBS ou recebeu visita domiciliar? (1) Sim (2) Não	() CONSULVDUSF

37. Recebeu orientação sobre aleitamento materno? (1) Sim (2) Não	() ORIALEIT
38. Se, sim? Qual serviço orientou? (1) Maternidade de origem (2) UBS (3) Maternidade e UBS (4) Não se aplica	() SERVORIALE
39. Amamenta exclusivamente? (1) Sim (2) Não	() AMAEXCL
40. Se NÃO, foi orientada quanto ao complemento do aleitamento artificial? (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	() ORICOMPLEALIMENTO
41. Se, sim – por profissional de onde? (1) Maternidade de origem (2) UBS (3) Maternidade e UBS (4) Não se aplica	() SERVCOMP
42. É realizada a medição do comprimento da criança? (1) Sim (2) Não	() MEDCOMP
43. Se, SIM – Onde? (1) Maternidade de origem (2) UBS (3) Maternidade e UBS (4) Não se aplica	() SERVCOMP
44. Realizada a medição do peso da criança? (1) Sim (2) Não	() MEDPESO
45. Se, SIM – Onde? (1) Maternidade de origem (2) UBS (3) Maternidade e UBS (4) Não se aplica	() SERVPEO
46. Realizada a medição do perímetro cefálico da criança? (1) Sim (2) Não	() MEDPC
47. Se, SIM – Onde? (1) Maternidade de origem (2) UBS (3) Maternidade e UBS (4) Não se aplica	() SERVPC
48. Recebeu orientação quanto à idade corrigida? (1) Sim (2) Não	() ORIIDACO

49. Se, SIM – Onde? (1) Maternidade de origem (2) UBS (3) Maternidade e UBS (4) Não se aplica	() SERVIC
50. Foi orientada quanto às medicações necessárias (Tricálcio e Sulfato Ferroso) (1) Sim (2) Não	() ORIMED
51. Se, sim – por profissional de onde? (1) Maternidade de origem (2) UBS (3) Maternidade e UBS (4) Não se aplica	() SERVORIMED
52. É realizado preenchimento da caderneta de saúde da criança para o comprimento, peso e perímetro cefálico? (1) Sim (2) Não	() PREENCADERCRIA
53. Se, SIM – Onde? (1) Maternidade de origem (2) UBS (3) Maternidade e UBS (4) Não se aplica	() SERVPRECADCRIA
54. Recebeu alguma orientação quanto ao desenvolvimento da criança? (1) Sim (2) Não	() ORIDESENV
55. Se, Sim – Onde? (1) Maternidade de origem (2) UBS (3) Maternidade e UBS (4) Não se aplica	() SERVORIDESENV
56. Recebe visita de ACS: (1) Sim (2) Não	() VDACS
57. Após a criança chegar em casa, recebeu visita do ACS? (1) Sim (2) Não (3) Não se aplica	
58. Se, Sim – Com que frequência após a alta hospitalar da criança? (1) Diariamente (2) Semanalmente (3) Quinzenalmente (4) Mensalmente (5) Não sabe informar (6) Não se aplica	() ALTACRIAVDACS () FREQVDACS ()

59. Recebeu orientações para continuar a posição canguru em casa? (1) Sim (2) Não 60. Se sim, quem orientou? (1) Maternidade de origem (2) UBS (3) Maternidade e UBS (4) Não se aplica 61. Realiza posição Canguru em casa, em algum momento do dia? (1) Sim (2) Não 62. Se sim, quem faz o canguru? (1) Mãe (2) Pai (3) Avó (4) Mãe e Pai (5) Várias pessoas da família (6) Outras pessoas da família (7) Não se aplica 63. Recebeu orientação sobre o calendário vacinal (1) Sim (2) Não 64. Se sim, quem orientou? (5) Maternidade de origem (6) UBS (7) Maternidade e UBS (8) Não se aplica 65. Sobre o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (1) Preenchimento dos dados antropométricos (2) Preenchimento da vigilância do desenvolvimento (3) Preenchimento de vacinas (4) Preenchidos apenas dados antropométricos e vacinas (5) Não preenchida (6) Preenchimento dos dados antropométricos, da vigilância do desenvolvimento e de vacinas (7) Não se aplica (Não tem Caderneta) 66. Contrar referência da Unidade de Saúde da Família (1) Sim (2) Não 67. Tempo de Internação: _____ (data de alta: _____) 68. Se não foi à UBS: Qual o motivo? _____ _____ _____ _____	ORICANGURUCASA () SERVORICANGURUCASA () CANGURUCASA () QUEMCANGURUCASA () ORICALVAC () SERVORICALVAC () CADERNETAPREENCHIDA () CONTRAREFERENCIAUSF
---	---

APÊNDICE C - TABELAS GI: INTERIOR DO ESTADO

Tabelas GI: Interior do Estado

Tabela 1 - GI da assistência compartilhada na terceira etapa do MC – ações de orientações para a Interior do Estado

Componentes	Item	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Cumprimento (%)	Grau (%)	Relativo ao todo (%)
Ações de orientação (5,0)	Aleitamento Materno	200	135	67,5	52,3	26,8
	Desenvolvimento infantil,	200	60	30		
	Realização da posição canguru em casa	200	90	45		
	Aleitamento Artificial (se necessário)	200	95	47,5		
	Calendário Vacinal	200	117,5	59,7		
	Administração de Medicação (Tricálcio e Sulfato Ferroso)	200	130	65		
Total		T.M.¹= 1200	T.O². = 627,5			

NOTA: T.M¹– Total Máximo; T.O². – Total Obtido

Tabela 2 - GI da assistência compartilhada na terceira etapa do MC – ações de controle e monitoramento para o Interior do Estado

Componentes	Item	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Cumprimento (%)	Grau (%)	Relativo ao todo (%)
Ações de Controle e Monitoramento	É realizada a medição do comprimento da criança pelos serviços que devem compartilhar a assistência na 3ª etapa	200	145	72,5	66,7	19,6
	É realizada a medição do peso da criança pelos serviços que devem compartilhar a assistência na 3ª etapa	200	160	80		
	É realizada a medição do perímetro cefálico da criança, pelos serviços que devem compartilhar a assistência na 3ª etapa	200	142	72,1		
	É realizado preenchimento dos dados antropométricos da criança na caderneta de saúde, pela UBS	160	52,5	32,8		
	A caderneta de saúde da criança está preenchida com as informações dos dados antropométricos, vacinas	120	87	72,5		
Total		T.M.¹= 880	T.O². =587			

NOTA: T.M.¹– Total Máximo; T.O². – Total Obtido

Tabela 3 - GI da assistência compartilhada na terceira etapa do MC – acessibilidade sócio-organizacional para o Interior do Estado

Componentes	Item	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Cumprimento (%)	Grau (%)	Relativo ao todo (%)
Acessibilidade à primeira consulta na UBS	A UBS funciona nos dois turnos	200	145	72,5	74,6	35,7
	O atendimento na AB foi realizado no primeiro momento em que procurou a UBS, não sendo necessário agendamento prévio.	200	130	65		
	No primeiro atendimento precisou esperar mais de 30min com a criança na UBS;	120	69	57,5		
	É fácil marcar consulta de rotina para criança prematura;	120	82,5	68,7		
	Quando a UBS está aberta e sua criança fica doente, é atendida no mesmo dia;	200	125	62,5		
	A família tem ACS e é visitada pelo mesmo;	200	80	40		
	Na primeira semana após a alta hospitalar, recebeu visita domiciliar da equipe de saúde e realizou consulta na UBS	200	70	35		

Continua

Continuação

	Na segunda semana após a alta hospitalar, a criança retornou à maternidade de origem e realizou consulta na UBS ou recebeu visita domiciliar;	200	130	65		
	Ocorreu referência e contrar-referência entre maternidade de origem e UBS	160	94	58,7		
Total		T. M ¹ . = 1240	T.O ² . = 925,5			

NOTA: T.M¹– Total Máximo; T.O². – Total Obtido

Tabela 4 - GI da assistência compartilhada na terceira etapa do MC para dimensão da estrutura para IE e RMR

Componentes	Item	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Cumprimento (%)	Grau (%)	Relativo ao todo (%)
Estrutura	Balança Pesa Bebê	155	175	94,5	94,8	17,9
	Régua Antropométrica	155	167,5	90,5		
	Fita Métrica	155	182,5	98,6		
	Estetoscópio	155	182,5	98,6		
Total		T. M* ¹ . = 620	T. O. * ² =587,5			

NOTA: T.M¹– Total Máximo; T.O². – Total Obtido

APÊNDICE D - TABELAS GI: REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE

Tabelas GI: Região Metropolitana do Recife

Tabela 1 - GI da assistência compartilhada na terceira etapa do MC – ações de orientações para a Região Metropolitana do Recife

Componentes	Item	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Cumprimento (%)	Grau (%)	Relativo ao todo (%)
Ações de orientação (5,0)	Aleitamento Materno	275	162,5	59	53,3	26,8
	Desenvolvimento infantil,	275	62,5	22,7		
	Realização da posição canguru em casa	275	125	45,4		
	Aleitamento Artificial (se necessário)	275	165	60		
	Calendário Vacinal	275	177,5	69,5		
	Administração de medicação (Tricálcio e Sulfato Ferroso)	275	185,5	68,1		
Total		*T. M.¹= 1650	*T. O². = 880			

Tabela 2 - GI da assistência compartilhada na terceira etapa do MC – ações de controle e monitoramento para a Região Metropolitana do Recife

Componentes	Item	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Cumprimento (%)	Grau (%)	Relativo ao todo (%)
Ações de Controle e Monitoramento	É realizada a medição do comprimento da criança pelos serviços que devem compartilhar a assistência na 3ª etapa	275	182,5	66,3	51,6	19,6
	É realizada a medição do peso da criança pelos serviços que devem compartilhar a assistência na 3ª etapa	275	190	69		
	É realizada a medição do perímetro cefálico da criança pelos serviços que devem compartilhar a assistência na 3ª etapa	275	177,5	64,5		
	É realizado o preenchimento dos dados antropométricos da criança na caderneta de saúde, pela UBS	220	31,5	14,3		
	A caderneta de saúde da criança está preenchida com as informações dos dados antropométricos, vacinas	165	103,5	62,4		
Total		T.M.¹= 1210	T.O².=685			

NOTA: T.M¹– Total Máximo; T.O². – Total Obtido

Tabela 3 - GI da assistência compartilhada na terceira etapa do MC – acessibilidade sócio-organizacional para a Região Metropolitana do Recife

Componentes	Item	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Cumprimento (%)	Grau (%)	Relativo ao todo (%)
Acessibilidade à primeira consulta na UBS	A UBS funciona nos dois turnos	275	180	65,4	73,1	35,7
	O atendimento na AB foi realizado no primeiro momento em que procurou a UBS, não sendo necessário agendamento prévio.	275	140	50,9		
	No primeiro atendimento precisou esperar mais de 30min com a criança na UBS;	165	82,5	49,6		
	É fácil marcar consulta de rotina para criança prematura;	165	105	63,6		
	Quando a UBS está aberta e sua criança fica doente, é atendida no mesmo dia;	275	110	40		
	A família tem ACS e é visitada pelo mesmo;	275	127,5	46,3		
	Na primeira semana após a alta hospitalar recebeu visitadomiciliar da equipe de saúde e realizou consulta na UBS	275	82,5	30		
Continua						
Continuação						
		275	152,5	55,4		

	Na segunda semana após a alta hospitalar, a criança retornou à maternidade de origem e realizou consulta na UBS ou recebeu visita domiciliar;					
	Ocorreu referência e contrar-referência entre maternidade de origem e UBS	220	102	46,3		
Total		T. M ¹ . = 1480	T.O ² . = 1082			

NOTA: T.M¹– Total Máximo; T.O². – Total Obtido

Tabela 4 - GI da assistência compartilhada na terceira etapa do MC para dimensão da estrutura para a Região Metropolitana do Recife

Componentes	Item	Pontuação Máxima	Pontuação Obtida	Cumprimento (%)	Grau (%)	Relativo ao todo (%)
Estrutura	Balança Pesa Bebê	185	175	94,6	95,6	17,9
	Régua Antropométrica	185	167,5	90,5		
	Fita Métrica	185	182,5	98,5		
	Estetoscópio	185	182,5	98,6		
Total		T. M ¹ . = 740	T. O ² = 707,5			

NOTA: T.M¹– Total Máximo; T.O². – Total Obtido

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA O RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS –
RESOLUÇÃO 466/12)

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) seu/sua filho (a) _____ (ou menor que está sob sua responsabilidade) para participar, como voluntário (a), da pesquisa **Avaliação do Grau de Implantação da Terceira Etapa do Método Canguru em um Hospital de Referência da Cidade do Recife**. Esta pesquisa é da responsabilidade do (a) pesquisador (a) **Amanda Maria Tavares dos Santos Fontes**, residente na Rua Luiz de Oliveira Pessoa, Nº 55 A, Bela Vista, Vitória de Santo Antão – PE, CEP: 55608-710, Telefone: (81) 988386686, e-mail: amandamts@gmail.com, para contato do pesquisador responsável, inclusive para ligações a cobrar. Está sob a orientação da Prof.^a Dra. Sílvia Wanick Sarinho, Telefone: (81) 98602-3948, e-mail: silviaws@gmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando, e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde que o (a) menor faça parte do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização nem para o (a) Sr.(a) nem para o/a voluntário/a que está sob sua responsabilidade, bem como será possível ao/a Sr. (a) retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Descrição da pesquisa: o objetivo da pesquisa é avaliar o grau de implantação da terceira etapa do método canguru em uma maternidade de referência para a assistência ao recém-nascido prematuro na cidade do Recife –PE. O procedimento de coleta de dados será realizado através de entrevista utilizando questionário estruturado, com o responsável pela criança e com os profissionais de referência do serviço hospitalar e da atenção básica e observação de prontuários e da caderneta de saúde da criança.
- A criança participará da pesquisa de forma indireta, pois não será realizado nenhum tipo de coleta que necessite da presença da criança. O responsável pode responder as perguntas que lhe forem feitas portando apenas a caderneta da criança. E os profissionais também responderão às perguntas realizadas pela pesquisadora, não necessitando da presença da criança. Para observação dos prontuários não é necessário a presença da criança.

- Os riscos diretos para os responsáveis, que podem ser considerados, são: desconforto e constrangimento durante as perguntas feitas pela pesquisadora, por conter dados pessoais, socioeconômicos e sobre a saúde da criança. Para amenizar os riscos, as perguntas serão feitas de forma clara e responsável, e as respostas serão objeto do mais absoluto sigilo.
- O estudo trará como benefícios indiretos, para os voluntários, a apresentação da implantação da terceira etapa da assistência prestada ao prematuro na cidade do Recife, segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde. E, com isso, colaborar para o aprimoramento e a tomada de decisão, por parte dos gestores, quanto à assistência ao recém-nascido prematuro, buscando melhorias no serviço.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas e informações dos prontuários e da caderneta da criança), ficarão armazenados em pastas de arquivo de computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período mínimo de 5 anos.

O(a) senhor(a) não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento para ele/ela participar desta pesquisa, pois deve ser de forma voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação dele/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), no endereço: **Av. das Engenharias, s/n. prédio do CCS - 1º andar, sala 4. Fone: 81 2126.8588, E-mail: cepccs@ufpe.br.**

Assinatura do pesquisador (a)

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo Avaliação do Grau de Implantação da Terceira Etapa do Método Canguru em um Hospital de Referência da Cidade do Recife, como voluntário(a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de seu acompanhamento/assistência/tratamento) para mim ou para o (a) menor em questão.

Local e data _____

Assinatura do (da) responsável: _____

Impressão
Digital
(opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura: