

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

PESQUISA

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11116

AVALIAÇÃO DA TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

*Evaluation of the third stage of the kangaroo method in primary health care**Evaluación de la tercera etapa del método canguro en atención primaria de salud***Marcos Vilhena Bittencourt da Silva¹** **Zeni Carvalho Lamy^{2,*}** **Álvaro Francisco Lopes de Sousa¹** **Zulmira Hartz³** **Cintia Maria de Melo Mendes¹** **Carmen Viana Ramos¹** 

RESUMO

Objetivo: avaliar a assistência prestada às crianças pela Atenção Primária à Saúde na terceira etapa do método canguro. **Métodos:** estudo transversal com 156 crianças pré-termo no período de janeiro a junho de 2020. Utilizou-se questionário contendo variáveis sócio-demográficas, clínicas e relacionadas à assistência prestada. **Resultados:** Dentre as crianças: 54,5% tinham idade acima de seis meses; 51,9% eram do interior ou de outras localidades; 94,9% eram de baixa renda; 39,1% tiveram peso menor que 1500g; 62,2% e 12,2% nasceram com idade gestacional entre 28 a 33 semanas e inferior a 28 semanas, respectivamente. Quanto à assistência prestada: 74,4% das crianças não realizaram consultas na atenção primária e dentre as atendidas, 78,2% classificaram como ruim/regular; 59,6% não receberam visita domiciliar. **Conclusão:** a avaliação da terceira etapa do método canguro na atenção primária, sob o olhar de mães, apontou fragilidades na qualificação, integralidade da assistência, redesenho/discussão da rede, na referência e contra-referência.

DESCRITORES: Recém-nascido prematuro; Atenção primária à saúde; Método canguro; Assistência à saúde. Estudos transversais.

¹ Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, PI, Brasil.

² Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.

³ Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

* CNPq – Research Productivity Grant to Zeni Lamy (Process: 314939/2020-2; Call CNPq N° 09/2020).

Recebido em: 30/05/2021; Aceito em: 14/01/2022; Publicado em: 16/07/2022

Autor correspondente: Carmen Viana Ramos, Email: carmen.ramos@uninovafapi.edu.br

Como citar este artigo: Silva MVB, Lamy ZC, Sousa ÁFL, Hartz Z, Mendes CMM, Ramos CV. Avaliação da terceira etapa do método canguro na atenção primária a saúde. *R Pesq Cuid Fundam* [Internet]. 2022 [acesso ano mês dia];14:e11116. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11116>



ABSTRACT

Objective: to evaluate the assistance provided to children by Primary Health Care in the third stage of the kangaroo method. **Methods:** cross-sectional study with 156 preterm children from January to June 2020. A questionnaire was used containing socio-demographic, clinical and care-related variables. **Results:** Among the children: 54.5% were over six months old; 51.9% were from the countryside or other locations; 94.9% were low-income; 39.1% weighed less than 1500g; 62.2% and 12.2% were born with gestational age between 28 and 33 weeks and less than 28 weeks, respectively. As for the assistance provided: 74.4% of the children did not undergo consultations in primary care and among those attended, 78.2% classified it as poor/fair; 59.6% did not receive a home visit. **Conclusion:** the evaluation of the third stage of the kangaroo method in primary care, from the perspective of mothers, pointed out weaknesses in qualification, comprehensiveness of care, network redesign/discussion, in reference and counter-reference.

DESCRIPTORS: Premature newborn; Primary health care; Kangaroo method; Health care; cross-sectional study.

RESUMÉN

Objetivo: evaluar la asistencia brindada a los niños por la Atención Primaria de Salud en la tercera etapa del método canguru. **Métodos:** estudio transversal con 156 niños prematuros de enero a junio de 2020. Se utilizó un cuestionario con variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales. **Resultados:** Entre los niños: 54,5% tenían más de seis meses; El 51,9% eran del campo u otras localidades; 94,9% eran de bajos ingresos; El 39,1% pesaba menos de 1500 g; El 62,2% y el 12,2% nacieron con edades gestacionales entre 28 y 33 semanas y menos de 28 semanas, respectivamente. En cuanto a la asistencia brindada: el 74,4% de los niños no acudió a consultas en atención primaria y entre los atendidos, el 78,2% la clasificó como mala / regular; El 59,6% no recibió visita domiciliaria. **Conclusión:** la evaluación de la tercera etapa del método canguru en atención primaria, desde la perspectiva de las madres, señaló debilidades en la calificación, integralidad de la atención, rediseño / discusión de la red, en referencia y contrarreferencia.

DESCRIPTORES: Recién nacido prematuro; Primeros auxilios; Método canguru; Cuidado de la salud; estudio transversal.

INTRODUÇÃO

O nascimento pré-termo é aquele que ocorre antes de 37 semanas de gestação ou entre 140 e 257 dias após o primeiro dia da última menstruação.¹ A prematuridade é a principal causa de mortalidade perinatal em muitos países, com incidência muito variável. O nascimento de pré-termos representa um grande desafio para os serviços de saúde pública em todo o mundo por tratar-se de um determinante de morbi-mortalidade.²

Segundo dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em 2019, a prevalência de recém-nascido pré-termo (RNPT), no Brasil pode chegar a 9,2%. Dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), em 2019, para o Estado do Piauí, mostram que a prevalência de pré-termos foi de 10,4% dos nascidos vivos, e na única maternidade pública de referência para o alto risco, 24,3% dos recém-nascidos foram PT.³

O método canguru tem sido implantado na maioria dos países como estratégia para a redução da mortalidade infantil e qualificação do cuidado neonatal, e no Brasil, foi adotado em 2000, publicado em portaria, como uma política pública de saúde. O método canguru é realizado em três etapas: as duas primeiras são executadas no hospital e a terceira compreende a iniciação da alta e seguimento com a atenção primária à saúde. Entre cada etapa, existem critérios de elegibilidade e de alta, para garantir a segurança do RN e efetividade no cuidado progressivo.⁴

O método canguru é um modelo de assistência que tem início na gravidez de risco e segue até o recém-nascido completar o peso de 2500g. Nesse modelo assistencial, ocorre uma abrangência do cuidado que se inicia no pré-natal e segue pela internação

materna, parto e nascimento, internação do recém-nascido e retorno para a casa.⁵

Na Atenção Primária à Saúde (APS), no que diz respeito ao acompanhamento da criança, a promoção da saúde apresenta uma estreita relação com vigilância em saúde e desenvolvimento infantil, cujas ações são capazes de reduzir situações de vulnerabilidade e riscos, favorecendo a identificação e intervenção precoce frente ao atraso no desenvolvimento infantil.⁶

O seguimento da criança que nasceu pré-termo na APS, após a alta do hospital é uma das ações propostas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída em 2015 pelo Ministério da Saúde do Brasil que visa assegurar uma atenção integral, resolutiva e humanizada ao recém-nascido de risco para a redução da morbimortalidade infantil, tendo como instrumento guia, o Manual da Terceira Etapa do Método Canguru na Atenção Básica.⁷

Apesar disso, ainda são poucos os estudos sobre esse importante acompanhamento e os que são encontrados na literatura apontam dificuldades na implantação e implementação que necessitam serem melhor estudadas. O papel das equipes da ESF ainda precisa ser mais bem conhecido, implementado e divulgado.

Estudos apontam que a percepção de risco das crianças que nasceram pré-termo ou de baixo peso contribuiu para que os profissionais da APS não reconhecessem a importância dos seus cuidados e, que ainda existe fragmentação e descontinuidade do cuidado, marcado pela falta de comunicação entre os dois níveis de atenção – APS e Atenção Hospitalar.^{2,4-5} Outro estudo⁸ discute as dificuldades presentes na assistência à criança que nasceu pré-termo, na terceira etapa do método canguru, resultado de

um certo desconhecimento por parte dos seus facilitadores e à falta da articulação efetiva da atenção hospitalar com a atenção primária à saúde. Essa fragilidade repercute de forma substancial no aumento da mortalidade neonatal tardia. A identificação das lacunas na assistência a crianças pré-termo poderá resultar em intervenções realizadas que venham a melhorar a qualidade do cuidado visando a redução da mortalidade infantil neste grupo.⁹

Essas questões identificadas precisam ser melhor conhecidas para uma efetiva implementação de ações de educação permanente e de apoio matricial às equipes de APS. Nessa perspectiva, este trabalho teve como objetivo avaliar a assistência prestada às crianças pela Atenção Primária à Saúde na terceira etapa do método canguru.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com delineamento transversal, realizado com as mães de crianças que nasceram pré-termo, egressas de uma Maternidade de referência para gestação de alto risco no Estado do Piauí. Nessa instituição, o método canguru está implantado e é referência para o Estado. Além disso, essa maternidade possui um ambulatório de alto risco para onde as crianças que nasceram pré-termo são encaminhadas após a alta. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a junho de 2020.

A avaliação realizada seguiu a concepção teórica de avaliação da qualidade proposta por Donabedian,¹⁰ cujos componentes básicos são: Estrutura, Processo e Resultado. Para esse estudo, em especial, optou-se pelo componente do processo, por se constituir no componente essencial em que a interação com o usuário concretiza a ação em saúde, conforme observou Tanaka.¹¹

Participaram do estudo, mães de crianças que fizeram acompanhamento na terceira etapa do método canguru, e no período da pesquisa estavam sendo acompanhadas no ambulatório de alto risco. Por mês, em média, 37 crianças recebem alta para a terceira etapa do método canguru, perfazendo o total de 444 crianças por ano que são encaminhadas para o seguimento na APS. Considerando a população finita, a amostra calculada foi de 156 crianças com erro amostral de 5%, nível de confiança de 95%. Para participação no estudo foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ser mãe de crianças que nasceram pré-termo na maternidade e participaram do Método Canguru (MC), menores de dois anos de idade e estar em acompanhamento na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de residência. Foram considerados como critérios de exclusão: ser mãe de crianças que estavam fazendo acompanhamentos somente no serviço privado e na maternidade.

O instrumento utilizado para a coleta de dados consistiu em um questionário estruturado, elaborado pelo pesquisador, contendo questões relativas aos dados sócio-demográficos (idade materna, município de residência, zona rural ou urbana, tipo de imóvel, renda familiar, escolaridade, trabalho materno, estado civil, número de membros da família, programa social); variáveis clínicas das crianças (idade gestacional, peso ao nascer, com-

primimento ao nascer) e dados da assistência recebida na terceira etapa do MC (orientações recebidas pela família, agendamento de consultas, e avaliação do que é realizado durante a consulta), tomando por base as ações que são preconizadas no “Manual da terceira etapa do Método do Canguru na Atenção Básica”.¹¹⁻¹²

O questionário foi aplicado pelo próprio pesquisador junto às entrevistadas, registrando as respostas no instrumento. Inicialmente foi realizado um pré-teste do questionário com 20 mães, presencialmente, no sentido de encontrar possíveis inconsistências ou dificuldade de entendimento por parte das entrevistadas. Esses dados se mantiveram na amostra final, por não ter sido constatadas inadequações no instrumento elaborado para esta pesquisa.

As entrevistas inicialmente foram realizadas de forma presencial na maternidade, no momento em que as crianças retornavam para a consulta da terceira etapa ou para a consulta no ambulatório de alto risco. Em virtude da pandemia de COVID 19, o retorno para a maternidade das crianças que nasceram pré-termo, foi suspenso, e as demais entrevistas foram realizadas por telefone após a concordância em participar da pesquisa e preenchimento do TCLE via link *Google forms* enviado por *whatsapp*. Na oportunidade, o pesquisador que é profissional médico, aproveitou o momento para avaliar a situação das crianças que nasceram pré-termo, prestou orientações dirimindo dúvidas das mães, quando necessário, realizando uma teleconsulta.

Os dados foram tabulados na planilha do *software* Microsoft Office Excel e processados utilizando o pacote estatístico Stata® versão 13. As variáveis foram apresentadas por meio de estatística descritiva: número, proporções.

A pesquisa foi aprovada pelo do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Instituto de Ensino Superior do Piauí LTDA, parecer N° 4.034.701, CAAE N° 20652619.1.00005210, em 18 de maio de 2020, conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde N° 466/12, Ministério da Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não houve recusas para participação do estudo.

RESULTADOS

Participaram do estudo 156 mães de crianças nascidas pré-termo que vivenciam a terceira etapa do Método Canguru. Os dados sócios demográficos das mães ou responsáveis estão descritos na Tabela 1.

As características relacionadas a gestação (Idade, Peso ao nascer e Idade gestacional de crianças do estudo) encontram-se dispostos na Tabela 2.

No que concerne ao pré-natal e as consultas de acompanhamento das crianças, os principais achados encontram-se dispostos na Tabela 3.

A assistência prestada pela atenção primária à saúde das crianças participantes na terceira etapa do MC foram dispostas na Tabela 04.

Tabela 1 – Características sociodemográficas (mães) de uma maternidade de referência. Teresina, PI, Brasil, 2020.

Variáveis	Nº	%
Cidade de residência		
Teresina	62	39,7
Outros municípios Piauí	81	51,9
Maranhão	13	8,3
Idade da mãe (anos)		
<20	27	17,3
20 a 30	72	46,1
30 a 40	55	35,3
>40	2	1,3
Estado civil		
Com companheiro	123	78,8
Sem companheiro	33	21,2
Números de membros da família residentes no domicílio		
2 a 3	34	21,8
4 a 5	122	78,2
Tipo de imóvel		
Próprio	74	47,4
Alugado	17	10,9
Cedido/emprestado	65	41,7
Renda mensal familiar (SM)		
<1	52	33,4
1 a 2	96	61,5
≥ 3	8	5,1
Recebe Benefício Social		
Sim	68	43,6
Não	88	56,4
Trabalho materno		
Sim	29	18,6
Não	127	81,4
Escolaridade		
Até 8 anos (EF)	32	20,5
Mais que 8 anos (EM e mais)	124	79,5
Total	156	100,0

Tabela 2 – Características quanto à Idade, Peso ao nascer e Idade gestacional de crianças do estudo. Teresina, PI, Brasil, 2020.

Variáveis	nº	%
Idade (meses)		
0 a 3	47	30,1
4 a 6	24	15,4
7 a 12	40	25,6
≥ 12	45	28,9
Peso ao nascer (gramas)		
500 a 999	15	9,6
1000 a 1499	46	29,5
1500 a 1999	79	50,6
2000 a 2499	13	8,3
>2500	3	1,9
Idade gestacional (semanas)		
Pré-termo tardio - 34 a 36	40	25,6
Pré-termo moderado - 28 a 33	97	62,2
Pré-termo extremo - <28	19	12,2
Total	156	100,0

Tabela 3 – Variáveis relacionadas às consultas de acompanhamento, das crianças do estudo na terceira etapa do Método Canguru. Teresina, PI, Brasil, 2020.

Variáveis	n°	%
Relatório de alta na maternidade		
Não	2	1,3
Sim	153	98,1
Não sabe	1	0,6
Compreende a importância do relatório de alta		
Não	74	47,4
Sim	82	52,6
Leva o relatório de alta para as consultas		
Não	15	9,6
Sim	127	81,4
Às vezes	14	9,0
Recebeu visitas domiciliares		
Não	93	59,6
Sim	63	40,4
Período da visita domiciliar (n=63)		
1ª semana de pós alta	20	31,8
A partir da 2ª semana pós alta	43	68,2
Após a alta hospitalar fez consulta na UBS do seu bairro		
Não	116	74,4
Sim	40	25,6
Retorno UBS 1ª semana		
Não	137	87,8
Sim	19	12,2
Retorno UBS 2ª semana		
Não	131	84,0
Sim	25	16,0
Retorno UBS 3ª semana		
Não	138	88,5
Sim	18	11,5
Total	156	100,0

Tabela 4 – Variáveis relacionadas à assistência prestada pela atenção primária à saúde na terceira etapa do MC. Teresina, PI, Brasil, 2020.

Variáveis	n°	%
Profissional que fez a consulta (n=80)		
Médico	37	46,2
Enfermeiro	43	53,8
Perguntam sobre a nova rotina após chegada do bebê em casa		
Não	24	30,0
Sim	55	68,8
Não sabe	1	1,6
Observam o bebê e avaliam como ele está?		
Não	23	28,8
Sim	56	70,0
Não sabe	1	1,2
Se você está amamentando ou usando leite artificial?		
Não	11	13,8
Sim	67	83,8
Não sabe	2	2,5
A equipe verifica a temperatura do seu bebê?		
Não	46	57,5
Sim	33	41,3

Tabela 4 – Cont.

Variáveis	n°	%
Não sabe	11	1,2
A equipe pesa o bebê?		
Não	55	68,8
Sim	24	30,0
Não sabe	1	1,2
Mede a cabeça do bebê?		
Não	49	61,3
Sim	30	37,5
Não sabe	1	1,2
Mede o tamanho do bebê?		
Não	48	60,0
Sim	31	38,8
Não sabe	1	1,2
Sobre os sons que o bebê está ouvindo?		
Não	51	64,6
Sim	26	32,9
Não sabe	2	2,5
Se o bebê fica na posição canguru?		
Não	52	65,0
Sim	27	33,8
Não sabe	1	1,2
Sobre a quantidade, frequência e o aspecto do cocô e do xixi?		
Não	20	25,0
Sim	56	70,0
Não sabe	4	5,0
Sobre o banho do bebê?		
Não	35	43,8
Sim	43	53,8
Não sabe	2	2,5
Sobre o sono do seu bebê?		
Não	34	42,5
Sim	42	52,5
Não sabe	4	5,0
Olha o cartão de vacina?		
Não	18	22,5
Sim	61	76,2
Não sabe	1	1,2
Anota o peso e as outras medidas no cartão da vacina?		
Não	47	58,8
Sim	32	40,0
Não sabe	1	1,2
Orienta sobre os sinais de risco que o bebê pode apresentar?		
Não	47	58,8
Sim	32	40,0
Não sabe	1	1,2
Você conhece os sinais de risco que seu bebê pode apresentar?		
Não	44	55,0
Sim	33	41,2
Não sabe	3	3,8
Total	80	100,0

Por último apresentamos a avaliação das mães participantes no estudo sobre cuidado prestado no pós-alta na Tabela 05. Com relação à realização dos testes de triagem neonatal os resultados mostraram que 100% das mães realizaram o Teste do Pezinho, 95,5% o Teste da Orelhinha e 89,7% o Teste do Olhinho. Quanto a

receber as doses do imunobiológico Palivizumabe, pela indicação de terem a idade gestacional menor de 28 semanas, somente 4 crianças, dentre as 19 que tinham indicação, receberam dose ainda na maternidade.

Tabela 5 – Avaliação das mães sobre cuidado prestado após a alta da maternidade. Teresina, PI, Brasil, 2020.

Variáveis	nº	%
Ruim	71	45,5
Regular	51	32,7
Bom	23	14,7
Ótimo	11	7,1
Total	156	100,0

DISCUSSÃO

Quanto às características sociodemográfica das participantes do estudo, os resultados mostram que se trata de uma população cuja maioria reside nos municípios do interior, possuem baixa renda, não trabalha, não recebem ajuda dos benefícios sociais e residem com mais de 4 (quatro) membros no mesmo domicílio, se configurando com uma situação de vulnerabilidade social.

Um estudo mostrou que a baixa condição sócioeconômica tem relação com a maior ocorrência de parto prematuros e baixo peso ao nascer,¹³ a exemplo disso em outra pesquisa¹⁴ realizada no Paraná com crianças que nasceram pré-termo, observou-se condições socioeconômicas das famílias, semelhantes às condições encontradas nesta amostra estudada.

Outros estudos realizados em países subdesenvolvidos, e no nordeste do Brasil, com o objetivo de avaliar a relação da condição social e econômica com prevalência de partos prematuros, observaram que além do desfecho para nascimentos de crianças pré-termo, indicavam que esses fatores favoreciam atrasos no crescimento e desenvolvimento infantil.^{5,15}

Um ponto de destaque no presente estudo foi a escolaridade, a maioria das mães ou responsáveis apresentou uma escolaridade mais alta, o que pode facilitar a compreensão das orientações recebidas no serviço de saúde, configurando-se como uma oportunidade de melhorar a condição de saúde e qualidade de vida dessas crianças. Um estudo¹⁶ realizado em Recife que caracterizou o efeito da escolaridade de puérperas sobre o aleitamento, destacou que as pessoas mais escolarizadas podem obter e absorver mais informações de saúde.

Em relação às características biológicas das crianças, observou-se no presente estudo, que cerca de 1/3 nasceram com muito baixo peso, eram pré-termos moderados, alguns com extremo baixo peso e extremos para a idade gestacional, enquadrando-se em pelo menos um dos critérios considerados pelo Ministério da Saúde do Brasil, como crianças de risco e com alta vulnerabilidade, necessitando por isso, a continuidade da assistência após a alta hospitalar.¹⁷

O baixo peso e a idade gestacional, sendo as principais características relacionadas ao risco, são apontadas em estudo como as

variáveis mais importantes e intimamente relacionadas a longos períodos de hospitalização do recém-nascido.¹⁸ Os resultados encontrados nesta pesquisa podem ser também comparados aos encontrados em outro trabalho realizado em um hospital de referência da região norte do Brasil, onde se obteve números semelhantes, 80,5% dos RN nasceram com peso inferior a 2.500g e 79,25% eram pré-termos moderados.¹⁹

Um aspecto importante relacionado à assistência hospitalar do RNPT, diz respeito à elaboração e disponibilização do relatório de alta que é um documento estratégico para a continuidade do cuidado do recém-nascido pré-termo, visto que apresenta de forma resumida as informações relacionadas ao cuidado prestado durante a internação.²⁰

Esse estudo, em particular, mostrou que as mães, em quase sua totalidade receberam o relatório de alta e compartilham com os profissionais que as atende, porém, mais da metade delas não compreenderam a importância desse documento o que pode sugerir uma fragilidade na comunicação entre os profissionais do hospital e as famílias ou mesmo a não valorização por profissionais da Atenção Básica.

Nesta pesquisa, notou-se um número considerável de mães que não receberam visita domiciliar (VD), este fato pode estar relacionado a uma provável falta de ênfase, por parte dos profissionais da maternidade, na orientação sobre a importância de procurar a atenção primária após a alta. O Ministério da Saúde tem reforçado que um importante papel dos profissionais da Atenção Hospitalar, especialmente na segunda etapa do Método Canguru, é a preparação para a alta. Na Terceira Etapa a atenção compartilhada deve ser articulada, vinculando as mães às suas equipes de APS, no território²². Uma questão que parece contribuir para a não valorização do cuidado na APS foi que embora os profissionais da atenção hospitalar reconhecessem a importância da APS na continuidade dos cuidados, havia sempre um destaque para o despreparo dessas equipes no acompanhamento da criança que nasceu RNPT e/ou BP, apontando a necessidade de receberem capacitação adequada para lidar com as peculiaridades dessas crianças²³.

A visita domiciliar, para as mães que a receberam, na maioria das vezes, ocorreu a partir da segunda semana após a alta, o que

vai ao encontro da recomendação do Ministério da Saúde do Brasil que preconiza que sejam realizadas nas primeiras 72 horas que se seguem à alta com a finalidade de avaliar as situações de risco e incentivar o aleitamento materno.^{7,12}

Estudos que têm mostrado evidências dos benefícios das visitas domiciliares para este público, salientam: desenvolvimento do vínculo entre a equipe de saúde e a família, melhoria na prática da amamentação e melhor resultado no desenvolvimento cognitivo de recém-nascidos pré-termos e de baixo peso.^{4,21}

Outros estudos ainda acrescentam que a assistência às famílias no domicílio, além de permitir maior aproximação do profissional com a família da criança, facilita a compreensão do processo saúde doença e de seus determinantes, fornecendo a primeira linha de cuidados que otimizam o crescimento e desenvolvimento da criança.²²⁻²³ Diante disso, é importante lembrar que a VD é de fundamental importância no acompanhamento das crianças na terceira etapa do MC.²⁴

Em se tratando das consultas na terceira etapa, na unidade básica de saúde, a grande maioria das mães não teve esse atendimento. Segundo o Manual da Terceira Etapa do Método Canguru na Atenção Básica, sugerem-se três consultas na primeira semana, duas na segunda e uma consulta semanal a partir da terceira semana, até atingir o peso de 2.500g, quando recebe alta da terceira etapa²⁴. Essas consultas devem ser compartilhadas, algumas na AH (hospital onde a criança nasceu) e algumas na APS (Unidade Básica de Saúde). Nesse estudo elas preferiram o retorno ao hospital, provavelmente reforçando a fragilidade do vínculo com a APS, a falta de informações sobre o papel da APS na terceira etapa durante a internação e a falta de articulação entre a AH e a APS.

No presente trabalho, somente 9 crianças tiveram o cumprimento dessa recomendação de agenda. A descontinuidade do cuidado dá-se de forma complexa e por diversos motivos como a não percepção, pelas mães, da necessidade da consulta de seguimento; falta de organização dos serviços com busca ativa, frágil condição socio-econômica da família que dificulta, por exemplo, o transporte; falta de apoio social para as mães, seja familiar, seja profissional. Essas questões têm como consequência riscos de piores prognósticos a longo prazo.^{2,25}

Nesta avaliação, em particular, encontrou-se elevados índices de não conformidades no processo assistencial para o RNPT inserido na terceira etapa do MC na atenção primária à saúde, principalmente nas variáveis que analisam os indicadores de risco potencial (dados antropométricos, posição canguru, hipotermia, avaliação do sono e estímulos sonoros).

O profissional que mais assistiu à criança na visita domiciliar e/ou na consulta na unidade básica de saúde foi o enfermeiro. De acordo com as respostas obtidas pelas mães, pôde-se analisar, de forma indireta, o nível de conhecimento dos profissionais sobre as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil que devem ser realizadas durante a assistência prestada às crianças.

Destaca-se que, de uma forma geral, nos aspectos relacionados à nova rotina do bebê em casa, sua observação, amamentação, eliminações fisiológicas, olhar a caderneta de saúde da criança

os profissionais tiveram maior preocupação provavelmente por já fazerem parte da sua rotina na puercultura.

As variáveis estudadas que tiveram resposta mediana foram aquelas relacionadas às orientações sobre os cuidados ofertados pela mãe ao bebê (banho, sono e orientação para onde o bebê deve ser levado caso apresente algum risco). Porém, as variáveis que têm relação com a avaliação dos indicadores de risco do RNPT pelos profissionais durante a consulta (temperatura, peso, perímetro cefálico, estatura, e orientações específicas sobre posição canguru e sinais de risco que o bebê pode apresentar) foram menos realizadas pelos profissionais, conforme as respostas das mães.

Esse é um importante resultado que mostra o quando o processo de implementação da Terceira Etapa do Método Canguru ainda está em construção e aponta, corroborado por outras pesquisas^{8,23}, a necessidade do planejamento de estratégias que ajudem a superar as dificuldades existentes para continuidade do cuidado após a alta. Dentre essas estratégias, pode-se destacar orientações para os pais desde o pré-natal, com ênfase durante a internação do recém-nascido na Unidade Neonatal, destacando a importância do seguimento da criança de forma compartilhada e, por outro lado, a capacitação das equipes da APS para esse acompanhamento.

O princípio da integralidade é um dos pilares do SUS que preconiza as ações de promoção, prevenção de agravos e recuperação à saúde e orienta um olhar abrangente do indivíduo, levando em consideração todo o contexto onde ele está inserido e sua concretização só é possível através da articulação intra e interserviços de diferentes setores e níveis de complexidade.²⁶⁻²⁷

Esse aspecto da atenção primária encontra-se insipiente por parte dos profissionais, mostrando que existe déficit de conhecimento e falta de preparo dos profissionais para sua efetivação na prática, trazendo prejuízos à qualidade da assistência prestada à criança, deixando esse grupo de bebês em situação de vulnerabilidade por não haver consistência nos cuidados prestados, conforme pode ser observado em pesquisa realizada junto a trabalhadores de saúde, em uma capital do nordeste do Brasil, acerca das suas percepções sobre a articulação entre os serviços de Unidade Neonatal e da APS no acompanhamento de crianças na terceira etapa do Método Canguru.²⁷

Por último, no que se refere à realização dos testes de triagem neonatal, observa-se que alcançaram altas taxas de realização, obedecendo as recomendações do MS,¹² porém quando se observa a variável relativa ao uso do palivizumabe, nos pré-termos menores de 28 semanas, sugere-se que as mães desconheçam a real finalidade dessa estratégia, pois um número considerável delas não soube informar sobre a utilização nos seus filhos.

Quando as mães foram questionadas sobre a avaliação do cuidado recebido pela ESF após a alta da maternidade, a maioria considerou ser ruim e apenas 1/10 das entrevistadas considerou ser bom, achado semelhante foi encontrado em pesquisa²⁸ em Salvador (BA), que mostrou que os próprios profissionais da atenção primária demonstram pouca credibilidade e que sua atuação não alcança a integralidade que é preconizada pelo SUS.

Este estudo apresentou limitações, visto que mais de 50% das crianças já tinham mais de 6 meses no momento da entrevista, o viés de memória pode ter comprometido as respostas fornecidas por elas, em especial, as relativas a assistência pós-alta pela APS. Um outro aspecto a ser citado como limitação foi o fato de não ter sido questionado a participação dos agentes comunitários de saúde no cuidado prestado na terceira etapa, apesar da visita domiciliar ter feito parte do instrumento de pesquisa.

CONCLUSÃO

A avaliação do processo da terceira etapa do MC revelou que a assistência realizada pela atenção primária à saúde a crianças, sob o olhar das mães, apresenta fragilidades, e aponta a necessidade de qualificação para os profissionais da atenção primária à saúde. Outro ponto de destaque é a necessidade do fortalecimento da articulação, entre a atenção hospitalar e a atenção primária à saúde, de forma a garantir a melhoria no fluxo assistencial do seguimento da criança que nasceu pré-termo, ações essas importantes para a redução da morbimortalidade infantil, valorizando tanto o acompanhamento ambulatorial no hospital, quanto na atenção primária.

REFERÊNCIAS

- Berger AZ, Zorzim VI, Pôrto EF, Alfieri FM. Parto prematuro: características das gestantes de uma população da zona sul de São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* (Online). [internet]. 2016 [acesso em 18 de maio 2021];16(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000400005>.
- Berres R, Baggio MA. (Des)continuidade do cuidado ao recém-nascido pré-termo em região de fronteira. *Rev. bras. enferm.* [internet] 2020 [acesso em 18 de maio 2021];73(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0827>.
- Ministério da Saúde (BR). Sistema de Nascidos Vivos (SINASC). Data SUS. [Internet] 2019. Brasília: Ministério da Saúde [acesso em 21 de março 2019]. Disponível em: <http://sinasc.saude.gov.br/>.
- Silva RMM, Zilly A, Nonose ERS, Fonseca LMM, Mello DF. Care opportunities for premature infants: home visit and telephone support. *Rev. latinoam. enferm.* (Online). [internet]. 2020 [acesso em 18 de maio 2021];28. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3520.3308>.
- Ferreira DO, Silva MPC, Galon T, Goulart BF, Amaral JB, Contim D. Método canguru: percepções sobre o conhecimento, potencialidades e barreiras entre enfermeiras. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [internet]. 2019 [acesso em 18 de maio 2021];23(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0100>.
- Pereira LB, Abrão ACFV, Ohara CVS, Ribeiro CA. Vivências maternas frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação. *Texto & contexto enferm.* [internet]. 2015 [acesso em 18 de maio 2021];24(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000540014>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Método Canguru: manual da terceira etapa do Método Canguru na tenção Básica 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- Aires LC, Santos EK, Costa R, Borck M, Custódio ZA. Baby follow-up in primary care: interface with the third stage of the kangaroo method. *Rev Gaucha Enferm.* 2015 [cited 2021 may 18];36. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56805>.
- Silva EP, Lima RT, Osório MM. Impact of educational strategies in low-risk prenatal care: systematic review of randomized clinical trials. *Cien Saude Colet.* 2016 [cited 2021 may 18];21(9):2935-48. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.01602015>.
- Donabedian, A. The definition of quality: A conceptual exploration. In *explorations in quality assessment and monitoring.* [internet]. 1980 [cited 2021 may 18];1:77-125. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/issue/definition-quality-and-approaches-its-assessment-vol-1-explorations-quality-assessment-and>.
- Tanaka, O. Y. et al. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde soc.* [internet]. 2011 [acesso em 18 de maio 2021];20(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400010>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- Dias JPV, Costa MC, Sette DS, Nobre LN. Perfil clínico de neonatos internados em uma unidade de tratamento intensivo neonatal. *Brazilian Journal of Development.* [internet]. 2019 [acesso em 18 de maio 2021];5(10). Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/4192>.
- Costa LD, Andersen VF, Perondi AR, França VF, Cavalheiro JC, Broloti S. Fatores preditores para a admissão do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. baiana enferm.* [internet]. 2017 [acesso em 18 de maio 2021];31(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i4.20458>.
- Ofman G, Pradarelli B, Caballero MT, Bianchi A, Grimaldi LA, Sancilio A, et al. Respiratory failure and death in vulnerable premature children with lower respiratory tract illness. *J infect Dis.* [internet]. 2020 [cited 2021 may 18];222(7). Available from: <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa046>.

16. Rocha FPS, Patrício FB, Passos MNS, Lima SWO, Nunes MGS. Caracterização do conhecimento das puérperas acerca do aleitamento materno. *Rev. enferm. UFPE on line*. [internet]. 2018 [acesso em 18 de maio 2021];12(9). Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a235911p2386-2392-2018>.
17. Formiga CKMR, Silva LP, Linhares MBM. Identificação de fatores de risco em bebês participantes de um programa de Follow-up. *Rev. CEFAC*. [internet]. 2018 [acesso em 18 de maio 2021];20(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-021620182038817>.
18. Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARV, Campelo V. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 1974 [acesso em 18 de maio 2021];21(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.06162015>.
19. Lima SS, Silva SM, Avila PES, Nicolau MV, Neves PFM. Aspectos clínicos de recém-nascidos admitidos em Unidade de Terapia Intensiva de hospital de referência da Região Norte do Brasil. *ABCS health sci*. [internet]. 2015 [acesso em 18 de maio 2021];40(2). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-754816>.
20. Reis ZS, Aguiar RALP, Ferreira AAT, viegas AC, Anchieta LM. Análise do conteúdo do sumário de alta obstétrica em maternidade de referência. Uma oportunidade para repensar a estratégia da continuidade do cuidado materno e neonatal. *Rev. méd. Minas Gerais*. [internet]. 2015 [acesso em 18 de maio 2021];25(4). Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150111>.
21. Careti CM, Furtado MCC, Barreto JC, Vincente JB, Lima PR. Ações em saúde na atenção básica para redução da mortalidade infantil. *Rev Rene (Online)*. [internet]. 2016 [acesso em 18 de maio 2021];17(1). Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000500006>.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
23. Silva MS, Lamy ZC, Simões VMFS, Pereira MUL, Campelo CMC, Gonçalves LLM. Acompanhamento na terceira etapa do método canguru: Desafios na articulação de dois níveis de atenção. *Rev. baiana saúde pública*. [internet]. 2018 [acesso em 18 de maio 2021];42(4). Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2018.v42.n4.a3033>.
24. Diniz SG, Damasceno SS, Coutinho SED, Toso BRGO, Collet N. Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. *Rev. gaúch. enferm*. 2016 [acesso em 18 de maio 2021];37(4). [internet]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.57067>.
25. Oliveira IA, Cutolo LRA. Integralidade: algumas reflexões. *Rev. bras. educ. méd*. [internet]. 2018 [acesso em 18 de maio 2021];42(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170102r1>.
26. Silva MS, Lamy ZC, Simões VMFS, Pereira MUL, Campelo CMC, Gonçalves LLM. Acompanhamento na terceira etapa do método canguru: Desafios na articulação de dois níveis de atenção. *Rev. baiana saúde pública*. [internet]. 2018 [acesso em 18 de maio 2021];42(4). Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2018.v42.n4.a3033>.
27. Valadão PAS, Lins L, Carvalho FM. Melhor no passado: a verdadeira Saúde da família. *Saúde Soc*. [internet]. 2019 [acesso em 18 de maio 2021];28(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019180284>.
28. Reichert APS, Soares AR, Bezerra ICS, Guedes ATA, Pedrosa RKB, Vieira DS. The third stage of kangaroo method: experience of mothers and primary healthcare professionals. *Esc Anna Nery* [internet]. 2021 [acesso em 18 de maio 2021];25(1):e20200077. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0077>