

Análise da implantação do Método Canguru em maternidade terciária de Recife, Brasil.



Analysis of the implementation of the Kangaroo Method in a tertiary maternity hospital in Recife, Brazil

Análisis de la implementación del Método Madre Canguro en una maternidad de tercer nivel en Recife, Brasil.

Joice Luiza Alves Cândido^a
Paulo Germano de Frias^b
Sílvia Wanick Sarinho^a

RESUMO

Objetivo: analisar a implantação do Método Canguru em uma maternidade terciária no município de Recife.

Método: Pesquisa avaliativa do tipo análise da implantação da 2ª e 3ª etapa do Método Canguru. Realizada entre novembro/2021 e maio/2022. Elaborou-se um modelo lógico do Método Canguru e a respectiva matriz de indicadores, validada pela técnica Delphi, referente a estrutura, processo, definidores do grau de implantação (implantado/parcialmente implantado/incipiente), e os resultados. Entrevistou-se profissionais da Unidade Canguru (n=9), ambulatório de egresso (n=2), unidades básicas de saúde (n=15), gestor municipal (n=1) e genitores (n=18); averiguou-se prontuários além de observação direta. Estabeleceu-se relações de plausibilidade utilizando abordagem dedutivista a partir do modelo lógico para comparar o grau de implantação do Método Canguru com os seus resultados.

Resultados: A 2ª etapa apresentou-se parcialmente implantada (79,2%), bem como a sua integração com a 3ª (78,0%). A implantação da 3ª etapa foi incipiente (58,4%). As genitoras aderiram aos cuidados preconizados e apresentaram vínculo fortalecido com seus bebês (100%), as crianças estão em acompanhamento no ambulatório de egresso (100%), mas apenas 38,8% na atenção primária. Foram capacitados profissionais na maternidade (90%) e atenção primária (37,5%).

Conclusão: O Método Canguru esteve parcialmente implantado, apresentando maior fragilidade no seguimento após a alta hospitalar.

Descritores: Nascimento prematuro; Método canguru; Atenção primária à saúde; Avaliação em saúde; Avaliação de programas e projetos de saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the implementation of the Kangaroo-mother Care Method in a tertiary maternity hospital in the city of Recife.

Method: Evaluative research analyzing the implementation of the 2nd and 3rd stages of the Kangaroo-mother Care Method. Carried out between November 2021 and May 2022. A logical model of the Kangaroo-mother Care Method and the respective matrix of indicators were developed, validated by the Delphi technique, referring to the structure, process, definers of the degree of implementation (implemented, partially implemented, incipient), and the results. Professionals from the Kangaroo Unit (n=9), discharge clinic (n=2), basic health units (n=15), municipal manager (n=1) and parents (n=18) were interviewed; medical records were checked in addition to direct observation. Plausibility relations were established using a deductive approach based on the logical model to compare the degree of implementation of the Kangaroo Method with its results.

Results: The 2nd stage was partially implemented (79.2%), as was its integration with the 3rd (78.0%). The implementation of the 3rd stage was incipient (58.4%). The mothers adhered to the recommended care and have a strengthened bond with their babies (100%). The children are being monitored at the discharge clinic (100%), but only 38.8% are in primary care. Professionals were trained in the maternity ward (90%) and primary care (37.5%).

Conclusion: The Kangaroo-mother Care Method was partially implemented, presenting greater fragility in follow-up after hospital discharge.

Descriptors: Premature birth; Kangaroo-mother care method; Primary healthcare; Health evaluation; Program evaluation.

RESUMEN

Objetivo: analizar la implementación del Método Madre-canguro en una maternidad de tercer nivel de la ciudad de Recife.

Método: Investigación evaluativa que analiza la implementación de la 2da y 3ra etapa del Método Madre-canguro. Realizada entre noviembre/2021 y mayo/2022. Se desarrolló un modelo lógico del Método Madre-canguro y la respectiva matriz de indicadores, validados por la técnica Delphi, referentes a la estructura, proceso, definiciones del grado de implementación (implementado,

Como citar este artigo:

Cândido JLA, Frias PG, Sarinho SW. Análise da implantação do Método Canguru em maternidade terciária de Recife, Brasil. Rev Gaúcha Enferm. 2024;45(esp1):e20240149. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20240149.pt>

^a Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências Médicas. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife, Pernambuco, Brasil

^b Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Programa de Pós-Graduação de Avaliação em Saúde. Recife, Pernambuco, Brasil

parcialmente implementado, incipiente) y los resultados. Se entrevistaron profesionales de la Unidad Canguro (n=9), clínica de egreso (n=2), unidades básicas de salud (n=15), gerente municipal (n=1) y padres de familia (n=18); Se verificaron los registros médicos además de la observación directa. Se establecieron relaciones de plausibilidad mediante un enfoque deductivista basado en el modelo lógico para comparar el grado de implementación del Método Canguro con sus resultados.

Resultados: La 2ª etapa se implementó parcialmente (79,2%), así como su integración con la 3ª (78,0%). La implementación de la 3ª etapa fue incipiente (58,4%). Las madres adhirieron a los cuidados recomendados y tienen un vínculo fortalecido con sus bebés (100%), los niños están en seguimiento en el ambulatorio (100%), pero sólo el 38,8% en atención primaria. Se capacitaron profesionales en la maternidad (90%) y en la atención primaria (37,5%).

Conclusión: El Método Madre-canguro fue implementado parcialmente, presentando mayor fragilidad en el seguimiento luego del alta hospitalaria.

Descriptores: Nacimiento prematuro; Método madre-canguro; Atención primaria de salud; Evaluación em salud; Evaluación de programas y proyectos de salud.

■ INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços tecnológicos, a prematuridade ainda é importante causa de morbimortalidade em menores de cinco anos, especialmente em países de baixa e média renda⁽¹⁾. O Método Canguru (MC) foi desenvolvido como uma estratégia para qualificação do cuidado neonatal e redução da mortalidade infantil⁽²⁾. Entre os seus benefícios, destacam-se a redução de risco de infecção hospitalar, a sepe e as infecções respiratórias, o aumento da prevalência e duração do aleitamento materno (AM) e do aleitamento materno exclusivo (AME), a melhora do controle térmico do recém-nascidos pré-termo (RNPT), a ciclicidade de sono-vigília e a modulação do sistema de excitação⁽³⁾.

As características do MC se diferenciam de acordo com o país, embora todos tenham em comum o contato pele a pele na Posição Canguru^(2,3). No Brasil, o método surgiu como política pública em 2000, após a publicação da "Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru" a partir de êxitos com o Programa Mãe Canguru do Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, São Paulo, em 1991; e da enfermaria Mãe Canguru do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife, Pernambuco, em 1994⁽⁴⁾. O MC é composto por três etapas, duas realizadas no hospital e a terceira iniciada após a alta hospitalar, no domicílio, com o suporte da maternidade e da Unidade Básica de Saúde (UBS)^(3,5).

No ano de 2000 foram criados os Centros Nacionais de Referência (CNR), visando intensificar a introdução do MC em todo o território nacional, considerando os diferentes cenários socioeconômicos e culturais do país⁽⁵⁾. O IMIP foi um dos cinco hospitais escolhidos como CNR. No Brasil, todas as Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa) objetivam oferecer uma atenção qualificada para o RNPT e sua família, por meio do acolhimento, orientações e assistência clínica e, do seu seguimento no ambulatorio de egreso de forma compartilhada com a atenção primária à saúde (APS). Entretanto, apesar da disseminação do MC desde a sua criação, há relatos de dificuldades no seu enraizamento no território nacional. Entre estas, destacam-se o insuficiente apoio institucional e de conhecimento sobre o método, pouca experiência e resistência da equipe e,

desconhecimento das famílias e profissionais sobre o papel da APS no MC^(2,4,6-8).

Por outro lado, o surgimento de uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional pelo Coronavírus em 2020 ocasionou medidas restritivas acarretando a necessidade de adaptações na assistência prestada ao neonato e à sua mãe^(9,10). Orientações globais contraditórias causaram impactos negativos na continuidade do MC com mudanças substanciais nos serviços direcionados ao RNPT, apesar das evidências quanto aos benefícios de se manter o método⁽¹¹⁻¹³⁾. Igualmente, no Brasil, a pandemia da COVID-19 desestabilizou os serviços de saúde para mulheres e RNPT, ameaçando práticas de elevado impacto como o AM e o MC^(2,10). Nesse período ocorreram adaptações no MC nos hospitais e na APS, condicionadas pelas necessidades locais decorrentes da COVID-19, independente das recomendações do Ministério da Saúde (MS)⁽¹⁰⁾. Diante disso, questionou-se, se durante a pandemia de COVID-19 o MC estava implantado adequadamente em um CNR para o método e na atenção primária à saúde.

A análise da implantação do MC durante a pandemia, após a reabertura dos serviços, assim como o compartilhamento da atenção com a UBS foi essencial para identificar os pontos críticos em sua operacionalização de aprimorar as rotinas e garantir a qualidade do cuidado ao RNPT e sua família. Pesquisas desse tipo, que ao estudar as relações entre a intervenção e seu contexto, e ao transferir do plano teórico idealizado para o operacional em situações como a pandemia da COVID-19 podem também contribuir para a escolha de estratégias essenciais para a sua efetivação plena⁽¹⁴⁾. Este estudo teve como objetivo analisar a implantação do MC em uma maternidade terciária no município de Recife.

■ MÉTODO

Desenho do estudo e o Modelo teórico da avaliação

Realizou-se uma Pesquisa Avaliativa do tipo análise da implantação do MC, durante a vigência da pandemia da COVID-19. Essa análise apreciou a influência da variação da implantação sobre os resultados observados⁽¹⁵⁾. Adotou-se

como estratégia o estudo de caso único, particularmente indicada em pesquisas empíricas em que o fenômeno estudado dificilmente pode ser separado do seu contexto. O modelo teórico da avaliação disposto na Figura 1 apresenta uma síntese do planejado para realização do estudo, inclui

a pergunta avaliativa, o desenho do estudo da avaliação, a técnica de consenso utilizada para construir a matriz de indicador, a coleta de dados e o julgamento (Quadro 1). Seguiu-se as recomendações do *Reporting Guidelines for Quality Improvement Studies* (SQUIRE)⁽¹⁶⁾.

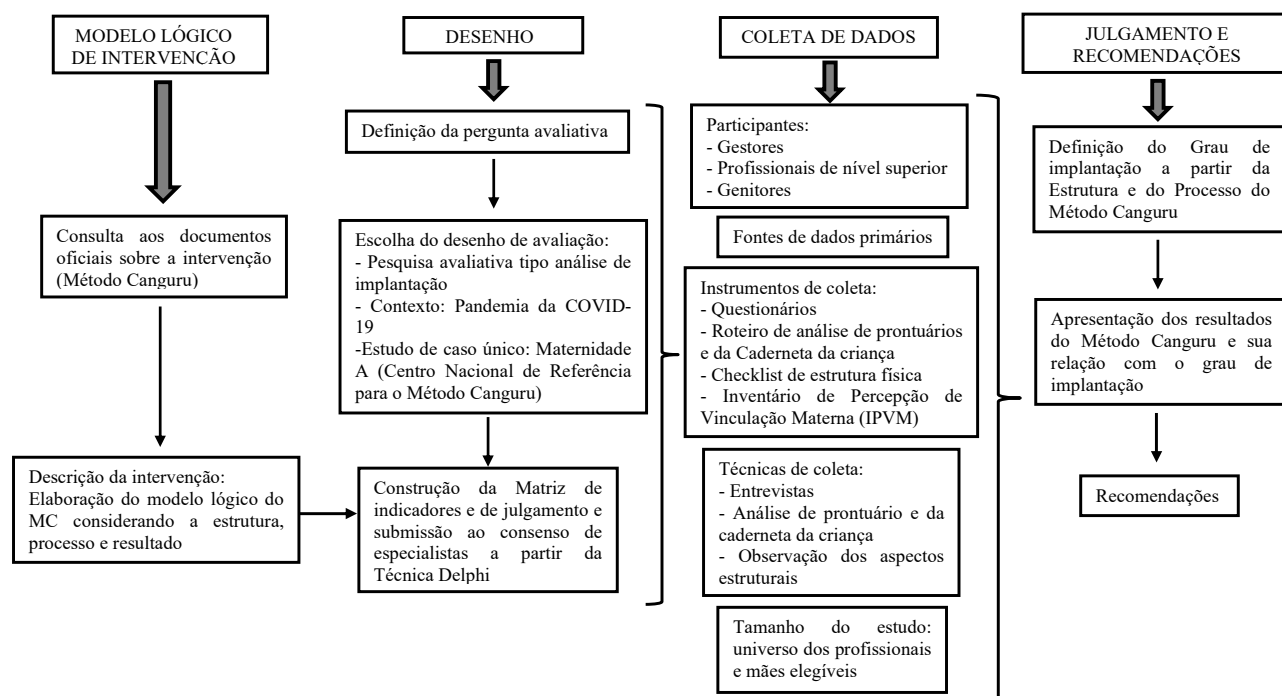


Figura 1: Modelo Teórico da Avaliação.

Fonte: O autor

Intervenção sob análise: o Método Canguru

O MC engloba ações direcionadas à qualificação do cuidado ao RNPT e sua família, que necessitam de internação em unidade neonatal (UN). Se caracteriza pelo contato pele a pele entre o RN e o cuidador, aleitamento materno exclusivo, alta hospitalar precoce e o acompanhamento pós-alta⁽⁴⁾. No Brasil, as diretrizes do MC preconizam uma atenção humanizada perinatal em complemento ao uso dos avanços tecnológicos, efetivadas em três etapas⁽⁴⁾. A 1ª etapa inicia no pré-natal, identificando gestantes com risco de parto prematuro, seguido ou não de internação do RNPT em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo). Nessa etapa, busca-se a formação de vínculo família e RNPT, por meio do estímulo à entrada livre dos pais na UN, início do contato pele a pele e posição Canguru o mais precoce possível^(2,5).

A 2ª etapa ocorre na UCINCa onde a mãe assume a maior parte dos cuidados com o RNPT, apoiada pela equipe

hospitalar. Nessa etapa se almeja a continuidade do AM, orientar sobre os cuidados com o RN e praticar a posição canguru, em bebês com estabilidade clínica, em nutrição enteral plena e peso mínimo de 1250g. Funciona como período de adaptação da mãe para a alta, buscando torná-la capaz de reconhecer os sinais de comunicação do RNPT e construir habilidade para manejá-lo na posição canguru^(2,5).

A 3ª etapa, inicia-se com a alta hospitalar, no domicílio com o suporte ambulatorial da maternidade de origem e da Unidade Básica de Saúde (UBS), após o RNPT alcançar 1600g, com a mãe segura, motivada e orientada quanto aos cuidados com o neonato para que a posição canguru continue pelo máximo de tempo possível^(2,5). A primeira consulta após a alta deve ser realizada em até 48h⁽¹⁷⁾.

Contexto e Local do estudo

O estudo ocorreu na vigência da pandemia da COVID-19, maior desafio sanitário do século, em decorrência da sua disseminação exponencial, capacidade de esgotamento

dos sistemas de saúde, de provocar óbitos e repercussões socioeconômicas em todos os países. No Recife, a taxa de mortalidade (346 óbitos/100 mil hab) e letalidade (3,5%) foram superiores às nacionais. E para o seu enfrentamento, a assistência à saúde e a vigilância precisaram se adaptar rápido, para aumentar a oferta de leitos, implementar teste diagnóstico, acompanhar e tratar os casos, reorganizar o sistema de saúde e adaptar os serviços na atenção primária e especializada a nova realidade⁽¹⁸⁾.

O estudo foi realizado na UCINCa e ambulatório de egresso de um dos CNR para o MC (Maternidade A), entidade filantrópica que atua na assistência médica, ensino e pesquisa, localizada em Recife. Sua unidade canguru, criada para enfrentar a indisponibilidade de incubadoras para todos os RNPT que precisavam, mantém-se ativa desde 1994, com ajustes às diretrizes do MS a medida que são lançadas. No período pré-pandêmico, a UN contava com leitos de UTIN (n=18), de UCINCo (n=32) e de UCINCa (n=22), além do ambulatório de egressos.

Durante a pandemia, a instituição se tornou a única referência estadual para atendimento às gestantes com COVID-19, e em decorrência, na UCINCa foram realocados profissionais para outros setores assistenciais que cuidavam de doentes com COVID-19, encerrando temporariamente suas atividades. Reabriu no final de 2021, com cinco leitos, ampliados para dez no período da coleta de dados. Na UTIN a rotina foi pouco alterada durante a pandemia, em virtude da permanência de neonatos clinicamente graves, motivo pelo qual foi excluída dessa avaliação. O estudo também, incluiu as UBS que atendiam os RNPT, residentes em Recife, que ficaram internados na UCINCa. O município que aderiu a estratégia de saúde da família (ESF) desde 1995, durante a pandemia, nos primeiros meses, restringiu-se os atendimentos de puericultura, porém normalizado no período de coleta dos dados.

■ ETAPAS DO PROCESSO AVALIATIVO DO MÉTODO CANGURU

Etapa 1: Explicitação do Modelo Lógico do Método Canguru

Para a realização da análise da implantação foi elaborado um modelo lógico (ML) para representar a teoria subjacente ao MC, a fim de torná-la verificável, explicitado por meio de um esquema visual, o modo pelo qual deve estar implantado e quais os resultados esperados. Utilizou a tríade donabadiana, estrutura, processo e resultado, onde a estrutura se refere aos recursos físicos, humanos e materiais necessários para a prestação do cuidado; o processo, às atividades

desenvolvidas pelos profissionais de saúde; e o resultado, aos efeitos obtidos no cuidado em saúde⁽¹⁹⁾.

Organizou-se o ML a partir de consultas a documentos institucionais e normas técnicas sobre o MC. Foram eles: Método Canguru: diretrizes do cuidado (2019), Manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica (2018), Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico (2017), Guia de Orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: Cuidado Compartilhado (2016) e Seguimento Compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica (2015); além da Portaria SAS/MS nº 930/2012 e Portaria GM/MS nº 1683/2007. Planos e leis estaduais e municipais não foram incluídos, por serem estratégias locais para a aplicação do MC que não podem ser generalizados a todo o país. O modelo lógico do MC foi exposto por meio de três componentes: 2ª etapa (UCINCa); Integração 2ª etapa e 3ª etapa (Ambulatório de egresso e APS) e 3ª etapa, apresentado em artigo⁽²⁰⁾.

Etapa 2: Construção da matriz de indicadores e de julgamento do Método Canguru

A partir do ML e da pergunta avaliativa condutora do estudo foi elaborada uma matriz de julgamento contendo indicadores de estrutura, processo e resultado para cada componente do modelo, os parâmetros para arbitragem de cada indicador, as formas de pontuação, a técnica para obtenção dos dados e os respondentes. Os parâmetros de julgamento dos indicadores de estrutura e processo se basearam no disposto nas Portarias e Manuais consultados e, quando não disponível, empiricamente, pelo pesquisador a partir da experiência em um hospital universitário.

Para aumentar a confiabilidade e validade do construto, a matriz de indicadores foi submetida ao consenso de especialistas na área do estudo, por meio da técnica Delphi. O passo a passo utilizado e o produto da técnica de consenso estão detalhados em artigo⁽²⁰⁾. A matriz de indicadores final ficou composta por 116 indicadores: 54 de estrutura, 50 de processo e 12 de resultados, disponível em material suplementar.

Etapa 3: Participantes, técnicas e instrumentos utilizados na Coleta dos dados

O período de coleta de dados foi compreendido entre novembro de 2021 a maio de 2022. Participaram do estudo todos os profissionais de nível superior que atuam na UCINCa, no ambulatório de egresso, nas UBS de referência para os RNPT que se encontravam na terceira etapa, os coordenadores do MC e a gestora municipal da saúde da criança. Foram elegíveis os profissionais de saúde de nível

superior que prestaram atendimento a essas crianças e os responsáveis dos RNPT internadas na UCINCa residentes em Recife que se encontravam na segunda ou terceira consulta no ambulatório de egresso, durante a coleta dos dados.

Utilizaram-se dados primários coletados a partir de algumas técnicas: os aspectos estruturais das unidades foram observados diretamente, os prontuários e cadernetas da criança dos neonatos elegíveis foram analisados utilizando-se um roteiro estruturado e profissionais dos serviços entrevistados. Para minimizar o viés de resposta, realizou-se a triangulação de informações selecionadas obtidas nas entrevistas com o responsável pelo neonato e comparando-as com as obtidas pelas diferentes técnicas de coleta.

Os instrumentos de coleta foram construídos a partir da matriz de indicadores com base nos aspectos da estrutura, processo e resultados de cada componente do modelo lógico. Os indicadores do componente - 2ª etapa do MC resultaram nos questionários para os profissionais da UCINCa e responsáveis pelo RNPT internados. Os indicadores do componente - Integração 2ª e 3ª etapa do MC originaram o questionário para o coordenador municipal da saúde da criança e os do componente - 3ª etapa, nos questionários para os profissionais da APS e do ambulatório de egresso e para os responsáveis das crianças de alta hospitalar. Os roteiros para observação dos serviços foram elaborados a partir da estrutura prevista em cada componente. O roteiro de análise de prontuários e da caderneta da criança teve como base os indicadores de processo. Para a avaliação do vínculo, foi aplicado às genitoras o Inventário de Percepção da Vinculação Materna (IVPM)⁽²¹⁾.

Foram entrevistados todos os 11 profissionais na maternidade A, sendo um coordenador médico e um da enfermagem; duas enfermeiras assistenciais, uma médica, uma fonoaudióloga, uma fisioterapeuta e duas psicólogas na UCINCa; além de uma médica e uma enfermeira no ambulatório de egresso. Na APS foram entrevistadas todas as 12 enfermeiras e três médicas que realizam o atendimento dos RNPT em sua área e não se encontravam afastadas no período da coleta. Entrevistou-se os responsáveis das crianças internadas na UCINCa e, a partir delas foram definidas as UBS a serem visitadas. Dos 90 bebês internados no período da coleta, 20 residiam em Recife. Por sua vez, 18 crianças foram recrutadas no ambulatório de egresso e destas, houve a visita em 15 UBS, enquanto três genitoras referiram não realizar atendimentos na APS. Não houve recusas por parte de nenhum entrevistado.

Etapa 4: Classificação do grau de Implantação do Método Canguru

Para definição do grau de implantação, foram utilizados indicadores de estrutura e processo. A classificação se deu por estrutura, processo e por componente e ao final definiu-se o grau de implantação do MC. Tomou-se como grau de implantação, a proporção da pontuação obtida em relação à pontuação máxima alcançável para cada componente e para o MC como um todo, conforme disposto na matriz de indicadores.

Classificou-se o grau de implantação, em **implantado**, ao se alcançar percentuais de 100,0 a 80,0%, **parcialmente implantado**, entre 79,9 e 60,0%, **incipiente**, entre 59,9 e 40,0% e **não implantado**, menor ou igual a 39,9%, arbitrados pelos autores baseados em estudo prévio de uma emergência de saúde pública⁽²²⁾.

Etapa 5: Análise dos resultados e da influência do grau de implantação do Método Canguru sobre estes resultados

Para a avaliação dos resultados, foi calculada a razão entre os valores alcançados e os esperados para cada indicador de resultado, e sua análise foi realizada a partir da observação do desfecho por componente do sistema, tomando a matriz de indicadores como referência. O grau de implantação observado por componente do MC na etapa 4 foi comparado aos indicadores de resultado, com base no modelo lógico, estabelecendo-se relações de plausibilidade para a identificação de elementos que exerceram influência nos resultados produzidos.

Aspectos éticos

Este trabalho seguiu as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa IMIP sob o CAAE nº 35017420.7.3002.5201 e parecer nº 4.309.

■ RESULTADOS

Na Maternidade A, 100% dos entrevistados eram do sexo feminino, a idade média foi 46,8 ($\pm 13,9$) anos, a maioria com título de mestre, 05 (45,4%). O tempo de exercício profissional foi 13,5 (7-32) anos e o de experiência com o MC, 12,5 (2-28) anos. Na APS todas eram do sexo feminino, com idade média de 49,6 ($\pm 11,2$) anos, a maioria com título de especialista, 12 (75,0%). O tempo de exercício profissional foi 20 (13,2-26,5) anos. Apenas uma profissional referiu ter experiência no MC (três anos). Entre as genitoras entrevistadas, a idade média

foi 26,85(±6,8) anos, 13(70%) tinham união estável, 7 (35%) o ensino médio completo e 10 (50%) renda mensal entre 1 e 2 salários-mínimos.

O MC foi classificado como parcialmente implantado (68,7%). A Estrutura encontra-se implantada nos componentes - 2ª etapa assim como na sua - Integração com a 3ª etapa (97% e 100%, respectivamente), e parcialmente implantada na 3ª etapa (78%). O processo no componente UCINCa, foi parcialmente implantado (79,2%). No subcomponente Educação, os indicadores com menores pontuações foram Proporção de profissionais que: orientam pais e cuidadores

quanto ao aleitamento artificial; orientam pais e cuidadores sobre o reconhecimento dos sinais de alerta; orientam pais e cuidadores quanto seguimento após a alta. No componente - Integração 2ª etapa e 3ª etapa, as gestoras da UCINCa e da APS negaram existir referência e contrarreferência entre a maternidade e UBS; assim como do compartilhamento dos objetivos clínicos, exames e tratamentos. No componente - 3ª etapa, o processo foi classificado como incipiente (50,2%). Parte dos profissionais da APS relatou não realizar atividades de educação e assistência conforme preconiza o MC quando havia RNPT na área adstrita (Quadro 1).

Quadro 1: Grau de implantação da 2ª etapa e da 3ª etapa do Método Canguru na Maternidade A e Atenção Primária à Saúde. Recife, Brasil, 2022

Dimensão	Indicador	Pontuação máxima esperada	Valor atribuído Em pontos(%)
Componente – 2ª etapa do Método Canguru			
Estrutura	Existência de médico coordenador	0,4	0,4
	Razão de médicos diaristas por leito	0,4	0,4
	Razão de médicos existentes por turno por leito	0,4	0,4
	Existência de enfermeiro coordenador	0,4	0,4
	Razão de enfermeiros existentes por turno por leito	0,4	0,4
	Razão de fisioterapeutas existentes por turno por leito	0,4	0,4
	Existência de fonoaudiólogo	0,4	0,4
	Razão de técnicos de enfermagem por turno por leito	0,4	0,4
	Existência de assistência nutricional	0,3	0,3
	Existência de assistência psicológica/ Terapia ocupacional	0,3	0,3
	Existência de enfermaria	0,3	0,3
	Existência de sala de ambiência	0,3	0,3
	Existência de pia para lavagem das mãos	0,3	0,3
	Proporção de leitos para genitora	0,3	0,3
	Proporção de incubadoras por total de leitos	0,3	0,3
	Proporção de berços de acrílico por total de leitos	0,3	0,3
	Razão de ressuscitadores manuais por RN*	0,4	0,4
	Existência de balança eletrônica	0,3	0,3
	Razão de materiais para reanimação por leito	0,4	0,4
	Razão de estetoscópios por leito	0,3	0,3
	Razão de termômetros por leito	0,3	0,3
	Razão de aspiradores portáteis por leito	0,3	0,3
	Existência de relógio e calendário de parede	0,2	0,2
	Razão de poltronas removíveis por leito	0,3	0,3
	Existência de dispensador de álcool-gel	0,4	0,4
	Materiais que podem ser compartilhados com a UCINCo [†] :		
	- Existência de incubadora de transporte	0,3	0,0
	- Razão de otoscópios por leito	0,3	0,3
	- Razão de esfigmomanômetro por leito	0,3	0,3
	- Razão de oftalmoscópio por leito	0,3	0,3
	- Razão de conjunto de nebulizador e máscara por leito	0,3	0,3
Subtotal		10 pontos	9,7 (97%)
Subcomponente – Educação			

Quadro 1: Cont.

Dimensão	Indicador	Pontuação máxima esperada	Valor atribuído Em pontos(%)
Processo	Proporção dos profissionais que orientam e pais e cuidadores:		
	- A manter a criança em aleitamento materno	2,0	2,0
	- Quanto ao aleitamento artificial	2,0	1,0
	- Quanto à realização da posição canguru pelo máximo de tempo	2,0	2,0
	- Sobre o reconhecimento dos sinais de alerta	2,0	1,0
	- Quanto seguimento após a alta	2,0	1,0
	Subtotal	10,0	7,0 (70%)
Subcomponente – Assistencial			
Processo	Proporção dos profissionais que:		
	- Realizam o exame físico	2,0	2,0
	- Avaliam o C/D ⁺ considerando a Idade Gestacional corrigida	2,0	1,0
	- Solicitam exames complementares	2,0	2,0
	- Monitoram as medicações prescritas	2,0	2,0
	- Utilizam estratégias para manejo da dor e estresse durante procedimentos	1,0	0,5
	- Auxiliam a mãe na amamentação e extração de leite	2,0	1,0
	- Auxiliam a mãe na higiene do RN*, troca de fraldas, banho e posicionamento da criança	2,0	2,0
	- Estimulam a visita de familiares e da rede social de apoio	2,0	1,0
	- Estimulam a participação do pai ou figura de referência da díade mãe-bebê	2,0	2,0
	- Preenchem o resumo de alta		
	Proporção de prescrição de analgésicos quando indicado	1,0	0,5
	Subtotal	20,0	15,0 (75,0%)
	Subtotal do componente	40,0	31,7 (79,2%)
Componente – Integração 2ª etapa + 3ª etapa do MC⁶			
Estrutura	Existência de Gestor responsável	1,0	1,0
	Existência de sala	0,5	0,5
	Existência de materiais como: Computador, acesso à internet, impressora, papel, caneta	0,5	0,5
	Julgamento: Implantado	2,0	2,0 (100,0%)
Subcomponente – Gestão			
Processo	Existência de		
	- Capacitação quanto ao MC aos profissionais da equipe de saúde	0,9	0,9
	- Comunicação da UCINCa** com a SMS ⁺⁺ , SES ⁺⁺ , DS ⁵⁵ ou UBS ^{***} dependendo da realidade local	0,9	0,9
	- Referência e contrarreferência entre maternidade e UBS ^{***}	0,9	0,0
	- Responsável clínico do seguimento	0,9	0,9
	- Objetivos clínicos, exames e tratamentos compartilhados	0,9	0,0
	- Oportunização da consulta de seguimento na 3ª etapa	0,9	0,9
	- Regulação da captação do neonato pela Atenção Primária à saúde, do atendimento pelo NASF ⁺⁺⁺ e especializado	0,9	0,9
	Inexistência de duplicação de consultas, medicamentos e exames	0,9	0,9
	Proporção da equipe que realizou o Curso MC ⁵	0,8	0,4
	Subtotal	8,0	5,8 (72,5%)

Quadro 1: Cont.

Dimensão	Indicador	Pontuação máxima esperada	Valor atribuído Em pontos(%)
	Subtotal do componente	10,0	7,8 (78,0%)
Componente – 3ª etapa do MC^s			
Estrutura	Existência de médico	1,0	1,0
	Existência de enfermeiro	1,0	1,0
	Existência de técnico de enfermagem	1,0	1,0
	Existência de agente comunitário de saúde	1,0	0,5
	Existência de salas conforme a norma	0,7	0,35
	Existência de sala de espera	0,6	0,6
	Existência de pia para lavagem das mãos	0,7	0,7
	Razão de dispensadores de preparação alcoólica por sala	0,7	0,7
	Existência de prontuários padronizados, com resumos de alta	0,7	0,35
	Existência de normas referentes ao MC ^s expostas	0,6	0,3
	Existência de mesa para atendimento com cadeiras	0,6	0,3
	Existência de mesa para exame físico	0,6	0,6
	Existência de balança pesa-bebê	0,7	0,7
	Existência de régua antropométrica	0,7	0,7
	Existência de fita métrica de plástico	0,7	0,7
	Existência de termômetro digital	0,6	0,3
	Existência de abaixador de língua	0,6	0,3
	Existência de oftalmoscópio	0,6	0,0
	Existência de estetoscópio	0,6	0,6
	Existência de otoscópio	0,6	0,3
	Existência de equipamentos de proteção individual	0,7	0,7
	Subtotal	15,0	11,7 (78,0%)
Subcomponente – Educação			
Processo	Proporção dos profissionais que orientam pais e cuidadores:		
	- A manter a criança em aleitamento materno.	1,7	0,85
	- Quanto a realização do aleitamento artificial.	1,5	0,75
	- A manter posição canguru em domicílio até o RN* atingir 2500g.	1,7	0,85
	- Sobre o calendário vacinal.	1,7	0,85
	- Quanto à administração de medicações.	1,7	0,85
	- Sobre o reconhecimento dos sinais de alerta		
	Subtotal	10,0	5,0 (50,0%)
Subcomponente – Assistencial			

Quadro 1: Cont.

Dimensão	Indicador	Pontuação máxima esperada	Valor atribuído Em pontos(%)
Processo	Proporção dos profissionais que:		
	- Pesam a criança durante o exame físico	1,32	0,66
	- Medem o comprimento da criança	1,32	0,66
	- Medem o perímetro cefálico	1,32	0,66
	- Avaliam o C/D [†] considerando a idade gestacional corrigida	1,32	0,66
	- Encaminham RN* para atendimento especializado, se necessário	1,32	0,66
	- Monitoram os medicamentos prescritos	1,32	0,66
	- Avaliam riscos biológicos	1,32	0,66
	- Avaliam riscos sociais/ambientais	1,32	0,66
	- Realizam agendamento de retorno	1,32	0,66
	- Encaminham para vacinação e acompanham situação vacinal da criança	1,32	0,66
	- Preenchem a caderneta da criança.	1,32	0,66
	- Avaliam rede de apoio e dão suporte à sua manutenção	1,32	0,66
	- Observam vulnerabilidade durante a visita domiciliar		
	Proporção de cadernetas preenchidas: dados de sala de parto e de C/D [†]	1,32	0,66
	Existência de agenda aberta para situações de emergência	1,32	0,66
	Realização da 1ª consulta de egresso pelo médico ou enfermeiro da unidade neonatal de origem na 1ª semana após alta hospitalar	1,32	1,32
	Realização de consulta compartilhada entre o NASF ^{†††} e a ESF ^{§§§}	1,24	0,0
	Realização de visita domiciliar da ESF ^{§§§} na 1ª semana após a alta hospitalar	1,32	0,66
	Realização de consulta semanal até que RN* atinja peso de 2500g	1,32	0,66
	Subtotal	25,0	12,5 (50,2%)
	Subtotal do componente	50,0	29,2 (58,5%)
	Total: Parcialmente implantado	100,0	68,7 (68,7%)

Fonte: os autores

Classificação do grau de implantação: implantado (≥ 80,0%), parcialmente implantado (79,9% a 60,0%), incipiente (59,9 a 40,0%) e não implantado (≤ 39,9%).

*Recém-nascido, †Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional, ‡Crescimento/ Desenvolvimento, §Método Canguru, **Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru, ††Secretaria Municipal de Saúde, †††Secretaria Estadual de Saúde, §§Distrito Sanitário, ***Unidade Básica de Saúde, †††Núcleo de Apoio à Saúde da Família, §§§Estratégia de Saúde da Família.

Todas as genitoras entrevistadas na UCINCa relatam ter recebido orientações sobre os sinais de alerta, porém 60% delas que estão em aleitamento misto afirmaram ter recebido orientações quanto ao aleitamento artificial, e 45% sobre o seguimento após a alta. A análise dos prontuários identificou que em 100% deles estão descritos o exame físico, solicitação de exames e prescrição de analgésico quando necessário, corroborando o relato dos profissionais. Enquanto 87,5%

dos profissionais afirmam estimular a visita de familiares e a rede apoio, 55% das genitoras referem não ter recebido este estímulo. Na 3ª etapa, 08 (53,3%) profissionais referem que são realizadas na primeira semana após a alta hospitalar do RNPT. Na análise dos prontuários das crianças na APS foi identificado que 07 (38,8%) crianças realizavam atendimento na UBS e apenas 02 (11,1%) receberam a visita domiciliar após a alta (Quadro 2).

Quanto aos indicadores de resultado, 100% das genitoras relataram que realizam os cuidados preconizados pelo MC. Em relação ao aleitamento materno, 85% estão amamentando, mas apenas 25% destas em aleitamento materno exclusivo (AME). As genitoras relataram vínculo fortalecido com seus bebês (100%) e 45%, rede de apoio presente. Em relação ao retorno para seguimento ambulatorial, 100%

das genitoras entrevistadas na UCINCa que receberam alta durante o período de coleta de dados retornaram para acompanhamento na maternidade A, mas apenas 38,8% foram captadas pela APS. Enquanto 90% dos profissionais da maternidade A foram capacitados, na APS, foram apenas 35,7% (Quadro 3).

Quadro 2: Triangulação de indicadores selecionados informados pelos profissionais e pelos genitores/ análise de prontuário na Maternidade A e Atenção Primária à Saúde, Recife, Pernambuco, Brasil, 2022

Indicador	Profissionais %	Prontuários/ Genitores%
Componente: 2ª etapa do Método Canguru		
Subcomponente: Educação		
Proporção dos profissionais que orientam pais e cuidadores:		
- A manter a criança em aleitamento materno	100,0	80,0
- Quanto ao aleitamento artificial	62,5	60,0
- Sobre o reconhecimento dos sinais de alerta	75,0	100,0
- Quanto seguimento após a alta	75,0	45,0
Subcomponente: Assistencial		
Proporção dos profissionais que:		
- Avaliam o C/D* considerando a Idade Gestacional corrigida	87,5	100,0
- Auxiliam a mãe na amamentação e extração de leite	66,6,87,5	75,0
- Estimulam a visita de familiares e da rede social de apoio	87,5	45,0
- Estimulam a participação do pai ou figura de referência da díade mãe-bebê		75,0
Proporção de prescrição de analgésicos quando indicado	75,0	100,0
Componente: 3ª etapa do MC[†]		
Subcomponente: Educação		
Proporção dos profissionais que orientam pais e cuidadores:		
- A manter a criança em aleitamento materno.	76,5	94,4
- Quanto a realização do aleitamento artificial.	64,7	100,0
- A manter posição canguru em domicílio até o neonato atingir 2500g.	52,9	100,0
- Sobre o calendário vacinal.	76,5	100,0
- Quanto à administração de medicações.	76,5	100,0
- Sobre o reconhecimento dos sinais de alerta	70,6	94,4
Subcomponente: Assistencial		

Quadro 2: Cont.

Indicador	Profissionais %	Prontuários/ Genitores%
Proporção dos profissionais que:		
- Pesam a criança durante exame físico	76,5	100,0
- Medem o comprimento da criança durante exame físico	76,5	100,0
- Medem o perímetro cefálico durante exame físico	76,5	100,0
- Encaminham RN [‡] para atendimento especializado se necessário	76,5	44,4
- Monitoram os medicamentos prescritos	76,5	100,0
- Realizam agendamento de retorno	64,7	100,0
- Encaminham para vacinação e acompanham situação vacinal da criança	70,6	100,0
- Preenchem a caderneta da criança.	76,5	100,0
- Avaliam rede de apoio e dão suporte a sua manutenção	58,8	94,4
Realização de consulta compartilhada entre o NASF [§] e a ESF ^{**}	20,0	11,1
Realização de visita domiciliar da ESF na 1ª semana após a alta hospitalar	53,3	11,1

Fonte: os autores

*Crescimento/Desenvolvimento, †Método Canguru, ‡Recém-nascido, §Núcleo de Apoio a Saúde da Família, **Estratégia de Saúde da Família.

Quadro 3: Indicadores de Resultado segundo componentes do Método Canguru. Recife, Pernambuco, Brasil, 2022

Componente	Subcomponente	Indicador	%
2ª etapa do MC	Educação	Proporção dos responsáveis que aderiram aos cuidados preconizados MC*	100,0
	Assistencial	Proporção das crianças que estão em aleitamento materno	85,0
		aleitamento Materno Exclusivo	25,0
		Proporção de mães que apresentam vínculo fortalecido com seus bebês	100,0
		Proporção das crianças com acompanhamento do C/D [†]	100,0
		Proporção de crianças com rede de apoio presente	45,0

Quadro 3: Cont.

Componente	Subcomponente	Indicador	%
Integração 2ª e 3ª etapa do MC	Gestão	Proporção de profissionais capacitados para um atendimento adequado, integral e interdisciplinar	58,3
		Proporção de recém-nascidos que retornam para atendimento ambulatorial após a alta da 2ª etapa do MC* (Egresso)	100,0
		Proporção dos recém-nascidos internados no Canguru captados pela atenção primária à saúde	38,8
3ª etapa do MC	Educação	Proporção dos responsáveis que aderiram aos cuidados preconizados ao MC*	94,4
	Assistencial	Proporção das crianças que estão em aleitamento materno aleitamento materno exclusivo	100,0 22,2
		Proporção das crianças com adequado acompanhamento C/D† (Egresso)	100,0
		Proporção das crianças com calendário vacinal completo e atualizado considerando as particularidades de cada criança	94,4

Fonte: os autores

*Método Canguru †Crescimento/Desenvolvimento

DISCUSSÃO

A avaliação do MC em um CNR para o método durante a pandemia da COVID-19, mostrou-se parcialmente implantada assim como os componentes, 2ª etapa e a integração desta com a 3ª etapa. Diferentemente, a 3ª etapa foi classificada como incipiente. A estrutura se mostrou melhor que os processos no grau de implantação das unidades.

O fechamento provisório da UCINCa durante a pandemia, com os profissionais realocados em outros serviços da instituição e sua reabertura gradual, poderia explicar a implantação parcial. Estudos multicêntricos internacionais indicam que diversos países realizaram mudanças nos cuidados aos RNPT devido a pandemia que incluíram redistribuição dos profissionais para atendimento de pacientes com a COVID-19 e realocação do espaço da unidade^(12,13). Outras repercussões incluíram a alta mais precoce (30,8%), restrição de visitas (51,2%), redução da duração do contato pele a pele (26,5%), e interrupção total dos serviços do MC (7%)⁽¹³⁾.

Apesar da quase totalidade dos profissionais afirmarem estimular as visitas de familiares e da rede de apoio, mais da metade das genitoras referem não ter recebido este estímulo. O estabelecimento de medidas de isolamento social durante a pandemia causou restrições nas políticas de visitação e no envolvimento da família na prestação de cuidados aos neonatos^(10,12,13,23), aspectos essenciais para o bem-estar e saúde mental das mães.

Todas as genitoras entrevistadas durante o internamento na UCINCa afirmaram ter aderido aos cuidados preconizados pelo MC e a aplicação do IVPM identificou vínculo fortalecido das mães com seus bebês, apesar dos riscos de diminuição da formação de vínculo e adesão ao método causados pelas medidas restritivas. O suporte da equipe da UCINCa é vital na assistência emocional e ajuda prática à mãe, e também na moderação do efeito adverso do distanciamento causado pela internação, na interação e cuidados com o RN^(7,10,23).

Apesar da baixa "Proporção dos profissionais que orientam os pais sobre reconhecimentos dos sinais de alerta", todas

as genitoras entrevistadas relataram terem sido orientadas. Isto pode ocorrer por alguns profissionais entenderem que determinadas atividades devem ser desempenhadas por outros membros da equipe multiprofissional ao invés de serem competência de todos, como preconizado. Estudo realizado com enfermeiras de uma UN de um hospital escola identificou que, embora reconheçam os potenciais benefícios do MC, predomina o pouco conhecimento sobre o método, escassa experiência, resistência da equipe e falta de apoio institucional para a sua implantação⁽⁶⁾.

Tanto os profissionais como as mães concordam quanto a baixa "Proporção dos profissionais que orientam pais e cuidadores quanto ao seguimento após a alta". A constância destas orientações durante o internamento é fundamental para que a família após a alta da UCINCa saiba os cuidados necessários em domicílio e a importância do acompanhamento compartilhado do RNPT, entre outras atribuições. Daí, a relevância da equipe de enfermagem na alta. No entanto, estudo com enfermeiros do MC identificou que estes priorizam a assistência imediata, desconsiderando as atividades educativas e o preparo para alta. Em decorrência, os problemas que podem ocorrer em domicílios não são previstos e soluções não são sugeridas⁽²⁴⁾.

Entre as genitoras entrevistadas na UCINCa, algumas não pretendiam acompanhar seu bebê na APS, apenas no ambulatório de egresso. Tal achado corrobora com estudo que identificou que as genitoras consideram o acompanhamento no ambulatório hospitalar mais importante que em outros serviços, por se tratar do local de nascimento da criança⁽²⁵⁾. Cabe aos profissionais da UCINCa orientar as famílias quanto a continuidade da assistência na APS e sua vinculação às equipes da UBS⁽²⁶⁾. Ainda assim, é comum que esses profissionais acreditem que a equipe da APS não está apta para lidar com as especificidades do RNPT ou de baixo peso⁽²⁾, ou ainda, orientem as famílias a realizarem o seguimento apenas no ambulatório de egresso⁽⁸⁾.

A ausência de compartilhamento dos objetivos clínicos, exames e tratamentos entre a UCINCa, ambulatório de egresso e as UBS, identificados nessa pesquisa, são obstáculos para uma efetiva rede de referência e contrarreferência imprescindível para o método⁽²⁶⁾. Estudo mostrou falhas na articulação entre a APS e o serviço especializado devido a desencontros no estabelecimento de relações dialógicas entre os profissionais dos diferentes tipos de atenção, além da insuficiência de mecanismos adequados para a articulação entre os serviços⁽²⁷⁾. A frágil comunicação entre os diferentes níveis de atenção, pode fragmentar e descontinuar o cuidado^(2,8). A persistência de uma visão hospitalocêntrica e da atenção especializada como tendo um saber superior debilita a APS⁽²⁷⁾. Alguns profissionais da APS não reconhecem sua

importância na 3ª etapa do MC, enquanto outros da UCINCa e ambulatório de egresso adotam uma postura autoritária e não reflexiva, trazendo prejuízos na atenção ao RNPT^(25,27).

No tocante à capacitação dos profissionais, enquanto a maioria dos profissionais da maternidade A receberam treinamento sobre o método, na APS foi apenas um terço dos profissionais. Com o lançamento do Manual da 3ª etapa do MC na APS em 2018, o município iniciou capacitações para os profissionais da ESF, suspensas durante a pandemia. Uma equipe segura lida com mais facilidade diante das dificuldades relacionadas à estrutura física, recursos humanos e materiais, especialmente no contexto da pandemia⁽⁴⁾. Esta segurança é obtida através das capacitações, garantindo a qualidade da assistência para os RNPT e suas famílias em todas as etapas^(7,13,28).

Na 3ª etapa do MC, a implantação foi incipiente. Enquanto os profissionais da maternidade A relatavam realizar as atividades educativas e assistenciais, nem todos os profissionais da APS informaram o mesmo. A maioria das genitoras referiram que estas atividades foram realizadas apenas no ambulatório de egresso. Esses achados são corroborados por diversos estudos que identificaram dificuldades na adesão plena à 3ª etapa e necessidade de estratégias para o fortalecimento do método na APS para garantir a continuidade do cuidado^(2,4,6-8). Por outro lado, a maioria dos RNPT não era acompanhada pela ESF, apesar de ser a referência para eles. As genitoras relataram dificuldade de acesso às UBS, para conseguir agendar as consultas ou preferiram o atendimento no serviço de egresso. Estudo realizado durante a pandemia identificou redução ou até interrupção da puericultura nas UBS⁽⁹⁾. Apesar de todas as crianças fazerem o acompanhamento semanal conforme o preconizado, este era feito pelo ambulatório de egresso, e mesmo as crianças captadas na APS, a ESF não garantiu o agendamento no período estipulado pelo MC.

Metade dos profissionais da APS relataram não realizar visita domiciliar na primeira semana pós alta do RNPT. Das genitoras de RNPT que estavam na 3ª etapa, apenas duas receberam a visita conforme relato delas, confirmado pelo prontuário. Estudos mostram que diversas crianças não recebem a visita domiciliar na primeira semana após a alta hospitalar. A justificativa foi a falta de orientações adequadas, pelos profissionais da UCINCa, sobre o compartilhamento do cuidado com a APS. Ademais, os profissionais da ESF referiram que a visita foi dificultada pela ausência de informações sobre o binômio mãe-filho após o parto^(2,8).

Um pequeno percentual de neonatos encontrava-se em AME durante o internamento na 2ª etapa. O fortalecimento do AM é uma das metas durante o internamento na UCINCa, assim, é comum a admissão de crianças em uso de fórmula infantil e a promoção da substituição do complemento

pelo leite materno no decorrer da 2ª etapa visando o AME na alta hospitalar⁽¹⁷⁾. Entretanto, após a alta, foi observada a redução das taxas de AME, ainda que, todas as crianças encontravam-se em alguma modalidade de aleitamento materno. O contexto pandêmico, durante período da coleta dos dados, pode ter contribuído para este cenário, pois a indicação do isolamento social após a alta hospitalar pode ter influenciado, enfraquecendo a rede de apoio, crucial para a manutenção do aleitamento materno em domicílio. Um estudo que comparou dois grupos de RNPT de muito baixo peso ao nascer identificou que ser assistido pelo MC aumentou a probabilidade de estar em AME na alta hospitalar em 11,2 vezes e de permanecer em AME na primeira consulta de egresso em 14,4 vezes⁽²⁹⁾.

Mesmo com as dificuldades relatadas, as taxas de cobertura vacinal permaneceram elevadas diferente de estudo que identificou reduzida procura por vacinas durante a pandemia⁽⁹⁾. Por fim, permaneceu elevada a taxa de adesão das genitoras na terceira etapa do MC, apesar das dificuldades de acesso relatadas durante a pandemia da COVID-19. O aumento da segurança materna e de suas habilidades no cuidado do RPNT contribui para melhores desfechos clínicos⁽²⁹⁾. Ademais, a percepção pelos pais de melhora no crescimento e desenvolvimento dos seus bebês pode fortalecer o vínculo e a confiança em permanecer realizando a posição canguru e demais cuidados preconizados pelo MC em domicílio⁽³⁰⁾.

Dentre as limitações da pesquisa, destaca-se a reduzida validade externa ao se avaliar apenas uma única situação sobre o MC, um estudo de caso único, diferente de estudos de casos múltiplos que permitem reprodução de análises e generalizações de resultados com maior segurança. Para minimizar tal limite, o estudo de caso do MC na maternidade A expôs a intervenção por meio da sua descrição textual associado à explicitação do modelo lógico e o contexto local em que a avaliação ocorreu. Associou-se ainda à submissão do modelo e os seus indicadores operacionais a técnica de consenso com especialistas, de forma a subsidiar uma abordagem baseada na teoria e prática. Tal abordagem tem o potencial de reduzir os limites considerando que o número de variáveis analisadas excedeu muito os pontos de observação. Adicionalmente, para ampliar a robustez e o rigor da análise da implantação do MC, considerando-se o controle de vieses, utilizou-se a triangulação das informações referentes à estrutura e ao processo, mediante entrevistas com profissionais e mães, análise dos prontuários e da caderneta da criança, além de observação direta na UCINCa e na APS.

Outra limitação desse estudo foi a instabilidade do constructo e do conteúdo da intervenção, por se tratar de uma avaliação durante uma pandemia da COVID-19, sobre

a qual em seu início, não havia conhecimento nem diretrizes assistenciais claras para as gestantes, puérperas e neonatos e, que foram elaboradas à medida que surgiam as evidências. Essa instabilidade relaciona-se a indissociabilidade do contexto pandêmico local com a intervenção sobre análise. Ademais, o período da preparação do campo e início da coleta de dados ocorreu enquanto as equipes da ESF se reorganizavam para atender os casos leves da COVID-19, além de outros agravos secundarizados no início da pandemia, e a maternidade A permanecia como referência para gestantes com COVID-19. O internamento na UCINCa e o seguimento na APS, temporariamente suspensos, estavam sendo retomados, levando a menor demanda de crianças.

Igualmente importante destacar, como as entrevistas foram realizadas com as residentes em Recife, o que contribuiu para reduzir o número de genitores entrevistados, já que o hospital é referência em alto risco para todos os municípios do Estado. Por outro lado, essa é uma unidade do MC reconhecida nacionalmente, uma das primeiras no país, e teve suas práticas alteradas durante a pandemia, importante aspecto a ser considerado em situações semelhantes, como lições aprendidas em momentos de emergência em saúde pública. Ressaltamos, por fim que nesse tipo de estudo, o potencial de disseminação para outros contextos está relacionado ao modelo lógico da intervenção e o modelo teórico da avaliação utilizados, e não os seus resultados, especialmente em um contexto inusitado como o da pandemia de COVID-19

■ CONCLUSÃO

O MC, durante a pandemia da COVID-19, mostrou-se parcialmente implantado em uma maternidade terciária do município de Recife, centro nacional de referência, em razão das inadequações, sobretudo no processo de trabalho assistencial e de educação, na UCINCa e na gestão da sua integração com a APS. O seguimento partilhado dos RNPT entre o ambulatório de egressos e as UBS foi incipiente. Em todos os componentes do MC, a estrutura dos serviços se mostrou melhor que o grau de implantação das atividades no processo de trabalho. A contribuição deste estudo relaciona-se à necessidade do planejamento e avaliação contínua para a organização do sistema de saúde e na reestruturação dos serviços para que o MC funcione em plenitude, sem prejuízos ao RNPT e sua família.

Destaca-se a importância de integrar e qualificar o cuidado do RNPT após a alta hospitalar com a promoção de estratégias que articulem a 2ª e 3ª etapas. A capacitação dos profissionais, especialmente sobre a importância do compartilhamento do cuidado e o papel dos profissionais

da APS permanece imprescindível assim como estratégias para o fortalecimento do método e melhoria da comunicação entre os envolvidos com o cuidado para promover uma atenção integral e de qualidade ao RNPT e sua família. Neste sentido, os profissionais de enfermagem têm um papel fundamental por realizarem o acompanhamento do RNPT desde a admissão até a alta do MC, com ações de assistência direta, educação em saúde e acompanhamento na APS.

Recomenda-se, para superar as insuficiências, fortalecer as estruturas dos serviços durante as respostas às emergências de saúde pública, aprimorar planos de ação integrados entre serviços e desenvolver avaliações que facilitem a identificação dos obstáculos na rede assistencial. Tais iniciativas são imprescindíveis para a qualificação do MC e maior efetividade nas respostas em situações de pandemias.

■ REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). Born too soon: decade of action on preterm birth [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 Oct 05]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073890>
- Silva MV, Lamy ZC, Sousa AF, Hartz Z, Mendes CM, Ramos CV. Evaluation of the third stage of the kangaroo method in primary health care. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2022;14:e11116. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v14.11116>
- Forde D, Deming DD, Tan JC, Phillips RM, Fry-Bowers EK, Barger MK, et al. Oxidative stress biomarker decreased in preterm neonates treated with kangaroo mother care. *Biol Res Nurs*. 2020;22(2):188-96. <https://doi.org/10.1177/1099800419900231>
- Aires LCP, Padilha MI, Santos EKA, Lamy ZC, Bellaguarda MLR, Alves IFBO, et al. Power relations and knowledge of neonatal teams in the Kangaroo Mother Care implementation and dissemination. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e2020200. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0200en>
- Souza NA, Lamy ZC, Goudard MJ, Marba ST, Costa Ferreira DO, Silva MP, et al. Kangaroo method: perceptions on knowledge, potencialities and barriers among nurses. *Esc Anna Nery*. 2019;23(4):e20190100. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0100>
- Souza AN, Lamy ZC, Goudard MJF, Marba STM, Costa R, Caldas LN. Factors associated with skin-to-skin contact less than 180 min/day in newborns weighing up to 1,800g: multicenter study. *Ciênc Saúde Colet*. 2023;28(4):1021-9. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.14822022>
- Aires LCP, Koch C, Santos EKA, Costa R, Mendes JS, Medeiros GMS. Kangaroo-mother care method: a documentar study of theses and dissertations of the Brazilian nurse (2000-2017). *Rev Bras Enferm*. 2020;73(2):e20180598. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0598>
- Reichert APS, Soares AR, Bezerra ICS, Guedes ATA, Pedrosa RKB, Vieira DS. The third stage of kangaroo method: experience of mothers and primary health care professionals. *Esc Anna Nery*. 2021;25(1):e20200077. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0077>
- Reichert APS, Guedes ATA, Soares AR, Brito PKH, Bezerra ICS, Silva LCL, et al. Repercussions of the Covid-19 pandemic in the care of premature infants. *Esc Anna Nery*. 2022;26(spe):e20210179. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0179>
- Custodio ZAO, Morsch DS, Marba STM, Gomes MAM, Machado LG, Lamy ZC. Kangaroo Care: how to guarantee and expand in Covid-19 times. 2020. *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.773>
- CoşkunŞimşek D, Günay U, Özarslan S. The impact of the COVID-19 pandemic on nursing care and nurses' work in a neonatal intensive care unit. *J Pediatr Nurs*. 2022;66:44-48. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.05.013>
- Minckas N, Medvedev MM, Adejuvibe EA, Brotherton H, Chellani H, Estifanos AS, et al. Preterm care during the COVID-19 pandemic: a comparative risk analysis of neonatal deaths averted by kangaroo mother care versus mortality due to SARS-CoV-2 infection. *E Clin Med*. 2021;33:100733. <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2021.100733>
- Rao SPN, Minckas N, Medvedev MM, Gathara D, Prashantha YN, Estifanos AS, et al. Small and sick newborn care during the COVID-19 pandemic: global survey and thematic analysis of healthcare providers' voices and experiences. *BMJ Glob Health*. 2021;6:e004347. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004347>
- Bittencourt DAS, Vilela MEA, Marques COM, Santos AM, Silva CKRT, Domingues RMSM, et al. Labor and child birth care in maternities participating in the "Rede Cegonha/Brazil": an evaluation of the degree of implementation of the activities. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(3):801-21. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020>
- Champagne F, Brousselle A, Hartz ZMA, Contandriopoulos AP, Denis JL. A análise de implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz ZMA. Avaliação conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2011. p. 217-238.
- Kelz RR, Schwartz TA, Haut ER. SQUIRE Reporting Guidelines for Quality Improvement Studies. *JAMA Surg*. 2021;156(6):579-81. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0531>
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: diretrizes de cuidado [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019[cited 2023 Apr 23]. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_diretrizes_cuidado_revisada.pdf
- Ibrahim NK. Epidemiologic surveillance for controlling COVID-19 pandemic: types, challenges and implications. *J Infect Public Health*. 2020;13(11):1630-8. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.07.019>
- Donabedian A. Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry* [Internet]. 1988[cited 2023 Apr 23];25(1):173-92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2966122/>
- Cândido JLA, Frias PG, Sarinho SW. Construction and validation of indicators to evaluate the implementation of the Kangaroo Method using the Delphi technique. *Rev Enferm UFPI*. 2023;12:e4435. <https://doi.org/10.26694/reufpi.v12i1.4435>
- Bertoldo LTM, Serralta FB. Apego em um Estudo Comparativo com Mães de Crianças com TDAH. *Rev Psicol IMED*. 2022;14(2):70-86. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2022.v14i2.4702>
- Aguar LR, Frias PG, Quinino LRM, Miranda-Filho DB. Avaliação da implantação da resposta à emergência de saúde pública de microcefalia no Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(8):e00271020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00271020>
- Morsch DS, Custódio ZAO, Lamy ZC. Psycho-emotional care in a neonatal unit during the Covid-19 pandemic. *Rev Paul Pediatr*. 2020;38:e2020119. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2020119>
- Sales IMM, Santos JDM, Rocha SS, Gouveia MTO, Carvalho NAR. Contributions of the nursing team in the second stage of the Kangaroo-Mother Care Method: Implications for hospital discharge of the newborn. *Esc Anna Nery*. 2018;22(4):e20180149. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0149>

25. Tanaka MC, Bernardino FBS, Braga PP, Alencastro LCS, Gaíva MAM, Viera CS. Weaknesses in the continuity of care for preterm infants discharged from the neonatal unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2024;58:e20230228. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0228en>
26. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2018.
27. Almeida HB, Vanderlei LCM, Mendes MFM, Frias PG. Communicational relations between healthcare professionals and their influence on coordination of care. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(2):e00022020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00022020>
28. Costa MC, Neves APSM, Cavalcanti MCAS, Morais ES. Proposta interprofissional de educação permanente em assistência perinatal no contexto da pandemia covid-19. *Rev Multidiscip Saúde*. 2023;4(3):614–619. <https://doi.org/10.51161/conais2023/21803>
29. Alves FN, Wolkers PCB, Araujo LB, Ferreira DMLM, Azevedo VMGO. Impacto da segunda e terceira etapas do método canguru: do nascimento ao sexto mês. *Rev Enferm Cent O Min*. 2021;11:e4200. <http://doi.org/10.19175/recom.v11i0.4200>
30. Cañedo MC, Nunes CB, Gaíva MAM, Vieira ACG, Schultz IL. “Vou para casa. E agora?” a difícil arte do Método Canguru no domicílio. *Rev Enferm UFSM*. 2021;11:e52. <https://doi.org/10.5902/2179769263253>

■ Disponibilidade de dados e material

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente

■ Contribuição de autoria

Conceitualização: Joice Luiza Alves Cândido, Paulo

Germano de Frias, Silvia Wanick Sarinho

Pesquisa: Joice Luiza Alves Cândido

Metodologia: Joice Luiza Alves Cândido, Paulo

Germano de Frias, Silvia Wanick Sarinho

Administração de projeto: Joice Luiza Alves Cândido,

Paulo Germano de Frias, Silvia Wanick Sarinho

Redação do manuscrito original: Joice Luiza Alves

Cândido, Paulo Germano de Frias, Silvia Wanick Sarinho

Redação - revisão e edição: Joice Luiza Alves Cândido,

Paulo Germano de Frias, Silvia Wanick Sarinho

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses

■ Autor correspondente

Joice Luiza Alves Cândido

E-mail: joyce_candido@hotmail.com

Recebido: 23.05.2024

Aprovado: 21.10.2024

Editor associado:

Gabriella de Andrade Boska

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira

