



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

**SHEILA MELO DE MIRANDA**

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO  
AMBULATÓRIO DO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO NO  
ESTADO DO PIAUÍ**

**RECIFE**

**2014**

**SHEILA MELO DE MIRANDA**

**Avaliação do Grau de Implantação do Ambulatório do Recém-Nascido  
de Baixo Peso no Estado do Piauí**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde

**Linha de pesquisa:**

Orientador: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Suely Arruda Vidal

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Lygia Carmen de Moraes Vanderlei

RECIFE

2014

**SHEILA MELO DE MIRANDA**

**Avaliação do Grau de Implantação do Ambulatório do Recém-Nascido  
de Baixo Peso no Estado do Piauí**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde

Aprovada em: 11 de março de 2014

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sílvia Warnik Sarinho - UFPE

---

Prof Dr Paulo Germano de Frias - IMIP

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Suely Arruda Vidal - IMIP

Ficha Catalográfica  
Preparada pela Biblioteca Ana Bove  
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Imip

---

M672a Miranda, Sheila Melo de

Avaliação do grau de implantação do ambulatório do recém-nascido de baixo peso no Estado do Piauí / Sheila Melo de Miranda ; orientadora Suely Arruda Vidal ; co-orientadora Lygia Carmen de Moraes Vanderlei. – Recife: Do Autor, 2014.

91 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, 2014.

1. Avaliação dos serviços de saúde. 2. Recém-nascido de baixo peso. 3. Método mãe-canguru. I. Vidal, Suely Arruda, orientadora. II. Vanderlei, Lygia Carmen de Moraes, co-orientadora. III. Título.

---

CDD 362.1072

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais Rita e Eurimar, que sempre me incentivaram para a realização dos meus ideais, encorajando-me a enfrentar todos os momentos difíceis da vida.

Com muito carinho, dedico ao meu filho Mateus e ao eu irmão Sídney, pela compreensão, apoio e contribuição para esta etapa da minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele.

Aos meus pais Eurimar e Rita, meu filho Mateus, aos meus irmãos e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Às professoras Suely e Lygia, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta dissertação.

À coordenadora Isabella e todos os professores do curso.

Aos amigos e colegas de mestrado.

A duas pessoas em especial, D. Lurdinha e Fernanda pelo incentivo e pelo apoio constantes.

## RESUMO

**Objetivo:** avaliar o grau de implantação do ambulatório de uma maternidade de referência (3ª etapa do método Canguru). **Método:** A pesquisa foi realizada por meio de uma avaliação normativa baseada nas dimensões de estrutura e processo. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista estruturada, com todos os profissionais de nível superior que fazem parte da equipe do ambulatório e com as mães dos bebês em atendimento, bem como a pesquisa de prontuários, além da observação direta da estrutura com auxílio de um roteiro (*check list*). O grau de implantação foi definido considerando os padrões preconizados pelo Ministério da Saúde para o Método Canguru (MC), adotando-se a classificação: implantado ( $\leq 100\%$  e  $\geq 90\%$ ), parcialmente implantado ( $< 90\%$  e  $\geq 70\%$ ), incipiente ( $< 70\%$  e  $\geq 50\%$ ) e não implantado ( $< 50\%$ ).

**Resultados:** O grau de implantação relativo à dimensão estrutura atingiu 67,9% do esperado, classificado como incipiente, sendo 78,6% para recursos materiais, 66,7% para recursos físicos e 50% para recursos humanos. A dimensão processo atingiu o percentual de 64,1%, tendo o grau de implantação classificado como incipiente com os valores correspondentes para cada componente: educacional 38,5%, assistencial 70,8% e organizacional 54,7%. Considerando as duas dimensões avaliadas, estrutura e processo, verificou-se o percentual de 64,7% para o ambulatório, sendo classificado como incipiente. **Conclusões:** com este trabalho mostrou-se que a avaliação normativa, pode ser aplicada para a identificação das fortalezas e das fragilidades desta etapa do método, podendo-se constatar a discordância entre o que está proposto nas normas e a realidade empírica, o que levou a uma implantação incipiente dessa etapa do MC. A triangulação de dados possibilitou uma maior confiabilidade das respostas

**Palavras Chave:** Avaliação dos Serviços de Saúde, Recém Nascido de Baixo Peso, Método Mãe-Canguru.

## ABSTRACT

**Objective:** To assess the degree of implementation of a maternity clinic of reference (3rd stage of the Kangaroo method). **Method:** The research was conducted through a normative assessment based on the dimensions of structure and process. Data collection was conducted through structured interviews with all the top-level professionals that are part of the clinic staff and mothers of babies in attendance, as well as search records, as well as direct observation of the structure with the aid a script (*check list*). The level of implementation was defined based on the standards established by the Ministry of Health for the Kangaroo Method (MC), adopting classification: implanted ( $\leq 100\%$  and  $\geq 90\%$ ), partially implemented ( $< 90\%$  and  $\geq 70\%$ ) incipient ( $< 70\%$  and  $\geq 50\%$ ) and not implanted ( $< 50\%$ ). **Results:** The degree of implementation relative to the size structure has reached 67,9% of expected, classified as incipient, being 78,6% for material resources, physical resources to 66,7% and 50% for human resources. The process dimension the percentage reached 64,1% and the degree of implementation classified as incipient with the corresponding values for each component: education 38,8%, assistance 70,8% and organizational 54,7%. Considering both evaluated, structure and process dimensions, there was the percentage of 64,7% for outpatients and is classified as incipient. **Conclusions:** With this study proved that the normative evaluation can be applied to identify the strengths and weaknesses of this method step, which may be seen the discrepancy between what is proposed in the standards and empirical reality, which led to an incipient implementation of this phase of the CM. The triangulation of data allowed greater reliability of responses

**Keywords:** Evaluation of Health Services, Infant Low Birth Weight, Kangaroo Mother Care Method.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AHRNBP-MC - Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru

BNDES - Banco Nacional do Desenvolvimento

BPN - Baixo peso ao nascer

FEBRASGO - Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

GI- Grau de Implantação

IMIP - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

MDER - Maternidade Dona Evangelina Rosa

MC - Método Canguru

MS - Ministério da Saúde

PIG - Pequeno para idade gestacional

RN - Recém-nascido

RNBP - Recém-nascido de baixo peso

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria

SUS - Sistema Único de Saúde

UCIN - Unidade de cuidados intermediários neonatal

UESPI - Universidade estadual do Piauí

UFPI - Universidade federal do Piauí

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTI - Unidade de terapia intensiva



## LISTA DE QUADROS, FLUXOGRAMA E TABELAS

<b>Quadro 01.</b> Atribuições e características do ambulatório de seguimento do recém-nascido de baixo peso.....	19
<b>Quadro 02.</b> Recursos necessários para a implantação do Método canguru .....	19
<b>Fluxograma 01.</b> Fluxograma de atendimentos de crianças nascidas vivas que realizaram o Método Canguru.....	27
<b>Tabela 01.</b> Distribuição da pontuação atingida pela dimensão estrutura.....	33
<b>Tabela 02.</b> Resultado da entrevista realizada com profissionais sobre os recursos materiais e físicos .....	34
<b>Tabela 03.</b> Distribuição da pontuação atingida pela dimensão processo.....	35
<b>Tabela 04.</b> Resultado da entrevista realizada com profissionais sobre a dimensão processo .....	36
<b>Tabela 05.</b> Distribuição do resultado da entrevista realizada com as mães sobre a dimensão processo.....	37
<b>Tabela 06.</b> Resultado da pesquisa de prontuários.....	38
<b>Tabela 07.</b> Grau de Implantação do seguimento ambulatorial.....	40

## LISTA DE ANEXOS E APÊNDICES

<b>Anexo 01.</b> Portaria GM/MS nº 1683 de 12 de julho de 2007.....	57
<b>Anexo 02.</b> Aprovação de Comitê de ética do IMIP.....	62
<b>Anexo 03.</b> Declaração da maternidade.....	63
<b>Apêndice 01.</b> Modelo lógico do seguimento ambulatorial do recém-nascido de baixo peso.....	64
<b>Apêndice 02.</b> Matriz de julgamento.....	68
<b>Apêndice 03.</b> Roteiro para verificação da estrutura.....	79
<b>Apêndice 04.</b> Entrevista com profissionais.....	80
<b>Apêndice 05.</b> Roteiro para verificação de prontuários.....	85
<b>Apêndice 06.</b> Entrevista com as mães.....	87
<b>Apêndice 07.</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	89

## SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

LISTA DE QUADROS, FLUXOGRAMA E TABELAS

LISTAS DE ANEXOS E APÊNDICES

RESUMO

ABSTRACT

I- INTRODUÇÃO .....	13
1.1 Atenção à Saúde da Criança de Risco.....	13
1.2 O Programa de Seguimento da Criança de Risco do Ministério da Saúde.....	16
1.3 O Programa de Seguimento da Criança de Risco no Estado do Piauí.....	20
1.4 Avaliação de Programas e Serviços de Saúde.....	22
II- JUSTIFICATIVA.....	23
III- OBJETIVOS.....	25
3.1- Geral.....	25
3.2- Específicos.....	25
IV- METODOLOGIA.....	26
4.1- Desenho do estudo.....	26
4.2- Local do estudo.....	26
4.3- Período do estudo.....	28
4.4- População do estudo.....	28
4.5- Modelo lógico.....	29
4.6- Matriz de julgamento.....	29
4.7- Instrumento para coleta de dados.....	30
4.8- Processamento e análise dos dados.....	31
4.9- Aspectos éticos.....	32
V- RESULTADOS.....	33
VI- DISCUSSÕES.....	42

VII- CONCLUSÕES.....	47
VIII- RECOMENDAÇÕES.....	48
IX- REFERÊNCIAS.....	49



# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Atenção à saúde da criança de risco

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), nascem anualmente 20 milhões de recém-nascidos (RN) prematuros e de baixo peso, sendo necessária uma atenção especial, na detecção precoce destes eventos para prevenir possíveis alterações no desenvolvimento neuropsicomotor destas crianças consideradas de risco<sup>1</sup>.

O MS considera como crianças de risco aquelas que apresentam, pelo menos, um dos seguintes critérios: baixo peso ao nascer (< 2.500g), prematuridade (menos de 37 semanas de idade gestacional), asfixia grave (Apgar < 7 no 5º minuto de vida), internamento ou intercorrência na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido (RN), filho de mãe adolescente (< 18 anos) residente em área de risco, mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo) e história prévia de morte em < 5 anos na família<sup>2</sup>.

A prematuridade e o baixo peso ao nascer (BPN) são importantes indicadores de risco biológico para problemas de desenvolvimento da criança<sup>3</sup>, constituindo grupos de risco devido à maior chance de adoecimento e morte<sup>4</sup>. Pesquisadores relatam que o atraso no desenvolvimento motor é uma das consequências da prematuridade, cujos efeitos aparecem posteriormente, em dificuldades na realização de atividades de vida diária e nas atividades acadêmicas<sup>5,6,7</sup>. O BPN também apresenta algumas consequências, além de maior mortalidade infantil, há risco aumentado de morte prematura na idade adulta por doença cardiovascular, hipertensão arterial e diabetes e maior comprometimento estatural e nutricional<sup>8,9,10</sup>.

Vale ressaltar que nem sempre o RN de baixo peso (RNBP) é prematuro, uma vez que a criança nascida a termo pode ser pequena para idade gestacional (PIG), resultado

da restrição do crescimento intra-uterino, desencadeado por uma série de fatores inerentes à saúde da mãe e do feto, além daqueles relacionados à situação socioeconômica da família<sup>11</sup>. Entre os fatores que podem favorecer a ocorrência do RNPIG citam-se gravidez na adolescência; ausência de parceiro fixo; baixa escolaridade; realização inadequada de pré-natal; uso de drogas lícitas e ilícitas; exposição a doenças sexualmente transmissíveis; violência e distúrbios psicopatológicos<sup>12,13</sup>.

Avanços no campo de conhecimento da neonatologia têm contribuído de forma significativa para a redução das taxas de mortalidade e morbidade dos bebês de risco, os cuidados com a sua saúde têm mudado de foco, agregando à assistência voltada apenas à sobrevivência, a valorização dos cuidados à saúde, através de medidas preventivas, dispensadas por profissionais especializados, bem como a presença cada vez mais constante da família. Acompanhar e intervir precocemente nas intercorrências destes RN consiste em propiciar condições, para que o indivíduo tenha seu crescimento e desenvolvimento da maneira mais adequada possível<sup>14,15,16</sup>, com melhores condições de sobrevivência, através de estratégias de humanização e atenção nos momentos iniciais e subsequentes de sua vida.

A atenção ao bebê de risco deve ser estruturada e organizada com recursos materiais, físicos e humanos adequados<sup>1</sup>, através do acompanhamento em serviços especializados, com programas de seguimento, iniciando ainda no berçário, tendo continuidade com o atendimento ambulatorial<sup>17</sup>.

A partir do ano 2000 o MS do Brasil incorporou às ações do pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal, o Método Canguru (MC), baseado na Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Portaria nº 693 de 05 de julho

de 2000), atualizada pela Portaria GM/MS nº 1683 de 12 de julho de 2007 (Anexo 01). Essa norma foi elaborada a partir de um grupo de trabalho envolvendo a área técnica de saúde da criança e aleitamento materno do MS, reunindo os seguintes representantes: Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef); Universidades de Brasília e do Rio de Janeiro; Secretarias de Saúde do Distrito Federal e do estado de São Paulo; Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) e Banco Nacional do Desenvolvimento (BNDES)<sup>18</sup>.

O MC foi iniciado na Colômbia em 1979, no Instituto Materno Infantil de Bogotá, tendo como objetivo propiciar alta precoce aos RNBP, frente a uma situação crítica de falta de incubadoras, ausência de recursos tecnológicos e altas taxas de mortalidade neonatal<sup>18,19</sup>. Atualmente o programa é essencialmente ambulatorial, não existindo a enfermaria canguru, sendo o método praticado no domicílio materno, com o acompanhamento ambulatorial<sup>20</sup>.

No Brasil, os primeiros serviços que iniciaram o MC, foi o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, São Paulo, em 1992, e posteriormente, em 1997 o então Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), em Recife, capital do estado de Pernambuco<sup>21</sup>. O MC passou a ser divulgado pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância (Unicef), devido as vantagens oferecidas tais como: menor tempo de internação, oxigenação adequada, aumento e estabilização da temperatura corporal, menos episódio de apneia e diminuição do choro, tornando as mães mais seguras para cuidar de seus bebês<sup>22</sup>.

A difusão do MC no Brasil ocorreu rapidamente, sendo uma proposta mais ampla que a originária da Colômbia, abrangendo questões como os cuidados técnicos com o

bebê (manuseio, atenção às necessidades individuais, cuidados com a luz, som, dor); o acolhimento à família; promoção do vínculo mãe/bebê e do aleitamento materno; e o acompanhamento ambulatorial após a alta hospitalar, configurando-se como estratégia de qualificação do cuidado neonatal<sup>23</sup>. Com a expansão do método, houve uma contribuição para sua definição como uma política pública, assim como ocorreu em outros países como: Colômbia, Indonésia, Moçambique e Peru<sup>22,24</sup>.

O método é constituído por três etapas: a primeira é realizada previamente ao nascimento do bebê, com identificação das gestantes de risco para o parto prematuro e/ou com restrição do crescimento fetal, seguida do período de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) e/ou de cuidado intermediário neonatal (UCIN). A segunda etapa é o alojamento em conjunto tardio, na qual o neonato, clinicamente estável e pesando mais de 1250g, permanece com a mãe na enfermaria canguru de estabilização; e a terceira ocorre após a alta hospitalar com o acompanhamento ambulatorial<sup>18</sup>.

## **1.2 O programa de seguimento da criança de risco do Ministério da Saúde**

O método brasileiro utiliza a terminologia “Método Canguru” e não “Mãe Canguru”, onde o pai também tem participação ativa e fundamental<sup>23</sup>, e se caracteriza pelas três etapas interligadas, onde o sucesso de uma depende do adequado trabalho da etapa anterior, se diferenciando do modelo tradicional da Colômbia, devido a busca pela abordagem mais humanizada, só se considerando MC os sistemas que permitem o contato pele a pele precoce, por livre escolha da família e pelo tempo que ambos entenderem ser agradável e suficiente sendo acompanhados de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada<sup>25,26</sup>.

O Brasil foi o primeiro país a adotar o MC como política pública, padronizando seus procedimentos, sendo proposto como uma opção para uma parcela dos RNBP e não

para substituir a tecnologia hoje utilizada nas unidades neonatais, modelo proposto também pelos países desenvolvidos, vale ressaltar que existem diferenças relativas à padronização quanto ao início e duração do contato pele a pele, e momento da alta<sup>26</sup>, onde se dá início ao seguimento ambulatorial. Na Europa, Estados Unidos e Canadá, o tempo de permanência na posição canguru ocorre poucas horas durante um turno do dia; na Colômbia, a permanência é de 24 horas; no Brasil, a família decide o tempo de permanência, porém, é orientada a permanecer o maior tempo possível<sup>23</sup>.

Estudos de seguimento (*follow-up*) destes neonatos que investigam os efeitos de longo e médio prazo no seu desenvolvimento ressaltam a importância de uma intervenção terapêutica precoce de diversas especialidades<sup>24</sup>.

Esta etapa do MC começa quando o RNBP recebe alta hospitalar e caracteriza-se pelo acompanhamento não só do bebê, mas também de sua família, no ambulatório e/ou domicílio. O MS estipulou os seguintes critérios para o início desta etapa: mãe segura, psicologicamente motivada, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê; compromisso materno e familiar para a realização da posição pelo maior tempo possível; peso mínimo de 1.600g; ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta; sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e família habilitada a realizar a complementação; a primeira consulta deverá ser realizada até 48 horas da alta hospitalar; garantir atendimento na unidade hospitalar de origem, a qualquer momento, até a alta da terceira etapa; assegurar acompanhamento ambulatorial até este atingir o peso de 2.500g, após o alcance do peso, o acompanhamento deve seguir as normas de crescimento e desenvolvimento do MS<sup>18,27</sup>.

O programa de seguimento dos bebês de risco tem como base a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, tendo em como um dos pilares o

Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. A norma de atenção ao RNBP, é definida pelo modelo assistencial perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. Atualmente, todos os programas de seguimento trabalham com equipes interdisciplinares, sob a coordenação de um pediatra<sup>28</sup>.

A Atenção Humanizada ao RNBP-MC (AHRNBP-MC), engloba um conjunto de estratégias voltadas para a implementação de um cuidado cujo principal objetivo é promover o bem estar biopsicossocial do bebê e da sua família, facilitando sua interação, envolvendo interação na unidade neonatal e o estímulo à posição canguru<sup>18</sup>.

Segundo a norma do MS, o seguimento ambulatorial pode ser de natureza individual ou coletiva, onde no primeiro momento o atendimento é coletivo, sob a coordenação da enfermagem, no qual a consulta é realizada com base nas situações apresentadas pelas mães, e em seguida o bebê é submetido a uma avaliação. A equipe do MC deve sistematizar suas crianças a partir da trilogia da assistência, realizando as três etapas preconizadas pelo MS, cujo processo se estabelece com base na educação à saúde, e contar com o envolvimento familiar, a fim de garantir suporte à mãe para que se sinta segura no cuidado domiciliar. O tratamento desses bebês é, portanto, um processo longo, visto que suas implicações não se resumem às complicações perinatais, mas permanecem por mais tempo, necessitando de cuidados especiais após a alta hospitalar<sup>29</sup>.

São atribuições e características do ambulatório de acompanhamento.

<b>ATRIBUIÇÕES</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- realizar exame físico completo da criança tomando como referencias básicas: grau de desenvolvimento, ganho de peso, comprimento e perímetro cefálico; levando-se em conta a idade gestacional corrigida</li> <li>- avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família e oferecer o devido suporte</li> <li>- apoiar a manutenção de rede social de apoio.</li> <li>- corrigir as situações de risco, como ganho inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apneias</li> <li>- orientar e acompanhar tratamentos especializados</li> <li>- orientar esquema adequado de imunizações.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ser realizado por médico e/ou enfermeiro, que, de preferência, tenha acompanhado o bebê e a família nas etapas anteriores</li> <li>- o atendimento poderá envolver outros membros da equipe interdisciplinar</li> <li>- ter agenda aberta, permitindo retorno não agendado, caso o bebê necessite</li> <li>- o tempo de permanência em posição canguru será determinada individualmente por cada díade (mãe/filho)</li> <li>- após o peso de 2.500g, o seguimento ambulatorial deverá seguir as normas de crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde.</li> </ul>

Quadro 1: Atribuições e características do ambulatório de seguimento do recém-nascido de baixo peso. Fonte: Manual do Método Mãe Canguru (Brasil, 2011).

De acordo com o documento do Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (2010), os recursos necessários para a implantação do ambulatório do bebê de risco são:

<b>RECURSOS FÍSICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sala adequadamente ventilada e iluminada de, no mínimo, 16 m<sup>2</sup>.</li> <li>- Local para secretaria com mesa e cadeira</li> <li>- Sala de espera com cadeira para amamentação</li> <li>- Pia para lavagem de mãos.</li> <li>- 1 dispensador de preparação alcoólica por sala</li> </ul>
<b>RECURSOS MATERIAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesa para atendimento com 3 cadeiras</li> <li>- Mesa para exame físico com colchonete</li> <li>- Uma balança para lactentes e outra para pré-escolares e escolares, régua antropométrica e antropômetro, fita métrica de plástico</li> <li>- Termômetro digital e abaixador de língua de uso individual</li> <li>- Estetoscópio, oftalmoscópio e otoscópio</li> <li>- Material específico utilizado por profissional</li> </ul>

<b>RECURSOS HUMANOS</b>	da equipe - médicos (pediatra, neonatologista, neuropediatra, oftalmologista) - enfermeiro - fisioterapeuta - terapeuta ocupacional - fonoaudiólogo - nutricionista - psicólogo - assistente social
-------------------------	---

Quadro 2: Recursos necessários para a implantação do MC. Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2010.

As definições de método ou assistência canguru utilizadas, não são uniformes, variando conforme a instituição. A maioria refere-se apenas ao uso do contato pele a pele em algum momento da internação do bebê, no Brasil, o MC consiste num esforço de humanização da assistência que envolve as três etapas<sup>30</sup>. Nos países desenvolvidos, por não haver dificuldades para alocação de recursos, apresentam experiências visando aumentar o vínculo mãe-filho, desenvolver maior segurança da família no manuseio do bebê e estimular o aleitamento materno<sup>31</sup>.

### 1.3- O programa de seguimento da criança de risco no Estado do Piauí

No final da década de 90, ocorreram várias iniciativas do MS, no campo da assistência perinatal, dentre estas podemos citar o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco e o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, no qual o segundo, tinha como estratégia a reorganização da assistência prestada à gestante e ao RN, fazendo com que seja realizada com qualidade e humanização<sup>32,33</sup>.

O Programa de Atenção Humanizada ao RNBP, iniciado desde 2004, no Piauí, prevê três etapas sequenciadas, no qual a 3ª, o seguimento ambulatorial, é realizada no

ambulatório de risco da maternidade, que funciona realizando atendimentos não somente das crianças de baixo peso, como também de outras crianças de risco. Os critérios para encaminhamento do RN são: Peso de nascimento menor que 1.500 g ou idade gestacional menor ou igual a 34 semanas; tenha apresentado distúrbio metabólico: hipoglicemia ou hipocalcemia sintomáticas; sepse; infecção congênita; síndrome genética; malformação grosseira; asfixia grave (Apgar < 3 aos 5'); bilirrubinemia maior ou igual a 20; enterocolite necrotizante e filho de mãe diabética insulino dependente. Atualmente dispõe de uma equipe multiprofissional formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo e nutricionista. O MC vem sendo utilizado em vários países, adaptando-se às próprias condições culturais e às necessidades locais, porém, deve ser enfatizados três componentes em comum: posição canguru, nutrição baseada no aleitamento materno e alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial<sup>34</sup>.

#### **1.4 Avaliação de Programas e Serviços de Saúde.**

O zelo pelo bom desempenho e melhor qualidade de uma determinada prática deveria ser uma preocupação de cada um em sua atividade profissional, baseado neste pressuposto, avaliar sua própria prática, pode transformar o fazer, fortalecendo a dedicação e a vontade de acertar, inerentes àqueles que se dedicam à função pública<sup>35</sup>. O avaliador dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) não deve se limitar à execução de tarefas definidas por grupos particulares, requerendo atenção constante, de modo a evitar cumplicidade de diversas ordens ou que se venha a sucumbir a pressões políticas e administrativas<sup>36</sup>.

O enfoque mais tradicional utilizado no processo de avaliação refere-se ao modelo proposto por Donabedian na década de 60, baseado numa abordagem normativa e

focada nos conceitos da administração clássica de eficiência, eficácia e efetividade, sendo um modelo usado em todo o mundo como referência para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, tomando-se como base as dimensões de estrutura, processo e resultados<sup>37</sup>.

A avaliação normativa consiste em fazer um julgamento de valor de uma intervenção, apoiada em normas, critérios e/ou padrões estabelecidos, partindo do pressuposto de que há uma forte relação entre o respeito aos critérios e normas determinadas e os efeitos da intervenção<sup>38</sup>.

Quando se realiza uma avaliação em saúde, o objetivo principal é medir os efeitos de uma intervenção e entender como foram obtidos, bem como, julgá-los, podendo ajudar na tomada de decisões, através da posse dos resultados, elaborando julgamentos, expressando valores e manifestando intenções estratégicas. Os resultados de uma avaliação não se traduzem automaticamente em uma decisão, mas espera-se que as informações produzidas contribuam para o julgamento de uma determinada situação com maior validade, influenciando positivamente as tomadas de decisões<sup>39</sup>.

Nos últimos anos, vêm ocorrendo de forma progressiva, iniciativas voltadas para a avaliação em saúde no Brasil, desde pesquisas acadêmicas com o objetivo de avaliar os serviços de saúde, até pesquisas avaliativas, incorporadas pelo MS, com vistas a subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais e a difusão de seus resultados<sup>35,40</sup>.

## II- JUSTIFICATIVA

Considerando:

- A elevada demanda da única maternidade de referência em atendimento ao recém-nascido de risco no estado do Piauí, que realiza em média 12 mil partos por ano, sendo que aproximadamente 12% dos nascimentos necessitam de acompanhamento ambulatorial.
- A necessidade de se verificar a organização da estrutura e dos serviços oferecidos para o ambulatório do recém-nascido de baixo peso, na referida maternidade, que atendam às exigências adequadas para o cumprimento das normas e rotinas estabelecidas pelo MS;
- Que a avaliação de um programa é importante para a identificação de falhas nas práticas de saúde servindo como um instrumento norteador para o planejamento dos serviços prestados.
- Que a referida maternidade apresenta o maior número de mortes maternas e neonatais do país, sugerindo problemas na assistência e atenção primária frágil.

Este estudo torna-se pertinente por:

- Permitir verificar o cumprimento de normas e rotinas estabelecidas pelo MS no que se refere à 3ª etapa do Método canguru

- Contribuir para a organização do seguimento ambulatorial, em relação a sua estrutura e os serviços oferecidos
- Subsidiar o planejamento de ações que possibilitem a melhoria dos serviços de referência
- Promover *feedback* entre a equipe e gestores, possibilitando uma requalificação da assistência.

### **III- OBJETIVOS**

#### **GERAL**

Avaliar o grau de implantação da terceira etapa do método canguru da maternidade de referência em alto risco no estado do Piauí

#### **ESPECÍFICOS**

- Analisar a estrutura de atendimento ambulatorial do recém-nascido de baixo peso
- Verificar o cumprimento dos procedimentos realizados por cada categoria profissional da equipe seguindo as normas propostas
- Identificar as principais fragilidades e fortalezas da estrutura e do processo, segundo a perspectiva normativa

## **IV- METODOLOGIA**

### **4.1- Desenho do estudo**

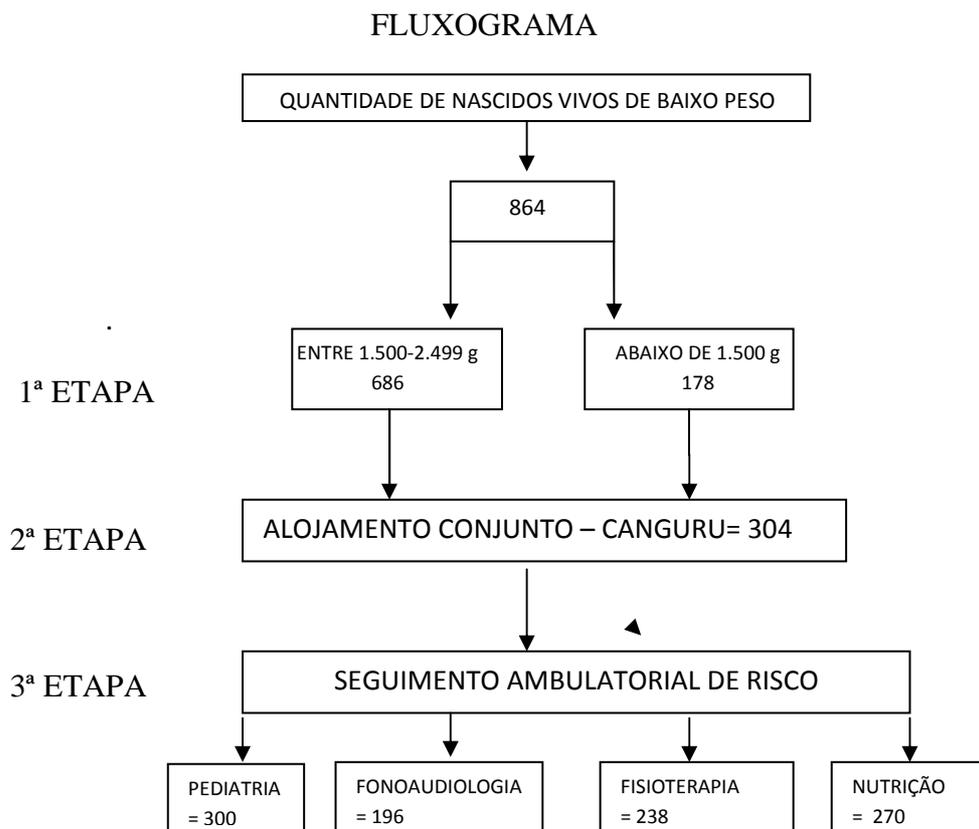
A pesquisa foi uma avaliação do tipo normativa nas dimensões de estrutura e processo e análise do grau de implantação, com delineamento de corte transversal, descritivo.

### **4.2- Local do estudo**

A pesquisa foi realizada na MDER, localizada na cidade de Teresina, gerenciada pela Secretaria de Saúde do Estado do Piauí e única maternidade de referência para assistência terciária à gestante e ao recém-nascido de risco e com o título de Hospital Amigo da Criança desde 1997, ofertando serviços de média e alta complexidade.

É a maior maternidade do Estado, sendo responsável por 63% dos nascimentos ocorridos na cidade de Teresina, atendendo não somente a capital, mas também outras cidades do estado do Piauí, além de outros estados como Maranhão, Tocantins e Pará.

Segundo informações da Maternidade, no ano 2013 entre os meses de janeiro a junho nasceram vivos 5.437 bebês, dos quais, 15,8% eram de baixo peso, sendo 3,2% abaixo de 1.500g e 12,6% pesando entre 1.500g e 2.499g. Dados fornecidos pelo setor de estatística descrevem a quantidade de crianças nascidas vivas, seguido dos atendimentos realizados pelo MC em suas três etapas, diferenciando o número de atendimento realizado por cada profissional que faz parte da equipe ambulatorial.



**Fluxograma de atendimentos de crianças nascidas vivas que realizaram o MC de janeiro a julho de 2013.**

Fonte: Setor de estatística da MDER, 2013.

A MDER é campo de estágio de graduação de universidades públicas e privadas dos cursos: medicina, enfermagem, nutrição, assistente social, odontologia e fisioterapia. E pós-graduação com os Programas de Residência Médica em Obstetrícia/ Ginecologia e de Pediatria.

Oferece atualmente os seguintes serviços: assistência ambulatorial (consultas médicas de obstetrícia, ginecologia e pediatria; consultas de enfermagem obstétrica; nutrição para gestante e criança e orientação com equipe do Banco de Leite; assistência odontológica para gestantes e crianças de zero a cinco anos; imunização para gestantes e crianças; acompanhamento do RN de alto risco; programa de acompanhamento à adolescente grávida e planejamento familiar); exames complementares (ultrassonografia

e radiografia, laboratório de análises clínicas e citologia oncológica); atendimento de urgência e emergência; Internação (UTI Obstétrica e neonatal, UCIN, Unidade Canguru para mães e RNBP, enfermarias)

#### **4.3- Período do estudo**

Os dados foram coletados no período de abril a julho de 2013.

#### **4.4- População do estudo**

Foram consideradas como população deste estudo as nove profissionais de nível superior e que fazem parte da equipe do ambulatório de alto risco da maternidade em questão (pediatras, fonoaudiólogo, fisioterapeutas, nutricionistas), apesar da norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso constar a necessidade de terapeuta ocupacional, enfermeiro, psicólogo e assistente social, esses profissionais não participam do seguimento do recém-nascido de baixo peso. Além dos profissionais da equipe ambulatorial, foram consideradas também como população 100 mães e/ou acompanhantes dos bebês que realizam acompanhamento, sendo selecionadas de forma aleatória quando compareceram para as consultas agendadas de retorno, durante o período de realização da coleta.

Foram utilizados como critérios de inclusão, os profissionais que participam da terceira etapa do MC e as mães de RNBP. E exclusão, a fonoaudióloga por ser a pesquisadora, e os demais profissionais que atuam no ambulatório e não participam do seguimento ao RNBP e as mães de crianças que apresentam outros fatores de risco que não seja o BPN e que estivessem em primeira consulta ambulatorial pós alta hospitalar.

#### **4.5- Modelo Lógico**

Inicialmente foi elaborado um modelo lógico (Apêndice 01) da intervenção (Seguimento Ambulatorial do RNBP) que é um esquema visual que expõe o funcionamento do programa e fornece uma base objetiva a respeito da relação causal entre seus elementos (componentes, insumos, processo de trabalho, produtos e resultados), ou seja, como eles se articulam para cumprir o objetivo e resolver o problema que deu origem ao programa. O modelo lógico desse estudo foi construído com base nos seguintes documentos oficiais.

- Manual Técnico de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso<sup>17</sup>
- Portaria GM/MS nº 1683 de 12 de julho de 2007 (Anexo 01)
- Documento científico que estabelece a infra-estrutura para o atendimento integral ao recém-nascido (Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2010).

Analisando-se estes documentos, identificaram-se três componentes para elaboração do modelo lógico: um educacional, outro assistencial e o terceiro organizacional; para cada um foram descritos os insumos, as atividades, os produtos e os resultados esperados. Neste modelo, estão expostas as informações necessárias para avaliar a estrutura (recursos humanos, físicos e materiais) e o processo (como estão sendo realizadas as atividades preconizadas pelo programa).

#### **4.6- Matriz de Análise e Julgamento**

O segundo passo para a avaliação do grau de implantação foi a construção de uma matriz de análise e julgamento (Apêndice 02), na qual se coloca todas as variáveis definidas a partir do modelo lógico (de cada componente), pontuação máxima atribuída

de acordo com a importância do item para o seguimento ambulatorial, e a fonte de verificação. Os critérios, o padrão ou o parâmetro foram selecionados a partir dos documentos utilizados na elaboração do modelo, quando existia, na ausência, foram atribuídos a partir da vivência do pesquisador. Com a pontuação obtida na avaliação prática foi feito o julgamento, baseado em critérios numéricos, apreciando-se as dimensões de estrutura e de processo e as duas conjuntamente.

#### **4.7- Instrumento e coleta de dados**

Para a coleta dos dados foram elaborados quatro instrumentos, tendo como base a Matriz de Análise e Julgamento. Os instrumentos elaborados foram o *checklist* (Apêndice 03), contendo dados referentes à estrutura ambulatorial; formulário estruturado de entrevista com os profissionais referente à estrutura e processo (Apêndice 04); roteiro estruturado para verificação de dados dos prontuários (Apêndice 05) e questionário estruturado de entrevista com as mães (Apêndice 06) com perguntas referentes aos procedimentos assistenciais contidos no Apêndice 04. Os três últimos abordavam dados referentes às práticas dos profissionais.

Inicialmente foi realizada uma pesquisa nos relatórios do Departamento de Pessoal da MDER, a fim de se verificar o número de profissionais que fazem parte da equipe ambulatorial. As questões contidas no formulário dirigido aos profissionais eram referentes ao quantitativo de profissionais para o ambulatório de seguimento, número de profissionais com treinamento específico para a função, e, estrutura física, essa etapa foi complementada com a observação direta pelo pesquisador (*checklist*), também havia questões relativas às práticas, rotinas clínicas e cumprimento das normas estabelecidas pelo programa.

Visando aumentar a confiabilidade das informações obtidas em relação à prática dos profissionais, recorreu-se a técnica de triangulação de respostas mediante a pesquisa em

prontuários dos pacientes atendidos de janeiro a julho de 2013, além da entrevista com as mães e/ou responsáveis.

As entrevistas com os profissionais foram realizadas entre os meses de abril a maio de 2013, agendadas previamente, neste momento, fez-se o convite, apresentou-se o objetivo do estudo e solicitou-se, àqueles que concordaram em participar, a assinatura do termo de consentimento. Em relação às práticas da única fonoaudióloga da equipe, devido à mesma ser a pesquisadora não foi possível realizar a entrevista, trabalhou-se apenas com os registros dos prontuários e as informações das mães/responsável pelo bebê.

As entrevistas com os profissionais e as mães foram realizadas após a assinatura do termo de consentimento.

#### **4.8- Processamento e análise dos dados**

Os questionários foram digitados em bancos de dados construídos na planilha eletrônica Excel. O processamento e a análise dos dados foram realizados após o banco de dados está revisado. Os relatórios foram emitidos em tabelas de distribuição de frequência simples.

A aferição do Grau de Implantação foi feita a partir do escore final obtido, tendo como referências os documentos utilizados para elaboração do modelo lógico e da matriz de julgamento.

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

Pontuação máxima

Onde a Pontuação obtida = □ da pontuação recebida de acordo com cada critério estabelecido e a Pontuação máxima = □ desta pontuação descrita na matriz de julgamento.

O Grau de Implantação foi classificado a partir do escore final:

Classificação	Escore final
Implantado	100% -----  90%
Parcialmente implantado	90% -----  70%
Incipiente	70% -----  50%
Não implantado	<50%

#### 4.9- Aspectos éticos

O estudo foi elaborado de acordo com a Resolução CNS 196/96, vigente naquele momento, do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, o qual foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP (Anexo 02). As entrevistas e a observação direta foram realizadas mediante consentimento prévio e com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 07) dos sujeitos selecionados, bem como declaração fornecida pela maternidade para liberação da pesquisa (Anexo 03).

## V- RESULTADOS

### Avaliação do grau de implantação da Estrutura

A tabela 1 oferece uma visualização da pontuação atingida por cada um dos componentes da dimensão estrutura do seguimento ambulatorial do RNBP, bem como da pontuação máxima esperada de cada um.

**Tabela 1: Distribuição da pontuação atingida pela dimensão estrutura**

Componente	Pontuação máxima esperada	Pontuação obtida	%
Recursos humanos	8	4	50
Recursos físicos	6	4	66,7
Recursos materiais	14	11	78,6
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>19</b>	<b>67,9</b>

O GI relativo à dimensão da estrutura para o seguimento ambulatorial do recém-nascido de baixo peso atingiu 67,9% do esperado, classificado como **incipiente**. Em relação a cada componente da dimensão estrutura, se verifica na tabela que os recursos humanos encontram-se mais deficitários que os demais recursos, com a equipe incompleta, faltando psicólogo, enfermeiro, assistente social e terapeuta ocupacional, embora a equipe seja composta por quatro pediatras, três nutricionistas, dois fisioterapeutas e uma fonoaudióloga, segundo dados fornecidos pelo setor de pessoal da maternidade (dados não apresentados na tabela).

As demais fragilidades relatadas pelos entrevistados no que se refere a estrutura, foram referentes aos recursos materiais: a falta de normas expostas e ausência de

termômetro e oftalmoscópio; e recursos físicos como inexistência de sala para amamentação e dispensador para higienização das mãos com preparação alcoólica, observados na tabela 2.

**Tabela 2: Resultado da entrevista realizada com profissionais sobre os recursos materiais e físicos**

Recursos materiais	Sim	
	N = 9	%
Prontuários com resumo de alta dos pacientes	09	100,0
Normas do Método Canguru expostas	01	11,2
Mesa para atendimento com pelo menos duas cadeiras	08	88,9
Mesa para exame físico com colchonete	09	100,0
Balança pesa bebê	08	88,9
Balança tipo adulto com antropômetro	06	66,7
Régua antropométrica	09	100,0
Fita métrica de plástico inextensível	07	77,8
Termômetro digital	04	44,5
Abaixador de língua	05	55,6
Oftalmoscópio	03	33,4
Estetoscópio	05	55,6
Otoscópio	05	55,6
Material específico de cada profissional	07	77,8
Recursos físicos	Sim	
	N= 9	%
Salas ventiladas e iluminadas	08	88,9
Salas com no mínimo 16m <sup>2</sup>	08	88,9
Local para secretaria com mesa e cadeira	09	100,0

Sala de espera com cadeira para amamentação	02	22,3
Pia para lavagem de mãos	09	100,0
Dispensador de preparação alcoólica/ sala	04	44,5

### **Avaliação do grau de implantação da dimensão processo**

A tabela 3 fornece informações sobre a pontuação atingida por cada um dos componentes da dimensão processo do seguimento ambulatorial do recém-nascido de baixo peso, bem como da pontuação máxima esperada por cada um.

**Tabela 3: Distribuição da pontuação atingida pela dimensão processo**

Componente	Pontuação máxima esperada	Pontuação obtida	%
Educacional	13	5	38,5
Assistencial	94	66,5	70,8
Organizacional	32	17,5	54,7
Total	139	89	64,1

A dimensão processo do seguimento ambulatorial do RNBP atingiu o percentual (64,1%), tendo o GI classificado como **incipiente**. Em relação a cada componente da dimensão processo, observou-se na tabela 3 que o educacional encontra-se mais prejudicado.

As principais fragilidades relacionadas ao processo, segundo os próprios profissionais, foram quanto a não realização de atividades educativas para pais e/ou responsáveis pelos bebês, a pouca capacitação da equipe sobre o MC, a em relação, a 1ª consulta de retorno não ocorrer até 48 horas pós-alta hospitalar e inexistência da contra-

referência às UBS (Unidade Básica de Saúde) dos municípios para continuidade ao acompanhamento destas crianças de risco. Estes dados podem ser observados na tabela 4.

**Tabela 4: Resultado da entrevista realizada com os profissionais sobre a dimensão processo**

<b>Avaliação do processo</b>	<b>N=9</b>	<b>%</b>
<b>Capacitação para atuar na equipe</b>		
Sim	06	66,7
<b>Atividades educativas para os pais e/ou responsáveis</b>		
Sim	01	11,1
<b>Existência de rede social de apoio ao aleitamento materno</b>		
Sim	07	77,8
<b>Quanto à posição canguru</b>		
Observa e incentiva até a criança atingir peso de 2,5kg	03	33,3
Somente observa ou incentiva	03	33,3
Não realiza nenhuma das atividades	03	33,3
<b>Sobre o aleitamento materno</b>		
Avalia, incentiva, encoraja e apoia	07	77,8
Avalia ou incentiva, encoraja e apoia	01	11,1
Nenhuma das atividades	01	11,1
<b>Exame físico</b>		
Pesagem	07	77,8
Preenchimento do gráfico de peso	07	77,8
Medição da estatura	07	77,8
Preenchimento do gráfico de estatura	07	77,8
Medição do perímetro cefálico	05	55,6
Preenchimento do gráfico de perímetro cefálico	05	55,6
Preenchimento da ficha de desenvolvimento	06	66,7
<b>Inspeção e observação do comportamento da criança</b>		
Sim	08	88,9
<b>Investigação da historia familiar</b>		
Sim	08	88,9
<b>Investigação da historia pré-natal</b>		
Sim	07	77,8
<b>Investigação da historia perinatal</b>		
Sim	06	66,7
<b>Encaminhamento para Ultrassonografia transfontanela</b>		
Sim	05	55,6
<b>Encaminhamento para teste do olhinho</b>		
Sim	06	66,7
<b>Encaminhamento para teste da orelhinha</b>		
Sim	05	55,6
<b>Monitoramento dos medicamentos prescritos</b>		
Sim	06	66,7
<b>Avaliação do equilíbrio psicoafetivo</b>		

Sim	04	44,4
<b>Avaliação das situações de risco biológico</b>		
Ganho de peso inadequado	09	100,0
Sinais de refluxo gastresofágico	09	100,0
Infecção (SIM)	07	77,8
Apneia (SIM)	06	66,7
<b>Avaliação das situações de risco/ambiental(SIM)</b>		
Baixa escolaridade	03	33,3
Mãe adolescente	09	100,0
Baixo nível socioeconômico	05	55,6
Uso de substâncias (álcool, drogas etc)	08	88,9
Ausência de pré-natal	06	66,7
<b>Tratamentos especializados</b>		
Encaminha e acompanha o tratamento	07	77,8
Somente encaminha	01	11,1
Nenhuma das atividades	01	11,1
<b>Orientação sobre imunização</b>		
Sim	07	77,8
<b>Avalia o cartão de imunização</b>		
Sim	07	77,8
<b>Agendamento de retorno</b>		
Sim	09	100,0
<b>Agenda aberta</b>		
Sim	08	88,9
<b>Primeira consulta até 48h após a alta</b>		
Sim	01	11,1
<b>Preenchimento e organização de prontuários</b>		
Sim	09	100,0
<b>Prontuário único para todos os profissionais</b>		
Sim	09	100,0
<b>Realização de referência e contra-referência para as UBS*</b>		
Referência	06	66,7
Contra-referência	00	0,0

\*UBS – Unidades Básicas de Saúde

As entrevistas com as mães e pesquisa de prontuários, revelaram divergência em relação a algumas respostas dadas pelos profissionais da equipe (tabelas 5 e 6).

**Tabela 5: Distribuição do resultado da entrevista realizada com as mães sobre a dimensão processo**

	Sim (n=100)	%
<b>Profissionais encaminhados após alta hospitalar</b>		
Pediatra	100	100,0
Fonoaudióloga	27	27,0
Fisioterapeuta	26	26,0
Nutricionista	11	11,0

<b>Primeira consulta após a alta hospitalar</b>		
até 48 horas pós-alta (norma)	0	-
02 a 10 dias pós-alta	13	13,0
Após 10 dias	37	37,0
<b>Acompanhamento ambulatorial</b>		
Pediatra	100	100,0
Fonoaudióloga	99	99,0
Fisioterapeuta	76	76,0
Nutricionista	96	96,0
<b>Avaliação do cartão de vacina e orientação</b>		
Pediatra	34	34,0
Nutricionista	02	2,0
Pediatra e Nutricionista	64	64,0
<b>Registros conferidos no cartão de vacina</b>		
Medidas antropométricas	100	100,0
Vacinas	100	100,0
<b>Orientação sobre a posição canguru</b>		
Sim	0	0,0
<b>Orientação sobre amamentação</b>		
Sim	95	95,0
<b>Exame físico</b>		
Pesagem	95	95,0
Medição da estatura	96	96,0
Medição do perímetro cefálico	96	96,0
<b>Encaminhamento para Ultrassonografia transfontanela</b>		
Sim	90	90,0
<b>Encaminhamento para Teste do olhinho</b>		
Sim	85	85,0
<b>Encaminhamento para Teste da orelhinha</b>		
Sim	95	95,0
<b>Orientação sobre imunização</b>		
Sim	100	100,0
<b>Preenchimento do gráfico de peso</b>		
Sim	96	96,0
<b>Preenchimento do gráfico de estatura</b>		
Sim	96	96,0
<b>Preenchimento do gráfico de perímetro cefálico</b>		
Sim	96	96,0
<b>Preenchimento da ficha de desenvolvimento</b>		
Sim	60	60,0

**Tabela 6: Resultado da pesquisa de prontuários**

<b>Itens pesquisados em prontuário</b>	<b>N=160</b>	<b>%</b>
<b>Profissionais realizando o atendimento</b>		
Pediatra	160	100,0
Fonoaudióloga	160	100,0
Fisioterapeuta	114	71,3

Nutricionista	141	88,1
<b>Resumo da alta</b>		
Sim	155	96,9
<b>Avaliação do desenvolvimento infantil*</b>		
Sim	160	100,0
<b>Orientação sobre a posição canguru</b>		
Sim	0	0,0
<b>Orientação sobre amamentação</b>		
Sim	160	100,0
<b>Exame físico</b>		
Pesagem	160	100,0
Medição de estatura	160	100,0
Medição de perímetro cefálico	160	100,0
<b>Encaminhamento para USTF</b>	160	
Sim	95	59,4
<b>Encaminhamento para teste do olhinho</b>		
Sim	100	62,5
<b>Encaminhamento para teste da orelhinha</b>		
Sim	150	93,8
<b>Orientação sobre imunização</b>		
Sim	160	100,0
<b>Primeira consulta até 48h após a alta</b>		
Sim	0	0,0
<b>Investigação da historia familiar</b>		
Sim	0	0,0
<b>Investigação da historia pré-natal</b>		
Sim	130	81,2
<b>Investigação da historia perinatal</b>		
Sim	160	100,0
<b>Monitoramento dos medicamentos prescritos</b>		
Sim	160	100,0
<b>Avaliação do equilíbrio psicoafetivo</b>		
Sim	0	0,0
<b>Avaliação das situações de risco biológico</b>		
Ganho de peso inadequado	160	100,0
Sinais de refluxo gastroesofágico	160	100,0
Infecção	160	100,0
Apnéias	160	100,0
<b>Avaliação das situações de risco/ambiental</b>		
Mãe adolescente	160	100,0
Ausência de pré-natal	160	100,0
<b>Agendamento de retorno</b>		
Sim	160	100,0

\* Não existe uma ficha de desenvolvimento do Ministério da Saúde anexada ao prontuário, há registro da avaliação do desenvolvimento específico da fisioterapeuta e fonoaudiólogo

As principais divergências encontradas foram em relação à orientação sobre posição canguru, onde todas as mães referiram não receber nenhuma orientação e não haver registro em nenhum dos prontuários pesquisados, assim como a investigação da história familiar e avaliação do equilíbrio psicoafetivo. No que se refere à avaliação dos riscos ambientais/sociais apenas os itens mãe adolescente e realização de pré-natal estavam registrados em todos os prontuários, não havendo nenhum registro dos demais itens.

### **Avaliação do grau de implantação do seguimento ambulatorial do recém-nascido de baixo peso**

A tabela 7 apresenta o resultado do grau de implantação do seguimento ambulatorial do recém-nascido de baixo peso, considerando as duas dimensões avaliadas, estrutura e processo, verificou-se o percentual de 64,7%, sendo classificado como **incipiente**.

**Tabela 7: Grau de Implantação do Seguimento Ambulatorial do RNBP**

Dimensão	Componentes	Percentual por componente	Grau de implantação por dimensão	Grau de implantação do ambulatório
Estrutura	Recursos humanos	(50%)	(67,9%)	(64,7%) Incipiente
	Recursos físicos	(66,7%)		
	Recursos materiais	(78,6%)		
Processo	Assistencial	(70,8%)	(64,1%) Incipiente	
	Organizacional	(54,7%)		
	Educacional	(38,5%)		

As principais fortalezas verificadas no seguimento ambulatorial, segundo informações dos profissionais, foram em relação aos recursos materiais referentes à dimensão estrutura, e ao componente assistencial da dimensão processo.

As fragilidades encontradas, segundo entrevista com os profissionais, foram relativos aos recursos humanos e recursos físicos, ambos referentes à dimensão estrutura. Aspectos relacionados aos componentes organizacional e educacional da dimensão processo, também favoreceram a não implantação do ambulatório.

## VI- DISCUSSÃO

O seguimento ambulatorial do RNBP na maternidade de referência em atendimento às gestantes e RN de risco no estado do Piauí encontra-se **incipiente**. Esse resultado é o reflexo da falta de cumprimento das normas preconizadas pelo MS, encontradas durante a avaliação dos graus de implantação das dimensões estrutura e processo da etapa do MC estudada.

Em estudos realizados por Charpak & Ruiz-Peláez avaliando o grau de implantação do MC em maternidades de 15 países em desenvolvimento, entre os anos de 1994 e 2004, foi observado que o maior obstáculo para a implantação do método foi o seguimento ambulatorial<sup>41</sup>, devido à resistência dos profissionais, mães e famílias.

No Brasil, estudos com 176 hospitais maternidades, capacitadas pelo MS, também encontrou dificuldades na implantação da terceira etapa do método<sup>29</sup>, esses dados são concordantes com os resultados dessa pesquisa realizada no Piauí, onde verificou-se o descumprimento de algumas normas propostas para a implantação do *follow-up*, o que pode interferir no acompanhamento crescimento e desenvolvimento do bebê, bem como na detecção precoce das situações de risco.

Na análise da dimensão estrutura, verificou-se que o ambulatório avaliado não atendeu integralmente aos requisitos preconizados pelo MS, principalmente quanto aos recursos humanos. Por outro lado, essas inadequações encontradas nessa dimensão podem ser justificadas pelo fato do ambulatório ser adaptado para a realização da terceira etapa do MC, visto que os atendimentos são destinados também a outros RN com fatores de risco que não o baixo peso. Em pesquisa realizada em três instituições em Salvador, verificou que duas possuíam todos os profissionais recomendados pela

norma, no entanto, uma instituição não possuía equipe completa, faltavam terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e assistente social<sup>42</sup>, apresentando resultados semelhantes a presente pesquisa, o que pode interferir nos resultados para o bom desempenho do programa.

Apesar dos recursos materiais encontrarem-se satisfatórios, verificou-se a falta de normas expostas, diferente do encontrados na avaliação da estrutura de 15 hospitais no Brasil, sete Amigos da Criança e oito não credenciados, onde se observou que em apenas um hospital não havia normas expostas<sup>43</sup>.

A falta de espaço físico para atender as necessidades da mãe e do bebê, é uma realidade presente em vários hospitais no Brasil, segundo estudos realizados em 29 hospitais maternidades no Brasil<sup>26,44</sup>. Essa ausência de sala para amamentação acarreta desconforto para as mães durante a espera das consultas, devido à falta de privacidade o que pode dificultar a amamentação ao seio e propiciar a introdução de outros alimentos.

Embora, Vuori<sup>45</sup> em 1996 tenha descrito que a estrutura está claramente afastada do resultado, dado que mesmo as melhores condições podem ser mal usadas, enquanto que a excelência profissional pode resultar em benefícios, mesmo em precárias situações de trabalho.

Ao se avaliar o GI da dimensão processo, verificaram-se algumas fragilidades, principalmente no componente educacional. Capacitar profissionais para se tornarem aptos a atuarem com bebês prematuros e de baixo peso, é algo que deveria ser realizado frequentemente. As atividades educativas mostram-se efetivas em vários momentos e, especialmente, para o prolongamento do aleitamento materno, conforme estudo de revisão sistemática sobre intervenções para aumentar a amamentação<sup>46</sup>. A educação em saúde é uma das atividades que menos tem recebido atenção dos profissionais, isso se

deve, em parte por sua formação acadêmica, onde se valoriza mais o diagnóstico e o tratamento, em detrimento a promoção/educação em saúde<sup>47</sup>.

No que se refere ao componente assistencial verificou-se como fatores positivos a orientação sobre amamentação e a existência de uma rede social de apoio ao aleitamento materno, no qual o MC preconiza como um dos principais aspectos a amamentação exclusiva até os seis meses de vida<sup>23</sup>, porém, somente orientação não garante que a criança seja amamentada exclusivamente até o sexto mês, pois estudos realizados mostraram um elevado índice de abandono na terceira etapa do método<sup>48</sup>, é necessário que além da orientação, ocorra a realização de estratégias de incentivo ao aleitamento materno, atividades que podem ser realizadas quando existe uma rede de apoio na instituição e na comunidade.

Ainda sobre a assistência, se observou também alguns pontos fracos como: orientação sobre o tempo de permanência na posição canguru, na qual não há registro nos prontuários e nenhuma mãe referiu receber tal informação, o que pode ser justificado pelo fato de que a primeira consulta ambulatorial ocorrer superior às 48 horas pós-alta hospitalar, fato também verificado em estudos realizados com 28 hospitais públicos que realizavam o MC, em São Paulo<sup>49</sup>. Na maternidade pesquisada pôde-se verificar a alta demanda de partos, sendo esta, a única de referência em atendimento à gestante e ao RN de risco em todo o estado do Piauí, atendendo também mães e bebês oriundos de outros estados, fato que pode justificar o atraso na primeira consulta ambulatorial desses bebês.

A avaliação do equilíbrio psicoafetivo é pouco realizada, entendendo-se que essa deficiência pode ser justificada pela ausência do psicólogo, no entanto, é preciso que os profissionais estejam atentos aos pais, especialmente as mães. Diante da situação traumática do parto prematuro, as mães por vezes não conseguem se vincular aos seus

filhos, ou em outros casos superprotegem, portanto, o MC possibilita à mãe a segurança básica necessária à construção do processo de maternidade, sendo importante na formação de um vínculo entre mãe e bebê<sup>50</sup>. Estudo realizado no Recife já afirma esse fato, e sugere grupos de apoio formado por profissionais e pais para suporte a família com nascimento prematuro<sup>16</sup>.

Outro ponto considerado como satisfatório foi o relato de encaminhamento para tratamentos especializados, pois recém-nascidos prematuros e de baixo peso são suscetíveis a alterações e riscos, sendo necessário encaminhá-los para tratamentos especializados<sup>34</sup>. Apesar dos encaminhamentos, não existe a garantia de atendimento na rede, visto não haver um sistema integrado de marcação de consulta e a inexistência destes serviços na própria estrutura ambulatorial. Os prematuros de BPN podem ter uma vida normal, mas necessitam ser acompanhados em programas de seguimento multidisciplinar para rastreio e intervenção precoce, caso seja identificada alguma complicação que possa beneficiar-se de terapia, estas devem ser iniciadas o mais cedo possível, pois maiores são as probabilidades de sucesso e minimização do impacto à medida que a criança cresce e vai se desenvolvendo<sup>4</sup>.

No que se concerne ao componente organizacional verificou-se que nem todos os profissionais possuem agenda aberta, fato que dificulta o retorno dos bebês oriundos de outros municípios ou outros estados, ocorrência comum, sendo este serviço único em todo o estado, não havendo outras maternidades que realizam o MC. Uma pesquisa realizada sobre fatores que dificultam o retorno ao ambulatório, a principal causa foi falta de recurso financeiro, distância do hospital, outros filhos e falta de tempo<sup>30</sup>. Para minimizar estes problemas as consultas de seguimento deste ambulatório são todas marcadas para o mesmo dia, mas a agenda aberta seria importante para quando a família não pudesse comparecer na data prevista.

Quanto à existência de prontuário único, observou-se que há dois prontuários, o da internação hospitalar e outro para o ambulatório, fato que dificulta a interação entre informações hospital-ambulatório, visto que influencia os processos de cuidados, podendo refletir a atenção prestada<sup>51</sup>. A precariedade dos registros médicos afeta as organizações de saúde, principalmente as do setor público. A escassez e pouca legibilidade dos dados contidos nos prontuários médicos, omite informações e desrespeita os direitos dos usuários, negando a liberdade de ter sua vida clínica preservada e documentada<sup>52</sup>. A qualidade das informações depende de uma maior agilidade no resgate dos dados em tempo real<sup>53</sup>.

De acordo com os achados deste estudo, de um modo geral, pode-se verificar que tanto a estrutura como o processo do seguimento ambulatorial do MC necessita de atenção especial, visto que as duas dimensões se encontram com grau implantação incipiente.

Devido à avaliação do GI se basear em respostas dadas pelos profissionais durante entrevista realizada, este estudo apresentou como limitações a não observação direta da prática profissional e a pesquisadora ser a única fonoaudióloga da equipe. Para minimizar essas limitações foram realizadas entrevistas com as mães e pesquisa de prontuários, aumentando a confiabilidade das informações com a triangulação de respostas.

## VII- CONCLUSÕES

A presente pesquisa mostrou que a avaliação normativa, pode ser aplicada para a identificação das fortalezas e das fragilidades desta etapa do método. Pôde-se constatar a discordância entre o que está proposto nas normas, no que se refere à estrutura e ao processo, e a realidade empírica, o que levou a não implantação dessa etapa do MC e que tanto uma como outra dimensão apresentaram fragilidades.

Em relação à estrutura, verificaram-se mais pontos negativos nos recursos humanos e físicos, com os recursos materiais apresentando mais conformidades. No que se refere ao processo, pode-se constatar que a maior deficiência encontrada foi em relação à educação permanente, e o melhor componente avaliado foi o assistencial.

Os serviços de saúde apresentam uma dinâmica própria, sendo, portanto, importante que se realize avaliações e reprogramações frequentes, para que se possa chegar o mais próximo da excelência.

Como a proposta do estudo foi avaliar apenas os dois componentes, estrutura e processo, acredita-se que foi um passo importante fornecendo dados reais sobre o serviço e instrumentalizando os gestores para o planejamento de melhoria das condições, seguindo as normas e rotinas do MC visando bons resultados na saúde dos bebês de risco, em especial, os RNBP.

## VIII- RECOMENDAÇÕES

Diante dos resultados deste estudo, algumas recomendações são elencadas a fim de que possa servir de guia para ajustes e de mudanças com vistas a uma melhoria na qualidade da terceira etapa do MC, o seguimento ambulatorial.

- melhoria nas condições estruturais, que se refere aos recursos físicos – implantação de uma sala de amamentação que servirá também para atividade educativa em grupo de mães, materiais – exposição das normas do MC em todos os ambientes do ambulatório e aquisição de oftalmoscópio, favorecendo assim a assistência adequada aos usuários;

- ampliação e complementação dos recursos humanos, com assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos e enfermeiros treinados e específicos para o setor;

- capacitação e atualização de todos os profissionais da equipe assistente;

- descentralização do ambulatório de seguimento para outros serviços, afim de que seja possível acompanhar os bebês conforme recomenda a norma.

## IX- REFERÊNCIAS

- 1- Rolim KMC, Cardoso MVLML. O discurso e a pratica do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. Rev. Latino-Am Enferm 2006; 14(1):85-92
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da saúde; 2004.
- 3- Santos DC, Campos D, Gonçalves VM, Mello BB, Campos TM, Gagliardo HG. Influência do baixo peso ao nascer sobre o desempenho motor de lactentes a termo no primeiro semestre de vida. Rev. Bras Fisioter. 2004; 8:261-6.
- 4- Rugolo LM. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. J Pediatr. 2005;81: S101-10.
- 5- Goyen TA, Lui K. Longitudinal motor development of apparently normal high-risk infants at 18 months, 3 and 5 years. Early Human Development, 2002;709(1-2):103-115.
- 6- Magalhães LC, Wendling PC, Paixão ML, Mancini MC, Barbosa VM. Estudo comparativo sobre o desempenho perceptual e motor na idade escolar em crianças nascidas pré-termo e a termo. Arq. Neuro-Psiquiatr, 2003; 61:250-255.

- 7- Hadders-Algra M. General movements: A window for early identifications of children at high risk for developmental disorders. *J. Pediatr*, 2004;145(2, Supl):12-18.
- 8- Orlonski S, Dellagrana RA, Rech CR, Araújo EDS. Estado nutricional e fatores associados ao déficit da estatura em crianças atendidas por uma unidade de ensino básico de tempo integral. *Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.* 2009; 19(1) : 54-62.
- 9- Sarni ROS, Souza FIS, Pitta TS, Fernandez AP, Hix S, Fonseca FA. Baixo peso ao nascer: influência na pressão arterial, composição corporal e antropometria. *Arq Med ABC.* 2005; 30(2):76-82.
- 10- Bismarck-Nasr EM, Frutuoso MFP, Gamabardella AMD. Efeitos tardios do baixo peso ao nascer. *Rev. Bras. Crescimento e Desenvol. Hum.* 2008; 18(1): 98-103.
- 11- Barros MC et al. Neurocomportamento de recém-nascidos a termos, pequenos para a idade gestacional, filhos de mães adolescentes. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 2008, vol.84, n.3, PP. 217-223
- 12- Kramer MS. Socioeconomic determinants of intrauterine growth retardation. *Eur J Clin Nutr.* 1998; 52: S29-32.
- 13- Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of Young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N Engl J Med.* 1995; 332: 1113-7.
- 14- Linhares MBM. Estresse, resiliência e cuidados no desenvolvimento de neonatos de alto risco. In: Mendes EG, Almeida MA, Willians LCA (orgs).

Temas em Educação Especial - Avanços Recentes. São Carlos: EDUFScar.2004. p. 315-22.

- 15- Weiss MC, Fuginaga CI. Prevalência de nascimentos baixo-peso e prematuro na cidade de Irati – PR: implicações para a fonoaudiologia. Rev Salus. 2007; 1(2):123-7.
- 16- Buarque V e cols. The influence of support groups on the family of risk newborns and on neonatal unit workers. J. Pediatr.: Rio de Janeiro, 82(4): 295-301, Julj.-Aug. 2006
- 17- Martinez CMS, Joaquim RHVT, Oliveira EB e Santos IC. Suporte informacional como elemento para orientação de pais de pré-termo: um guia para o serviço de acompanhamento do desenvolvimento no primeiro ano de vida. Rev. Bras. Fisioter.; São Carlos, v.11 n.1, p.73-81, jan/fev. 2007.
- 18- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Canguru – Manual Técnico. 2ª Ed. Brasília: ministério da saúde; 2011.
- 19- Arivabene JC, Tyrrell MAR. Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem, mar-abr 2010; 18(2).p.262-268
- 20- Prochnik M, Carvalho MR. Método Mãe Canguru de atenção ao prematuro. Temas em desenvolvimento social e urbano – BNDES: Rio de Janeiro, 25-26; 2001.

- 21- Almeida CM, Almeida AFN, Foiti EMP. Efeitos do método mãe canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termos de baixo peso. Rev. Bras. Fisioter. 2007; 11(1): 1-5.
- 22- Venâncio SI, Almeida H. Método mãe canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. Jornal de Pediatria; Rio de Janeiro, v.80 n.5 (supl): 5173-5180, 2004.
- 23- Lamy ZC, Gomes MASM, Gianini NOM, Henning MAS. Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru: a proposta brasileira. Rev Ciência e Saúde Coletiva. 2005; 10(3):659-668.
- 24- Toma T. Cuidado Mãe Canguru, Tecnologia Perinatal Humana. In: Tamez RN, Carvalho MR, editores. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. P 132-43.
- 25- Oliveira ND, Joaquim MCM. A Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru) e a amamentação. In Rego (org). Aleitamento materno. Rio de Janeiro, Editora Atheneu, 2002. P.401-408.
- 26- Cardoso ACA et al. Método Mãe Canguru: aspectos atuais. Pediatria (São Paulo) 2006; 28(2):128-34
- 27- Gontijo TL, Xavier CC, Freitas MIF. Avaliação da implantação do método canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(5): 935-944, mai, 2012.
- 28- Formiga CKMR, Linhares MBM. Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. Rev .Esc. Enferm USP 2009; 43(2):472-80.

- 29- Gontijo TL et al. Avaliação da implantação do cuidado humanizado aos recém-nascidos com baixo peso - método canguru. *Jornal de Pediatria* , Rio de Janeiro, 86(1): 33-39, 2010.
- 30- Araújo LA, Rios CTF, Santos MH, Gonçalves APF. Método mãe canguru: uma investigação da prática domiciliar. *Ciências & Saúde Coletiva*, 15(1): 301-307, 2010.
- 31- Lamy FF, Silva AA, Lamy ZC, Gomes MA, Moreira ME; Grupo de Avaliação do Método Canguru; Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais: Avaliação dos resultados neonatais do método canguru no Brasil. *J Pediatr (Rio J)*. 2008; 84(5): 428-435.
- 32- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde: O desafio de construir e implementar políticas de saúde – Relatório de Gestão 2000. 2002ª. Brasília: Ministério da Saúde; p. 173-8.
- 33- Silva RS, Christoffel MM, Souza KV. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. *Texto & Contexto enferm*. 2005; 14(4): 585-593.
- 34- Andrade ISN, Guedes ZCF. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe Canguru como os cuidados tradicionais. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil, Recife*. 5(1); 61-69, jan-mar 2005.
- 35- Felisberto E. Da teoria à reformulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Rev Ciência e Saúde Coletiva* 2006; 11(3):553-563
- 36- Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Rev Ciência Saúde Coletiva* 2001, vol.6, n.1: 165-181

- 37- Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologia em saúde. Rev Saúde Pública, São Paulo, v.34, n.5, p. 547-59, out.2000
- 38- Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Med Book. 2010. P.196
- 39- Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Rev Ciência e Saúde Coletiva. 2006, vol.11, n. 3,PP.705-711
- 40- Paim JS. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: Hartz ZMA & Vieira-da-Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: EDUFBA; 2006. P. 9-10.
- 41- Charpk N, Ruiz-Peláez JP. Resistance to implementing Kangaroo Mother care in developing countries, and proposed solutions. Acta Paediatr 2006, 95:529-34.
- 42- Silva JR, Thomé CR, Abreu RM. Método mãe canguru nos hospitais /maternidades públicas de Salvador e atuação dos profissionais de saúde na segunda etapa do método. Rev. CEFAC. 2011 mai-jun: 13(3):522-533.
- 43- Oliveira MIC et al. Avaliação da implantação da iniciativa hospital amigo da criança no Rio de Janeiro, Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 12 (3): 281-295 jul. / set., 2012
- 44- Neves FAM, Orlandi MHF, Sekine CY, Skalinski LM. Assistência humanizada ao neonato premature e/ou de baixo peso: implantação do Método Mãe Canguru em hospital universitário. Acta Paul Enfer 2006; 19:349-53.

- 45- Vuori HI. A qualidade da saúde. *Divulg Saúde Debate* 1991; 30:17-2
- 46- Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact* 2001; 17:326-43.
- 47- Bezerra LCA, Frias PG, Vidal SA, Macedo VC, Vanderlei LC. Aleitamento materno: avaliação da implantação do programa em unidades básicas de saúde do Recife, Pernambuco (2002). *Ciências & Saúde Coletiva* 12(5): 1309-1317, 2007.
- 48- Colameo AJ, Rea MF. O Método Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implantação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(3):597-607, mar, 2006.
- 49- Cabral IV, Rodrigues EC. O método mãe canguru em uma maternidade do Rio de Janeiro 2000-2002: necessidades da criança e demanda de educação em saúde para os pais. *Texto Contexto Enferm* 2006; 15:629-36.
- 50- Moreira JO, Romagnoli RC, Dias DAS, Moreira CB. Programa Mãe Canguru e a relação mãe-bebê: pesquisa qualitativa na rede pública de Betim. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.14, n.3, p.475-483, jul./set. 2009.
- 51- Dias-da-Costa JS, Madeira ACC, Luz RM, Britto MAP. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. São Paulo, 2000;34: 329-36.
- 52- Sampaio AC, Silva MRF. Prontuários médicos: reflexo das relações médico-paciente. *Revista Bioética* 2010; 18(2): 451-68.

- 53- Vanderlei LC, Arruda BKG, Frias PG, Arruda S. Avaliação da qualidade de preenchimento das declarações de óbito em unidade terciária de Atenção à saúde Materno-Infantil. Informe epidemiológico do SUS 2002; 11(1):7-14.

## ANEXOS

### ANEXO 01- Portaria GM/MS nº 1683 de 12 de julho de 2007

#### **PORTARIA Nº 1.683 DE 12 DE JULHO DE 2007.**

Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições,  
R E S O L V E:

Art 1º Aprovar a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.

Parágrafo único. A Norma de Orientação de que trata este artigo integra o ANEXO a esta Portaria.

Art 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Fica revogada a Portaria nº 693/GM de 5 de julho de 2000, publicada no Diário Oficial da União nº 129-E, de 6 de julho de 2000, Seção 1, página 15.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO

NORMA DE ORIENTAÇÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU

I - INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos para o diagnóstico e a abordagem de recém-nascidos enfermos, notadamente os de baixo peso, aumentaram de forma impressionante as chances de vida desse

grupo etário. Sabe-se, ainda, que o adequado desenvolvimento dessas crianças é determinado

por um equilíbrio quanto ao suporte das necessidades biológicas, ambientais e familiares, portanto, cumpre estabelecer uma contínua adequação tanto da abordagem técnica quanto das

posturas que impliquem mudanças ambientais e comportamentais com vistas à maior humanização do atendimento.

A presente Norma deverá ser implantada nas Unidades Médico-Assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS. As Unidades que já

possuem esse Método de atendimento deverão manter o que vêm fazendo, introduzindo apenas

as novas adaptações que visam melhorar a eficiência e a eficácia da atenção.

A adoção dessa estratégia contribui para a promoção de uma mudança institucional na busca da atenção à saúde, centrada na humanização e no princípio de cidadania da família.

Entende-se que as recomendações aqui contidas deverão ser consideradas como um mínimo ideal para a tomada de condutas que visem a um atendimento adequado ao recém-nascido

de baixo peso, com procedimentos humanizados, objetivando maior apego, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança, inclusive quanto ao relacionamento

familiar.

Definição

1. O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social.

2. O contato pele-a-pele, no Método Canguru, começa com o toque evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo

que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Esse Método permite uma maior participação

dos pais e da família nos cuidados neonatais.

3. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele-a-pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe

de saúde adequadamente treinada.

## Normas Gerais

1. A adoção do Método Canguru visa fundamentalmente uma mudança de atitude na abordagem do recém-nascido de baixo peso, com necessidade de hospitalização.
  2. O método descrito não é um substitutivo das unidades de terapia intensiva neonatal, nem da utilização de incubadoras, já que estas situações têm as suas indicações bem estabelecidas.
  3. O Método não objetiva economizar recursos humanos e recursos técnicos, mas fundamentalmente aprimorar a atenção perinatal.
  4. O início da atenção adequada ao RN antecede o período do nascimento. Durante o pré-natal, é possível identificar mulheres com maior risco de recém-nascidos de baixo peso; para elas devem ser oferecidas informações sobre cuidados médicos específicos e humanizados.
  5. Nas situações em que há risco de nascimento de crianças com baixo peso, é recomendável encaminhar à gestante para os cuidados de referência, uma vez que essa é a maneira mais segura de atenção.
  6. Na 2ª etapa não se estipula a obrigatoriedade de tempo em posição canguru. Essa situação deve ser entendida como um fato que ocorre com base na segurança do manuseio da criança, no prazer e na satisfação da criança e da mãe.
  7. Deverá ser também estimulada a participação do pai e de outros familiares na colocação da criança em posição canguru.
  8. A presença de berço no alojamento de mãe e filho, com possibilidade de elevação da cabeceira, permitirá que a criança ali permaneça na hora do exame clínico, durante o asseio da criança e da mãe e nos momentos em que a mãe e a equipe de saúde acharem necessários.
  9. São atribuições da equipe de saúde:
    - orientar a mãe e a família em todas as etapas do método
    - oferecer suporte emocional e estimular os pais em todos os momentos
    - encorajar o aleitamento materno
    - desenvolver ações educativas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição
    - desenvolver atividades recreativas para as mães durante o período de permanência hospitalar
    - participar de treinamento em serviço como condição básica para garantir a qualidade da atenção
    - orientar a família na hora da alta hospitalar, criando condições de comunicação com a equipe, e garantir todas as possibilidades já enumeradas de atendimento continuado.
- Vantagens
- aumenta o vínculo mãe-filho
  - reduz o tempo de separação mãe-filho
  - melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do RN de baixo-peso.
  - estimula o aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração
  - permite um controle térmico adequado
  - favorece a estimulação sensorial adequada do RN
  - contribui para a redução do risco de infecção hospitalar
  - reduz o estresse e a dor dos RN de baixo peso
  - propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde
  - possibilita maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar
  - contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários devido à maior rotatividade de leitos
- População a ser atendida
- Gestantes de risco para o nascimento de crianças de baixo peso
  - Recém-nascidos de baixo peso
  - mãe, pai e família do recém-nascido de baixo peso
- Aplicação do método
- O método será desenvolvido em três etapas:
- 1ª etapa
- Período que se inicia no pré-natal da gestação de alto-risco seguido da internação do RN na Unidade Neonatal. Nessa etapa, os procedimentos deverão seguir os seguintes cuidados

especiais:

- Acolher os pais e a família na Unidade Neonatal.
- Esclarecer sobre as condições de saúde do RN e sobre os cuidados dispensados, sobre a equipe, as rotinas e o funcionamento da Unidade Neonatal.
- Estimular o livre e precoce acesso dos pais à Unidade Neonatal, sem restrições de horário.
- Propiciar sempre que possível o contato com o bebê.
- Garantir que a primeira visita dos pais seja acompanhada pela equipe de profissionais.
- Oferecer suporte para a amamentação.
- Estimular a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas na Unidade
- Assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores para o bemestar do bebê.
- Comunicar aos pais as peculiaridades do seu bebê e demonstrar continuamente as suas competências.
- Garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias, oferecendo o suporte assistencial necessário.
- Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos.
- Adequar o cuidar de acordo com as necessidades individuais comunicadas pelo bebê.
- Garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor.
- Utilizar o posicionamento adequado do bebê, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, favorecendo assim o desenvolvimento.
- Assegurar a permanência da puérpera, durante a primeira etapa:
  - Auxílio transporte, para a vinda diária à unidade pelos Estados e/ou Municípios
  - Refeições durante a permanência na unidade pelos Estados e/ou Municípios
  - Assento (Cadeira) adequado para a permanência ao lado de seu bebê e espaço que permita o seu descanso.
  - Atividades complementares que contribuam para melhor ambientação, desenvolvidas pela equipe e voluntários.

2ª etapa

Na segunda etapa o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. Esse período funcionará como um "estágio"

pré-alta hospitalar.

2.1 São critérios de elegibilidade para a permanência nessa etapa:

2.1.2 Do bebê

- estabilidade clínica
- nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo)
- peso mínimo de 1.250g

2.1.2 Da mãe

- desejo de participar, disponibilidade de tempo e de rede social de apoio
- consenso entre mãe, familiares e profissionais da saúde
- capacidade de reconhecer os sinais de estresse e as situações de risco do recém-nascido.
- conhecimento e habilidade para manejar o bebê em posição canguru

2.2 Permitir o afastamento temporário da mãe de acordo com suas necessidades.

2.3 Acompanhar a evolução clínica e o ganho de peso diário.

2.4 Cada serviço deverá utilizar rotinas nutricionais de acordo com as evidências científicas atuais.

2.5 A utilização de medicações orais, intramusculares ou endovenosas intermitentes não contra-indicam a permanência nessa etapa.

2.6 São critérios para a alta hospitalar com transferência para a 3ª etapa:

- mãe segura, psicologicamente motivada, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê
- compromisso materno e familiar para a realização da posição pelo maior tempo possível
- peso mínimo de 1.600g
- ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta
- sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e família habilitados a realizar a complementação
- assegurar acompanhamento ambulatorial até o peso de 2500g
- a primeira consulta deverá ser realizada até 48 horas da alta e as demais no mínimo uma vez por semana
- garantir atendimento na unidade hospitalar de origem, a qualquer momento, até a alta da terceira etapa.

### 3. 3ª etapa

Esta etapa se caracteriza pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial.

#### 3.1 Ambulatório de acompanhamento

São atribuições do ambulatório de acompanhamento:

● realizar exame físico completo da criança tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, o ganho de peso, o comprimento e o perímetro cefálico, levando-se em conta

a idade gestacional corrigida

- avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família e oferecer o devido suporte
- Apoiar a manutenção de rede social de apoio
- corrigir as situações de risco, como ganho inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apnéias

- orientar e acompanhar tratamentos especializados

- orientar esquema adequado de imunizações

3.2 O seguimento ambulatorial deve apresentar as seguintes características:

● ser realizado por médico e/ou enfermeiro, que, de preferência, tenha acompanhado o bebê e a família nas etapas anteriores

● o atendimento, quando necessário deverá envolver outros membros da equipe interdisciplinar

- ter agenda aberta, permitindo retorno não agendado, caso o bebê necessite
- o tempo de permanência em posição canguru será determinado individualmente por cada díade

● após o peso de 2.500g, o seguimento ambulatorial deverá seguir as normas de crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde

Recursos para a implantação

#### 1. Recursos Humanos

Recomenda-se que toda a equipe de saúde responsável pelo atendimento do bebê, dos pais e da família, esteja adequadamente capacitada para o pleno exercício do Método

A equipe multiprofissional deve ser constituída por:

● Médicos

- pediatras e/ou neonatologistas (cobertura de 24 horas)
- obstetras (cobertura de 24 horas)
- oftalmologista
- enfermeiros (cobertura de 24 horas)

● psicólogos

- fisioterapeutas
- terapeutas ocupacionais
- assistentes sociais
- fonoaudiólogos
- nutricionistas
- técnicos e auxiliares de enfermagem (na 2ª etapa, uma auxiliar para cada 6 binômios com cobertura 24 horas).

#### 2. Recursos Físicos

2.1 Os setores de terapia intensiva neonatal e de cuidados intermediários deverão obedecer às normas já padronizadas para essas áreas e permitir o acesso dos pais com possibilidade de desenvolvimento do contato tátil descrito nas etapas 1 e 2 dessa Norma. É importante que essas áreas permitam a colocação de assentos removíveis (cadeiras – bancos)

para, inicialmente, facilitar a colocação em posição canguru.

2.2 Os quartos ou enfermarias para a 2ª etapa deverão obedecer à Norma já estabelecida para alojamento conjunto, com aproximadamente 5m<sup>2</sup> para cada conjunto leito materno/berço

do recém-nascido.

2.3 Recomenda-se que a localização desses quartos proporcione facilidade de acesso ao setor de cuidados especiais.

2.4 Objetivando melhor funcionamento, o número de binômios por enfermaria deverá ser de, no máximo, seis.

2.5 O posto de enfermagem deverá localizar-se próximo a essas enfermarias.

2.6 Cada enfermaria deverá possuir um banheiro (com dispositivo sanitário, chuveiro e lavatório) e um recipiente com tampa para recolhimento de roupa usada.

#### 3. Recursos Materiais

3.1 Na 2ª etapa, na área destinada a cada binômio, serão localizados: cama, berço (de utilização eventual, mas que permita aquecimento e posicionamento da criança com a cabeceira

elevada), aspirador a vácuo, central ou portátil, cadeira e material de asseio.

3.2 Balança pesa-bebê, régua antropométrica, fita métrica de plástico e termômetro.

3.3 Carro com equipamento adequado para reanimação cardiorrespiratória, que deverá estar localizado nos postos de enfermagem.

Avaliação do método

Sugere-se que, periodicamente, sejam realizadas as seguintes avaliações:

- morbidade e mortalidade neonatal.
- taxas de reinternação.
- crescimento e desenvolvimento
- grau de satisfação e segurança materna e familiar
- prevalência do aleitamento materno
- desempenho e satisfação da equipe de saúde
- conhecimentos maternos adquiridos quanto aos cuidados com a criança
- tempo de permanência intra-hospitalar

A equipe técnica da Saúde da Criança/MS dispõe-se a fornecer modelo de protocolo para obtenção dos dados dessas avaliações.

## ANEXO 02: Aprovação do Comitê de Ética

Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira  
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil  
Instituição Civil Filantrópica



### DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 3496 - 13 intitulado "Avaliação do seguimento ambulatorial do Recém-Nascido de baixo peso no estado do Piauí.". Apresentado pelo (a) pesquisador (a) Sheila Melo de Miranda foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião ordinária de 10 de abril de 2013.

Recife, 11 de abril de 2013

  
**Dr. José Eulálio Cabral Filho**  
Coordenador do Comitê de Ética  
em Pesquisa em Seres Humanos do  
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - Lei 9851 de 09/11/87  
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - Lei 5013 de 14/05/64  
UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL - Dec. 36278 de 30/07/81  
INSCRIÇÃO MUNICIPAL - 05.897-1  
INSCRIÇÃO ESTADUAL - Isento  
CNPJ: 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista  
Recife - PE - Brasil - CEP: 50.070-550  
PABX: (81) 2122.4100  
Fax: (81) 2122.4722 Cx. Postal 1393  
e-mail: [imip@imip.org.br](mailto:imip@imip.org.br)  
[www.imip.org.br](http://www.imip.org.br)

**ANEXO 03: Declaração da Maternidade**

## APÊNDICE 01:

### MODELO LÓGICO

**PÚBLICO-ALVO:** Bebês de baixo peso

**INTERVENÇÃO/PROGRAMA:** Programa Mãe Canguru

**OBJETIVOS:** Diminuir a morbimortalidade do recém-nascido de baixo peso

Componente	Subcomponente	Insumos	Atividades	Resultados	Impactos
Segmento ambulatorial	Educação	<p><b>Recursos humanos:</b> Médico, enfermeiro, Fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Assistente social.</p> <p><b>Recursos materiais:</b> prontuários com o resumo de alta, normas, formulários (especificar) mesa para atendimento com 3 cadeiras - Mesa para exame físico com colchonete</p>	<p>Capacitação de profissionais de saúde para o reconhecimento dos principais sinais de alerta para alterações neurossensoriais</p>	<p>Melhoria no reconhecimento de situações de risco imediato (bebê/família) para que uma adequada intervenção precoce possa ser estabelecida, a fim de identificar e tratar</p>	Redução da morbimortalidade infantil
	Assistencial	<p>Realização de Atividades Educativas em saúde da criança para os pais e/ou responsáveis</p> <p>Observação e incentivo a realização do método canguru nesse período.</p>			

	<b>Assistencial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- balança pesa-bebê e tipo adulto com antropômetro, régua antropométrica e antropômetro, fita métrica de plástico</li> <li>- Termômetro digital e abaixador de língua de uso individual</li> <li>- Estetoscópio, oftalmoscópio e otoscópio</li> <li>- Material específico utilizado por profissional da equipe</li> </ul> <p><b>Recursos físicos:</b> Sala adequadamente ventilada e iluminada de, no mínimo, 16 m<sup>2</sup>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Local para secretaria com mesa e cadeira</li> <li>- Sala de espera com cadeira para amamentação</li> <li>- Pia para lavagem de mãos.</li> <li>- 1 dispensador de preparação alcoólica</li> </ul>	Avaliação, incentivo, encorajamento e apoio ao aleitamento materno pela rede social de apoio	<p>precocemente as doenças da 1<sup>a</sup> infância, eliminar ou amenizar os desvios do crescimento, os transtornos de desenvolvimento neuropsicomotor, afetivo, cognitivo e de linguagem.</p>
			Realização de exame físico do bebê baseado nas normas, avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, pesagem, medição da estatura e do perímetro cefálico, levando em conta a idade gestacional corrigida	
			Inspeção e observação do comportamento da criança de risco	
			Investigação da história familiar, pré e perinatal	
			Solicitação de exames, se necessários, e avaliação do resultado do ultrassom transfontanelar.	
			Encaminhamento para realização de avaliação oftalmológica	
			Encaminhamento para realização de triagem auditiva	
			Monitoramento dos medicamentos prescritos	

	<b>Assistencial</b>		Avaliação do equilíbrio psicoafetivo entre o bebê e sua família		
			Identificação de situações de risco biológico (ganho de peso inadequado, sinais de refluxo gastresofágico, infecções e apneias), e de riscos sociais/ambientais (baixa escolaridade materna; mãe adolescente; baixo nível sócio-econômico; abuso de substâncias como álcool, drogas e fumo; ausência de pré-natal)		
			Encaminhamento às clínicas especializadas, se necessário e acompanhamento de tratamentos especializados		
			Orientação quanto ao esquema adequado de imunização		

	<b>Organizacional</b>		Agendamento de retorno após cada visita de acordo com as necessidades da criança		
			Organização de prontuários multiprofissional das crianças		
			Convocação dos Faltosos		
			Referir os recém-nascidos para a Atenção Básica com orientação e se necessário, encaminhar para atendimento especializado.		

## APÊNDICE 02- Matriz de julgamento0

Dimensão	Componente	Critério	Parâmetro	Fonte de Verificação	Pontuação máxima esperada	Forma de pontuação
ESTRUTURA	Recursos Humanos	Número de profissionais adequado no segmento ambulatorial.	8 profissionais da equipe multiprofissional, sendo estes: (1) Médico, (1) enfermeiro, (1) Fisioterapeuta, (1) fonoaudiólogo, (1) nutricionista, (1) Psicólogo (1) Terapeuta Ocupacional, (1) Assistente social.	Relatório do Departamento de pessoal	8	1 ponto para cada profissional
	Recursos Físicos	Ambiente Ambulatorial adequado	Salas adequadamente ventiladas e iluminadas de, no mínimo, 16 m <sup>2</sup> . - Local para secretaria com mesa e cadeira - Sala de espera com cadeira para amamentação - Pia para lavagem de mãos. - 1 dispensador de preparação alcoólica por sala	checklist e entrevista com os profissionais	6	1 ponto para cada item no qual < 90% e > ou = 50% dos profissionais responderam sim
	Recursos materiais	Material para uso pelos profissionais da equipe adequado	Prontuários padronizados, com resumos de alta; normas expostas; mesa para atendimento com 3 cadeiras; mesa para exame físico com colchonete; 1 balança pesa-bebê; 1 balança tipo adulto com antropômetro; régua antropométrica; fita métrica de plástico; termômetro digital; abaixador de língua de uso individual; oftalmoscópio; estetoscópio; otoscópio; material de uso individual de cada profissional.	checklist e entrevista com os profissionais	14	1 ponto para cada item no qual < 90% e > ou = 50% dos profissionais responderam sim

		<b>SUBTOTAL</b>			<b>28</b>	cálculo da pontuação obtida= regra de três simples
<b>PROCESSO</b>	Assistencial	Rede social de apoio ao aleitamento materno	Existência de uma rede social de apoio ao aleitamento materno	Entrevista com profissionais	<b>3</b>	<b>3 pontos</b> se > ou = 60% dos profissionais confirmarem existência da rede social de apoio <b>0 ponto</b> se < 50% não confirmar
	Assistencial	Orientação e incentivo à realização do método canguru	Orientação sobre a posição canguru até o bebê atingir 2500g	Entrevista com profissionais, entrevista com as mães e pesquisa de prontuários	<b>5</b>	<b>5 pontos</b> se = ou > 90% dos profissionais orientam <b>2 pontos</b> se < 90% e > 50% dos profissionais orientam <b>0 ponto</b> se < 50% dos profissionais orientam
	Assistencial	orientação (incentivo, encorajamento e apoio) ao aleitamento materno	Realização de orientação ( incentivo, encorajamento e apoio) ao aleitamento materno	Entrevista com profissionais, entrevista com as mães e pesquisa de prontuários	<b>10</b>	<b>10 pontos</b> se = ou > 90% dos profissionais orientam sobre amamentação <b>5 pontos</b> se > 50% e < 90% dos profissionais orientam <b>0 ponto</b> se < 50% dos profissionais orientam

PROCESSO	Assistencial	Realização de exame físico do bebê	Realização de exame físico do bebê (pesagem, medição de estatura e de perímetro cefálico)	Entrevista com profissionais, entrevista com as mães e pesquisa no cartão de vacina da criança	10	<p><b>10 Pontos</b> se = ou &gt; 50% dos profissionais realizam o exame físico completo</p> <p><b>5 Pontos</b> se = ou &gt; 50% dos profissionais realizam o exame incompleto</p> <p><b>0 ponto</b> se &lt; 50% dos profissionais realizarem o exame</p>
PROCESSO	Assistencial	preenchimento dos gráficos de peso, estatura e perímetro cefálico, e preenchimento da ficha de desenvolvimento infantil	preenchimento dos gráficos de peso, estatura e perímetro cefálico, e preenchimento da ficha de desenvolvimento infantil no cartão de vacina	Entrevista com profissionais, entrevista com as mães e pesquisa no cartão de vacina da criança	5	<p><b>5 Pontos</b> se = ou &gt; 50% dos profissionais preencherem de forma completa o cartão</p> <p><b>2,5 Pontos</b> se = ou &gt; 50% dos profissionais preencherem de forma incompleta o cartão</p> <p><b>0 ponto</b> se &gt; 50% dos profissionais não preencherem nenhum dado no cartão</p>

PROCESSO	Assistencial	Inspeção e observação da criança	Realização de inspeção e observação do comportamento da criança	Entrevista com profissionais e pesquisa de prontuários	3	<p><b>3 pontos</b> se = ou &gt; 50% dos profissionais que realiza observação com instrumento e preenchimento de ficha de desenvolvimento</p> <p><b>2 pontos</b> se = ou &gt; 50% dos profissionais que realiza observação sem utilização de instrumento</p> <p><b>1 ponto</b> se &lt; 50% e &gt; ou = 1%</p>
	Assistencial	Investigação da história familiar	Realização de investigação da história familiar	Entrevista com profissionais e pesquisa de prontuários	2	<p><b>2 pontos</b> = se &gt; ou = 50% dos profissionais investigam a história familiar</p> <p><b>0 ponto</b> = se &lt; 50% dos profissionais investigam a história familiar</p>
	Assistencial	Investigação da história pré- natal	Realização de investigação da história pré-natal	Entrevista com profissionais e pesquisa de prontuários	2	<p><b>2 pontos</b> = se &gt; ou = 50% dos profissionais investigam a história pré-natal</p> <p><b>0 ponto</b> = se &lt; 50% dos profissionais investigam a história pré-natal</p>
PROCESSO	Assistencial	Investigação da história perinatal	Realização de investigação da história perinatal	Entrevista com profissionais, entrevista com as mães, observação direta e pesquisa de prontuários.	2	<p><b>2 pontos</b> = se &gt; ou = 50% dos profissionais investigam a história perinatal</p> <p><b>0 ponto</b> = se &lt; 50% dos profissionais investigam a história perinatal</p>

	Assistencial	Solicitação de exames	Encaminhamento para exame de Ultrassom Transfontanelar e/ou avaliação.	Entrevista com profissionais, entrevista com as mães e pesquisa de prontuários	5	<b>5 pontos</b> se = ou > 90% dos profissionais solicitar e/ou avaliar o resultado do ultrassom transfontanelar <b>2,5 ponto</b> se < 90% e > ou = 50% dos profissionais solicitar o exame de ultrassom transfontanelar <b>1 ponto</b> se < 50% e > ou = 1%
PROCESSO	Assistencial	Encaminhamento para avaliação oftalmológica	Solicitação do teste do olhinho	Entrevista com profissionais, entrevista com as mães e pesquisa de prontuários	5	<b>5 pontos</b> se = ou > 90% dos profissionais solicitam avaliação oftalmológica <b>2,5 pontos</b> se < 90% e > ou = 50% dos profissionais solicitarem avaliação oftalmológica <b>1 ponto</b> se < 50% e > ou = 1%
	Assistencial	Encaminhamento para triagem auditiva	Solicitação de triagem auditiva	Entrevista com profissionais, entrevista com as mães e pesquisa de prontuários	5	<b>5 pontos</b> se = ou > 90% dos profissionais solicitam triagem auditiva <b>2,5 pontos</b> se < 90% e > ou = 50% dos profissionais solicitam <b>1 ponto</b> se < 50% e > ou = 1%

PROCESSO	Assistencial	Monitoramento dos medicamentos prescritos	Realização do monitoramento dos medicamentos prescritos caso haja prescrição	Entrevista com profissionais, entrevista com as mães e pesquisa de prontuários	5	<p><b>5 pontos</b> se = ou &gt; 90% dos profissionais realizam o monitoramento dos medicamentos prescritos</p> <p><b>2,5 pontos</b> se &lt; 90% e &gt; ou = 50% monitoram</p> <p><b>0 ponto</b> se &lt; 50%</p>
	Assistencial	Avaliação do equilíbrio psicoafetivo entre bebê e família	Realização de avaliação do equilíbrio psicoafetivo entre bebê e família	Entrevista com profissionais e pesquisa de prontuários.	2	<p><b>2 pontos</b> se = ou &gt; 50% dos profissionais realizam avaliação do equilíbrio psicoafetivo entre bebê e família</p> <p><b>1 ponto</b> se &lt; 50% e &gt; ou = 1% dos profissionais que realizam avaliação do equilíbrio psicoafetivo entre bebê e família</p>
	Assistencial	Identificação de situações de riscos biológicos	Avaliação dos riscos biológicos : ganho de peso inadequado, sinais de refluxo, infecções e apneias.	Entrevista com profissionais e pesquisa de prontuários.	5	<p><b>5 pontos</b> se = ou &gt; 50% dos profissionais identificam todas as situações de risco biológico</p> <p><b>2,5 pontos</b> se = ou &gt; 50% dos profissionais realizam avaliação incompleta</p> <p><b>0 ponto</b> se &lt; 50% não avaliam</p>

PROCESSO	Assistencial	Identificação de situações de riscos sociais/ambientais	Avaliação dos riscos sociais/ambientais: baixa escolaridade materna; mãe adolescente; baixo nível sócio-econômico; abuso de substâncias como álcool, drogas e fumo; ausência de pré-natal;	Entrevista com profissionais e observação direta.	5	<p><b>5 pontos</b> se = ou &gt; 50% dos profissionais realizam avaliação completa de todos os riscos</p> <p><b>2,5 pontos</b> se = ou &gt; 50% dos profissionais realizam avaliação incompleta dos riscos</p> <p><b>.1 ponto</b> se &gt; 50% avaliam pelo menos 1 situação de risco</p> <p><b>0 ponto</b> se &gt; 50% dos profissionais não avaliam nenhuma situação de risco</p>
----------	--------------	---	--	---	---	---

PROCESSO	Assistencial	Encaminhamento e acompanhamento da criança	Realização de encaminhamento para acompanhamento de tratamento em clínicas especializadas	Entrevista com profissionais, entrevista com as mães e pesquisa de prontuários.	5	<p><b>5 pontos</b> se = ou &gt; 50% dos profissionais realizam encaminhamento e acompanhamento de tratamento em clínicas especializadas</p> <p><b>3 pontos</b> se = ou &gt; 50% dos profissionais realizam somente encaminhamento para tratamento em clínicas especializadas</p> <p><b>2 pontos</b> se &lt; 50% dos profissionais encaminham e acompanham</p> <p><b>1 ponto</b> se &lt; 50% dos profissionais que somente encaminham</p>
PROCESSO	Assistencial	Orientação quanto ao esquema de imunização	Realização de orientação quanto ao esquema de imunização	Entrevista com profissionais, entrevista com as mães e pesquisa de prontuários	10	<p><b>10 pontos</b> se = ou &gt; 90% dos profissionais orientam quanto ao esquema de imunização.</p> <p><b>5 pontos</b> se &lt; 90% e = ou &gt; 50% dos profissionais orientam.</p> <p><b>1 ponto</b> se &lt; 50% e &gt; ou = 1% dos profissionais orientam</p>

	Assistencial	Avaliação do cartão de vacina	realização de avaliação do cartão de imunização	Entrevista com profissionais, entrevista com as mães e pesquisa de prontuários.	5	<b>5 pontos</b> se = ou > 90 % dos profissionais avaliam o cartão de imunização. <b>2,5 pontos</b> se < 90% e > ou = 50% dos profissionais avaliam. <b>1 ponto</b> se < 50 % e > ou = 1% avalia
PROCESSO	Organizacional	Agendamento do retorno	Realização de agendamento de retorno	Entrevista com profissionais e pesquisa de prontuários.	10	<b>10 Pontos</b> se = ou > 90% dos profissionais realizam agendamento de retorno <b>5 Pontos</b> se < 90% e > ou = 50% dos profissionais agendam o retorno <b>0 ponto</b> se < 50% dos profissionais agendam o retorno
	Organizacional	Garantia de agenda aberta	Todos os profissionais devem possuir agenda aberta	Entrevista com profissionais, entrevista com as mães e pesquisa de prontuários.	5	<b>5 pontos</b> se = ou > 90% dos profissionais possuem agenda aberta <b>0 ponto</b> se < 90%
	Organizacional	Garantia do 1º retorno dentro das 48 horas após alta hospitalar	Realização de agendamento para 1º retorno dentro das 48 horas após alta hospitalar	Entrevista com profissionais e entrevista com as mães.	5	<b>5 pontos</b> se = ou > 50% dos profissionais realizarem primeira consulta ambulatorial dentro das 48 horas após a alta hospitalar <b>0 ponto</b> se < 50%

PROCESSO	Organizacional	Organização de prontuários	Prontuários preenchidos e organizados por cada profissional	Entrevista com profissionais	5	<p><b>5 pontos</b> se = ou &gt; 90% dos profissionais realizam preenchimento e organização de prontuários.</p> <p><b>0 ponto</b> se &lt; 90%</p>
	Organizacional	Busca ativa dos faltosos	Verificação da existência de um sistema onde haja a busca dos faltosos e se realiza essa atividade	Entrevista com profissionais e verificação pelo pesquisador.	2	<p><b>2 pontos</b> = se existe o sistema para busca ativa dos faltosos e se realiza essa atividade</p> <p><b>1 ponto</b> = existe o sistema , mas não ocorre a busca</p> <p><b>0 ponto</b> = não existe o sistema e não ocorre a busca pelos faltosos</p>
PROCESSO	Organizacional	Referência dos recém-nascidos para as UBS	Realização de Referência e contra-referência dos recém-nascidos para as UBS	Entrevista com profissionais.	5	<p><b>5 pontos</b> se = ou &gt; 50% dos profissionais realizam referência e contra-referência dos recém-nascidos para as UBS</p> <p><b>2,5 pontos</b> se = ou &gt; 50% dos profissionais realizam apenas referência ou contra-referência</p> <p><b>0 ponto</b> se &gt; 50% dos profissionais não realizam nenhuma das atividades</p>

	Educacional	Ações educativas para pais e/ou responsáveis	Realização de atividades educativas pela equipe para pais e/ou responsáveis	Entrevista com profissionais	3	<b>3 ponto se</b> = ou > 50% dos profissionais realizam atividades educativas para pais e/ou responsáveis <b>0 ponto se</b> < 50% dos profissionais realizam atividades educativas
PROCESSO	Educacional	Educação permanente	Realização de cursos de capacitação para os profissionais da equipe	Entrevista com profissionais	10	<b>10 pontos se</b> = ou > 90% dos profissionais receberam capacitação <b>5 pontos se</b> < 90% e = ou > 50% receberam <b>2 pontos se</b> < 50% e > ou = 10% dos profissionais receberam capacitação <b>0 ponto se</b> < que 10% receberam capacitação
	<b>SUBTOTAL</b>				<b>139</b>	cálculo da pontuação obtida= regra de três simples

## APÊNDICE 03

### ROTEIRO PARA VERIFICAÇÃO DA ESTRUTURA

#### AMBULATORIAL

##### Estrutura – recursos físicos e materiais

- 1- Os consultórios dispõem de equipamentos e instrumentos mínimos para o atendimento.

<b>Recursos físicos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Salas ventiladas e iluminadas		
Salas com no mínimo 16m <sup>2</sup>		
Local para secretaria com mesa e cadeira		
Sala de espera com cadeira para amamentação		
Pia para lavagem de mãos		
Dispensador de preparação alcoólica para cada sala		

<b>Recursos materiais</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Prontuários com resumo de alta dos pacientes		
Normas do Método Canguru expostas		
Mesa para atendimento com pelo menos duas cadeiras		
Mesa para exame físico com colchonete		
1 balança pesa bebê		
1 balança tipo adulto com antropômetro		
Régua antropométrica		
Fita métrica de plástico inextensível		
Termômetro digital		
Abaixador de língua		
Oftalmoscópio		
Estetoscópio		
Otoscópio		
Material específico de cada profissional		

## APÊNDICE 04

### ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS

NOME:

FUNÇÃO:

TEMPO DE SERVIÇO NO AMBULATÓRIO

#### I- Estrutura – recursos físicos e materiais

- 2- Os consultórios dispõem de equipamentos e instrumentos mínimos para o atendimento.

<b>Recursos físicos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Salas ventiladas e iluminadas		
Salas com no mínimo 16m <sup>2</sup>		
Local para secretaria com mesa e cadeira		
Sala de espera com cadeira para amamentação		
Pia para lavagem de mãos		
Dispensador de preparação alcoólica para cada sala		

<b>Recursos materiais</b>	<b>sim</b>	<b>Não</b>
Prontuários com resumo de alta dos pacientes		
Normas do Método Canguru expostas		
Mesa para atendimento com pelo menos duas cadeiras		
Mesa para exame físico com colchonete		
1 balança pesa bebê		
1 balança tipo adulto com antropômetro		
Régua antropométrica		
Fita métrica de plástico inextensível		
Termômetro digital		
Abaixador de língua		
Oftalmoscópio		
Estetoscópio		
Otoscópio		
Material específico de cada profissional		

#### II- Processo – educação, assistencial, organizacional, referência e contra-referência

- 3- Você recebeu alguma capacitação para atuar na equipe?

( ) sim      Onde: \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_\_\_

( ) não

4- A equipe realiza atividades educativas para os pais e/ou responsáveis?

( ) sim

Tipo de atividade realizada: ( ) individual ( ) coletiva

Quais profissionais realizam as atividades?

\_\_\_\_\_

( ) não

5- Existe uma rede social de apoio ao aleitamento materno?

( ) sim ( ) não

6- Sobre a posição canguru, você:

( ) observa e incentiva a posição canguru até a criança atingir o peso de 2500g

( ) somente observa ou incentiva

( ) não realiza nenhuma das atividades

7- Sobre o aleitamento materno, você:

( ) avalia, incentiva, encoraja e apoia

( ) avalia ou incentiva, encoraja e apoia

( ) nenhuma das atividades

8- Você realiza o exame físico do bebê baseado nas normas, levando em conta a idade gestacional corrigida, de:

Pesagem	SIM	NÃO
preenchimento do gráfico de peso		
medição da estatura		
preenchimento do gráfico de estatura		
medição do perímetro cefálico		
preenchimento do gráfico de perímetro cefálico		
preenchimento da ficha de desenvolvimento		

9- Você faz inspeção e observação do comportamento da criança?

( ) sim

( ) não

10- Na avaliação do desenvolvimento da criança:

Você realiza investigação da história:

	Sim	Não
familiar - é sobre doenças na família não só para aquela gestação, mas também outras, como doenças crônicas – hipertensão e diabetes, psiquiátricas, neurológicas, genéticas...) antecedentes de parto prematuro...		
Pré-natal		
Perinatal		

11- Solicita exames , como a ultrassom transfontanelar?

sim       não

11.1 Se sim, há garantia de realização desse procedimento?

sim       não

12- Solicita avaliação oftalmológica?

sim       não

12.1 Se sim, há garantia de realização desse procedimento?

sim       não

13- Solicita triagem auditiva?

sim       não

13.1 Se sim, há garantia de realização desse procedimento?

sim       não

14- Monitora o uso dos medicamentos prescritos?

sim       não

15- Realiza avaliação do equilíbrio psicoafetivo entre o bebê e sua família?

sim       não

Se sim, de que forma:

Se não, por que:

16- Faz identificação de situações de risco biológico e/ou de risco social/ambiental?

- Biológico

ganho de peso inadequado

sinais de refluxo gastresofágico

infecções

- apneias
- outras \_\_\_\_\_
- não realiza
- Social/ambienta
- baixa escolaridade materna
- mãe adolescente
- baixo nível socioeconômico
- abuso de substâncias como: drogas, álcool, fumo
- ausência de pré-natal
- outras: \_\_\_\_\_
- não realiza

17- Sobre os tratamentos especializados, você:

- encaminha e acompanha o tratamento da criança
- somente encaminha
- nenhuma das atividades

17.1 Há garantia dos atendimentos com os especialistas?  sim  não

18- Você realiza orientação quanto ao esquema adequado de imunização?

- sim  não

19- Você avalia o cartão de imunização?

- sim  não

20- Você faz o agendamento de retorno da criança?

- sim  não

21- A sua agenda é aberta para atendimento em caso de necessidade fora da data marcada?

- sim  não

22- A primeira consulta com a criança é realizada dentro das 48 horas após a alta hospitalar?

- sim  não

23- Há preenchimento e organização de prontuário?

- sim  não

23.1 Em caso positivo, esse prontuário é único para todos os profissionais?

- sim  não

24- Ocorre realização de referência e contra-referências das crianças para as UBS para os municípios de residência ?

( ) sim      ( ) não

## **APÊNDICE 05**

### **ROTEIRO PARA VERIFICAÇÃO DE PRONTUÁRIOS**

- 1- Profissionais que realizam atendimento
- 2- Resumo de alta hospitalar
- 3- Posição canguru
- 4- Orientação sobre amamentação
- 5- Exame físico
  - 5.1 Pesagem
  - 5.2 Medições de estatura
  - 5.3 Perímetro cefálico
  - 5.4 Desenvolvimento motor
  - 5.5 Desenvolvimento motor oral
  - 5.6 Desenvolvimento cognitivo-social
  - 5.7 Desenvolvimento auditivo-verbal
- 6- Investigação da história
  - 6.1 Familiar
  - 6.2 Pré-natal
  - 6.3 Perinatal
- 7- Encaminhamentos
  - 7.1 Teste da orelhinha
  - 7.2 Teste do olho
  - 7.3 USTF
- 8- Monitoramento dos medicamentos prescritos

- 9- Equilíbrio psicoafetivo
- 10- Sinais de risco
  - 10.1 Ganho de peso inadequado
  - 10.2 Sinais de refluxo
  - 10.2 Infecções
  - 10.4 Apneias
  - 10.5 Baixa escolaridade
  - 10.6 Mãe adolescente
  - 10.7 Baixo nível sócio-econômico
  - 10.8 Abuso de substâncias
  - 10.9 Ausência de pré- natal
- 11- Imunização
- 12- Agendamento de retorno
- 13- Primeira consulta pós alta

## APÊNDICE 06

### ENTREVISTA COM AS MÃES

NOME:

CIDADE:

DATA DE NASCIMENTO DO BEBÊ:

- 1- Após alta hospitalar, seu bebê foi encaminhado para o ambulatório da maternidade?  
 sim       não  
Se sim, para qual (is) profissional (is)?  
 Pediatra       Fonoaudiólogo  
 Fisioterapeuta       Nutricionista  
 Outro: \_\_\_\_\_
  
- 2- Qual o período que seu filho teve a primeira consulta após a alta hospitalar?  
 até as 48 horas após a alta  
 após 48 horas após a alta  
- quantos dias?
  
- 3- Seu filho (a) está sendo acompanhado por qual (is) profissional (is), no ambulatório da maternidade?  
 Pediatra       Fonoaudiólogo  
 Fisioterapeuta       Nutricionista  
 Dentista       Outro: \_\_\_\_\_
  
- 4- Você foi orientada a permanecer com seu bebê na posição canguru, até ele completar 2.500g?  
 não       sim  
Se sim, por qual (is) profissional (is)?  
Se não, até que peso?
  
- 5- Você recebeu alguma orientação sobre amamentação?  
 não       sim  
Se sim, por qual (is) profissional (is)?  
Que informação?

6- Sobre o exame físico do bebê:

	PROFISSIONAL(IS)	SIM	NÃO
Preenchimento do gráfico de peso			
Medição da estatura			
Preenchimento do gráfico de estatura			
Medição do perímetro cefálico			
Preenchimento do gráfico de perímetro cefálico			
Preenchimento da ficha de desenvolvimento			
Pesagem			

7- Que exames foram solicitados?

	NÃO	SIM	PROFISSIONAL(IS)
U.S Transfontanelar			
Teste da orelhinha			
Teste do olhinho			

8- Quanto ao cartão de vacina, qual (is) profissional (is) faz a avaliação e orientação?

- ( ) Pediatra      ( ) Fonoaudiólogo  
 ( ) Fisioterapeuta      ( ) Nutricionista  
 ( ) Outro

9- Conferido no cartão da criança o registro:

- Medidas antropométricas      ( ) Sim      ( ) Não  
 Vacinas      ( ) Sim      ( ) Não

## APÊNDICE 7

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Título do estudo:** Estudo avaliativo do programa de seguimento ambulatorial do recém-nascido de baixo peso na maternidade de referência em alto risco no estado do Piauí

**Pesquisadora:** Sheila Melo de Miranda

**Telefone para contato:** 86 9984-2119

**Instituição/Departamento:** IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

**Telefone para contato:** 86 9984-2119

**Local da coleta de dados:** Maternidade Dona Evangelina Rosa, Av. Higino Cunha s/n, bairro: Cristo Rei

**Instrumento de coleta de dados:** Questionário estruturado contendo questões relativas a estrutura ambulatorial (recursos físicos e materiais), bem como as práticas e rotinas clínicas dos profissionais.

Prezada Senhor (a):

- Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste formulário de forma totalmente voluntário.
- Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

**Objetivo do estudo:** Avaliar o programa de seguimento ambulatorial do recém-nascido de baixo peso da maternidade de referencia em alto risco no estado do Piauí.

**Riscos.** Você poderá sentir-se constrangido em responder alguma questão, entretanto garantimos sigilo das informações.

**Sigilo.** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Teresina, \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

N. identidade

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista - Recife - PE - Brasil. CEP 50070-550.

Tel. (81) 2122.4100 - Fax: (81) 2122.4703 - E-mail: [imip@imip.org.br](mailto:imip@imip.org.br) - Caixa Postal

1393