**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**PROJETO FLORESCE UMA VIDA: POTENCIALIDADES PARA O CUIDADO
INTEGRAL AO RECÉM-NASCIDO**

Maria Cândida de Carvalho Furtado

**Ribeirão Preto
2007**

MARIA CÂNDIDA DE CARVALHO FURTADO

**PROJETO FLORESCE UMA VIDA: POTENCIALIDADES PARA O CUIDADO
INTEGRAL AO RECÉM-NASCIDO**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública
Inserida na Linha de Pesquisa: Assistência à Criança e ao Adolescente.

Orientadora: Carmen Gracinda Silvan Scochi

**Ribeirão Preto
2007**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Furtado, Maria Cândida de Carvalho
Projeto Floresce uma Vida: potencialidades para o cuidado integral ao recém-nascido, 2007.
148 f.; 30cm.

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública – Linha de Pesquisa: Assistência à criança e ao adolescente.

Orientador: Scochi, Carmen Gracinda Silvan.

Avaliação em saúde; Assistência integral à saúde; Atenção primária à saúde; recém-nascido.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Cândida de Carvalho Furtado

Projeto Floresce uma Vida: potencialidades para o cuidado integral ao recém-nascido.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Enfermagem. Área de concentração:
Enfermagem em Saúde Pública

Aprovado em : ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu

Assinatura: _____

Prof. Dr. Gutemberg Melo Rocha

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

RESUMO

FURTADO, M. C. C. **Projeto Floresce uma Vida: potencialidades para cuidado integral ao recém-nascido**. 2007. 148 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007

Estudo descritivo exploratório com o objetivo geral de contribuir para uma avaliação do Projeto Floresce uma Vida em um município do interior do estado de São Paulo, em seus componentes de estrutura e processo desenvolvidos em uma das etapas de sua proposta original, que propõe a articulação da atenção hospitalar com a rede básica de serviços públicos de saúde, na perspectiva da saúde integral ao recém-nascido (RN). Como objetivos específicos buscou-se descrever a área física, os recursos humanos e materiais disponibilizados para a realização das atividades; descrever o processo de trabalho da equipe que atua nas maternidades, incluindo as ações desenvolvidas com a clientela e as articulações com outros setores e serviços do hospital e rede básica de saúde; comparar o processo efetivamente realizado com o preconizado pelo próprio Projeto Floresce uma Vida e pelo Ministério da Saúde; apreender a visão dos profissionais de saúde envolvidos no Projeto sobre a atenção integral ao RN, a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde. O referencial teórico foi o modelo de avaliação de qualidade proposto por Avedis Donabedian. A coleta de dados foi realizada na Secretaria Municipal da Saúde (SMS) do município, em três maternidades vinculadas ao SUS, dois Núcleos de Saúde da Família e um ambulatório de atendimento especializado. Utilizou-se entrevista semi-estruturada com os 15 profissionais de saúde envolvidos no Projeto, observação não participante do trabalho executado pela equipe de enfermagem da SMS nas maternidades e análise documental. Identificou-se no documento original, a ausência de dados referentes à estrutura necessária para seu funcionamento, não constando dados relativos aos recursos humanos, físicos e materiais necessários para a realização do Projeto. Mediante a análise das entrevistas os dados empíricos foram agrupados em categorias, emergindo os temas: *“Finalidades do Projeto Floresce uma Vida: as concepções e os avanços”*; *“Acessibilidade: possibilitando a entrada do RN no serviço básico de saúde”*; *“Compreendendo a criança na sua integralidade”*; *“A continuidade do cuidado para mãe e criança”*; *“Coordenação da atenção: compartilhando informações, aprimorando a atenção à mãe e à criança”*; *“Ações que permeiam o trabalho no Projeto Floresce uma Vida e os desafios para a qualidade do cuidado”*. A avaliação do processo evidenciou fortalezas, como a freqüente articulação intra e extra-hospitalares, o agendamento do RN na puericultura, o encaminhamento para serviços preventivos quando necessário, a realização de visitas domiciliares diante de situações de riscos e a interação e comunicação entre os diferentes serviços envolvidos. Porém, observou-se certa fragilidade nas relações entre algumas unidades de saúde e outros serviços disponibilizados à criança, como falta de conhecimento do que cada serviço está oferecendo. O desafio atual é revitalizar as articulações entre os serviços de saúde na perspectiva do cuidado integral à saúde, procurando garantir acesso aos níveis de atenção à saúde e a efetividade dos princípios como primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, em um constante processo reconstrutivo.

Palavras chave: Avaliação em saúde; Assistência integral à saúde; Atenção primária à saúde; Recém-nascido.

SUMMARY

FURTADO, M. C. C. *"Floresce uma Vida"* Project: potentialities to newborn integrality care. 2007. 148 f. Dissertation (Doctoral) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2007.

A descriptive study that aims to make a contribution to the evaluation of the components of structure and process of the *"Floresce uma Vida"* project in a city in the state of São Paulo. The components were developed in one of the phases of the original proposal and articulate hospital care and public health care, based on newborn integral care. The specific aims are to describe the physical area, human resources and materials available to develop activities; to describe the work process of the maternity team including client and other service sector relationships; to compare activities developed with those recommended in the original project and by the Ministry of Health; to understand the team's views on newborn integral care, based on the Brazilian National Health System (SUS) and Primary Health Care. Donabedian model of quality evaluation was used. Empirical data was collected at the Municipal Health Department, three public maternities, two Family Health Units and one specialized outpatient clinic. Semi-structural interviews with health teams, non participant observation of team work on maternities and documental analysis were used. We identified that there was no data about the necessary structure for the project to function, nor data about human, physical and material resources in the original documents. From the interview analysis, empirical data was grouped into categories, emerging themes: *"Purposes of Floresce uma vida: conception and progress"*; *"Accessibility: providing access for the newborn into the public health service"*; *"Understanding the child in it's integrality"*; *"Continuity of care for mother and child"*; *"Coordinating care: exchanging information to improve care"*; *"Actions of Floresce uma Vida and challenges to improve care"*. Process evaluation showed strengths such as: frequent intra and extra hospital articulations; referrals to preventive health services; the making of appointments to start puericulture; requests of home visits especially when risks were identified and interactions and communication between different health services. However, we noted some fragile relationships between health units and other health services, such as poor knowledge about how each service works. Our challenge is to revitalize articulation between health services from the perspective of integral health care. Also to guarantee access to all levels of health care and to respect the principles: first contact, longitudinality, integrality and coordinated care, in a constant reconstructive process.

Key words: Health service evaluation; Comprehensive health care; Primary health care; newborn.

RESUMEN

FURTADO, M. C. C. **Proyecto Florece una Vida: potencialidades para cuidado integral al recién-nacido**. 2007. 148 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

Se trata de un estudio descriptivo exploratorio con el objetivo de contribuir para una evaluación del Proyecto Florece una Vida en un municipio del interior de la provincia de São Paulo, en sus componentes de estructura y proceso desarrollados en una de las etapas de propuesta original, que propone la articulación de la atención hospitalar con la red básica de servicios públicos de salud, en la perspectiva de la salud integral al recién-nacido (RN). Como objetivos específicos se buscó describir el área física, los recursos humanos y materiales disponibles a la realización de las actividades; describir el proceso de trabajo de la equipe que actúa en las maternidades, incluyendo las acciones junto a la clientela y las articulaciones con otros sectores y servicios del hospital y red básica de salud; comparar el proceso efectivamente realizado con el preconizado por el propio Proyecto Florece una Vida y el Ministerio de la Salud; aprehender la visión de los profesionales de salud involucrados sobre la atención integral al RN, a partir de los principios del Sistema Único de Salud (SUS) y de la Atención Primaria a la Salud (APS). El referencial teórico fue el modelo de evaluación de calidad propuesto por Avedis Donabedian. La recoleta de datos fue realizada en la Secretaria Municipal de la Salud del municipio, en tres maternidades vinculadas al SUS, en dos Núcleos de Salud de Familia (NSF) y en uno ambulatorio de atención especializada. Se utilizó entrevista semi-estructurada con 15 profesionales de salud involucrados en el Proyecto, observación no participante del trabajo ejecutado por el equipo de enfermería de la SMS en las maternidades y análisis documental. Se identificó en el documento original, la ausencia de datos referentes a la estructura necesaria para su funcionamiento, no constando datos relativos a los recursos humanos, físicos y materiales necesarios para la realización del Proyecto. Por el análisis de las entrevistas, los datos empíricos fueron agrupados en categorías, emergiendo los temas: *“Finalidades del Proyecto Florece una Vida: concepciones y avances”*; *“Accesibilidad: posibilitando la entrada del RN en el servicio básico de salud”*; *“Comprendiendo el niño en su integralidad”*; *“La continuidad del cuidado a la madre y al niño”*; *“Coordinación de la atención: compartiendo informaciones para mejoría de la atención”*; *“Acciones involucradas en el trabajo del Proyecto Florece una Vida y los desafíos para la calidad del cuidado”*. La evaluación del proceso evidenció fortalezas, como las frecuentes articulaciones intra y extra-hospital; la realización de encaminamientos para servicios preventivos, agendamientos para inicio de puericultura; solicitud de visitas domiciliarias delante de la identificación de riesgos y la interacción y comunicación entre los diferentes servicios involucrados. Sin embargo, se observó cierta fragilidad en las relaciones entre algunas unidades de salud y otros servicios disponibles al niño, como conocimiento débil a respecto del que cada servicio ofrece. El desafío actual es revitalizar las articulaciones entre los servicios de salud en la perspectiva del cuidado integral a la salud, a fines de garantizar acceso a los niveles de atención a la salud y la efectividad de los principios: primero contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación, en un constante proceso reconstructorio.

Palabras claves: Evaluación en salud; Atención integral a salud; Atención primaria de salud; Recién nacido.

Lista de figuras

Figura 1 – Número de nascidos vivos residentes em Ribeirão Preto no Hospital 1

Figura 2 – Número de nascidos vivos residentes em Ribeirão Preto no Hospital 2

Figura 3 – Número de nascidos vivos residentes em Ribeirão Preto no Hospital 3

Figura 4 - Total de recém-nascidos cadastrados, agendados e não agendados no Hospital 1.

Figura 5 – Fatores relacionados ao não agendamento no Hospital 1.

Figura 6 – Total de recém-nascidos cadastrados, agendados e não agendados no Hospital 1.

Figura 7 – Fatores relacionados ao não agendamento no Hospital 2.

Lista de quadros

Quadro 1 – Atividades desenvolvidas pelas profissionais do Projeto Floresce uma Vida nas maternidades SUS, segundo interação com as puérperas.

Quadro 2 - Atividades desenvolvidas pelas profissionais do Projeto Floresce uma Vida nas maternidades SUS, segundo interação com outros profissionais/setores.

Lista de abreviaturas

APAE	Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
CAA	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas
CIEE	Centro Integrado Empresa Escola
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CSE	Centro de Saúde Escola
DAB	Departamento de Atenção Básica
DIR	Direções Regionais de Saúde
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DST/AIDS	Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HC	Hospital das Clínicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NADEF	Núcleo de Atenção ao Deficiente
NALMA	Núcleo de Aleitamento Materno
NGA	Núcleo de Gestão Assistencial
NSF	Núcleo de Saúde da Família
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PALMA	Programa de Aleitamento Materno
PAM	Posto de Atendimento Médico
PRODAF	Programa de Saúde dos Deficientes Auditivos e Fissurados
PSF	Programa Saúde da Família
RN	Recém-Nascido
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados.
SICAEV	Sistema de Coleta e Análise de Estatísticas Vitais
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SMS-RP	Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
TRO	Terapia de Rehidratação Oral
UBDS	Unidade Básica e Distrital de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USB	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VD	Visita Domiciliária

Sumário

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Atenção integral à saúde da criança	16
2 OBJETIVOS	29
2.1 Objetivo geral.....	29
2.2 Objetivos específicos	29
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	31
3.1 Referencial teórico	31
3.2 Local do estudo	38
3.3 Projeto Floresce uma Vida: estratégia para atendimento a recém-nascidos	40
3.4 Aspectos éticos	47
3.5 Coleta e registro dos dados	48
3.6 Análise dos dados	52
4 RESULTADOS e DISCUSSÃO	54
4.1 Projeto Floresce uma Vida: dimensão estrutura.....	54
4.2 Ações do Projeto Floresce uma Vida nas maternidades: dimensão processo	59
4.2.1 Atenção integral ao recém-nascido: as informações do Projeto Floresce uma Vida como instrumento de gestão do serviço.....	68
4.3 Percepção dos profissionais de saúde sobre o Projeto Floresce uma Vida	77
4.3.1 Finalidades do Projeto Floresce uma Vida: as concepções e os avanços ...	79
4.3.2 Acessibilidade: possibilitando a entrada do RN no serviço básico de saúde	82
4.3.3 Compreendendo o binômio mãe-filho na sua integralidade	90
4.3.4 A continuidade do cuidado para mãe e criança.....	97
4.3.5 Coordenação da atenção: compartilhando informações, aprimorando a atenção à mãe e à criança.....	101
4.3.6 Ações que permeiam o trabalho no Projeto Floresce uma Vida e os desafios para a qualidade do cuidado	109

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
6 REFERÊNCIAS.....	123
ANEXOS	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICES	Erro! Indicador não definido.

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Desde 2001 colaboro no ensino de enfermagem e em atividades de extensão à comunidade na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, tendo como foco de atenção o processo de nascimento na perspectiva da família.

Atuando em diferentes cenários de ensino teórico-prático, como maternidade e unidade de saúde da família, tive a oportunidade de vivenciar vários aspectos da relação mãe e filho que se inicia ao nascimento, percorre o período em que o binômio permanece no alojamento conjunto até o domicílio, após a alta hospitalar.

Nesses contextos assistenciais, apreendi as dificuldades encontradas pelas mães no processo de amamentação e no manejo do bebê, com ou sem suporte familiar.

Com a preocupação focada no recém-nascido, no sentido da articulação dos serviços de saúde para a continuidade do cuidado e considerando a relevância dessa articulação entre os diferentes níveis de atenção (hospitalar e rede básica), entendo como importante a avaliação das ações desenvolvidas pelo Projeto Floresce uma Vida no município de Ribeirão Preto-SP.

Acredito que o desenvolvimento desse estudo poderá trazer subsídios para o aprimoramento do Projeto Floresce uma Vida com melhoria da assistência prestada à população a que se destina.

Essa investigação contou com a participação de diversos atores que me auxiliaram nas discussões do assunto, seja na prática profissional, seja nas reuniões do próprio projeto. Assim, nada mais justo que usar, nesse trabalho, o pronome na primeira pessoa do plural.

Esse estudo, que foi dividido em quatro partes, tem na primeira delas a exposição sobre as mudanças nacionais e estaduais nos perfis de morbimortalidade infantil nas últimas décadas e as políticas públicas desenvolvidas para atuar no sentido de melhoria dessa situação, o que nos permite apreender como está sendo configurada a assistência à criança. Na sequência, apresentamos os objetivos propostos.

A seguir, descrevemos o referencial teórico metodológico que nos guiou na realização da avaliação do Projeto Floresce uma Vida como também a metodologia utilizada para a realização do estudo.

Na quarta parte apresentamos os resultados, discutindo os dados empíricos à luz dos princípios do Sistema Único de Saúde e da Atenção Primária à Saúde, que organizamos em seis temas: *“Finalidades do Projeto Floresce uma Vida: as concepções e os avanços”*; *“Acessibilidade: possibilitando a entrada do RN no serviço básico de saúde”*; *“Compreendendo a criança na sua integralidade”*; *“A continuidade do cuidado para mãe e criança”*; *“Coordenação da atenção: compartilhando informações, aprimorando a atenção à mãe e à criança”*; *“Ações que permeiam o trabalho no Projeto Floresce uma Vida e os desafios para a qualidade do cuidado”*.

Finalizando, traçamos algumas considerações sobre o estudo, procurando apontar as fortalezas e fragilidades encontradas na avaliação do Projeto Floresce uma Vida, de modo a promover discussões que possam aprimorar o olhar integral ao recém-nascido no município de Ribeirão Preto.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

A assistência à criança vem se transformando em decorrência da mudança dos perfis epidemiológico e demográfico da população infantil e geral, dos avanços científicos, da incorporação de tecnologias, da participação das mães e dos pais na assistência, do reconhecimento da importância do trabalho multiprofissional e da preocupação com a qualidade de vida e os direitos humanos.

Entendendo a criança inserida em um contexto social e familiar, a compreendemos como um sujeito social que vive em interação constante com o meio. No contexto de saúde que envolve esses sujeitos, é imprescindível a indissociabilidade do processo de cuidar, por meio da integralidade das ações de saúde.

O tema central desse estudo é o Projeto Floresce uma Vida dentro do Programa de Saúde da Criança do Adolescente da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP) no contexto da atenção ao recém-nascido (RN), na perspectiva do cuidado integral à saúde.

Para contextualizar nosso objeto de estudo, inicialmente abordaremos a atenção integral à saúde da criança, apresentando indicadores de mortalidade infantil, causas de óbitos, políticas públicas de saúde nacionais visando sua redução e a organização da assistência integral à criança. A seguir, apresentaremos as diretrizes do Programa Floresce uma Vida, foco da presente investigação.

1.1 Atenção integral à saúde da criança

O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) é um indicador capaz de refletir não somente aspectos biológicos da saúde de crianças, mas também sua qualidade de vida, especialmente entre menores de um ano e sua redução é uma das principais metas da atual política para a infância proposta pela Organização Mundial de Saúde (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. UNICEF, 2006).

Pela amplitude deste indicador, ele também reflete o grau de desenvolvimento de um país e, assim, em 2005, países desenvolvidos como Austrália e Canadá apresentaram taxa de mortalidade infantil de 5 por mil nascidos vivos (NV) e de mortalidade neonatal de 3 por mil NV. A França e os Estados Unidos apresentaram taxa de mortalidade infantil de 4 por mil NV e 7 por mil NV e de mortalidade neonatal de 2 por mil NV e 4 por mil NV, respectivamente. Cuba apresentou taxa de país desenvolvido: 5 por mil NV para a mortalidade infantil e 4 por mil NV para a neonatal. Entre os países em desenvolvimento, destacamos a situação da Argentina, onde a taxa de mortalidade infantil foi de 14 por mil NV e neonatal de 10 por mil NV e o Brasil, com taxa de mortalidade infantil de 28 por mil NV neonatal de 13 por mil NV (WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO, 2007).

O enfrentamento dos fatores condicionantes e determinantes da mortalidade infantil tem sido um desafio constante para a comunidade internacional nas últimas décadas. No Brasil, o Ministério da Saúde tem buscado aperfeiçoar as políticas públicas de atenção à criança, implementado ações de promoção à saúde e qualificando a assistência oferecida a este grupo (UNICEF, 2006).

Consequentemente, o CMI vem apresentando um comportamento descendente no país como um todo. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), há 25 anos a mortalidade infantil era de 82,8 por mil NV e em 2004 passou a ser 26,6 por mil NV. Considerando o período de 10 anos, entre 1994 e 2004, o decréscimo foi de 32,6%. Apesar desses avanços, o país ainda é considerado em situação intermediária, já que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a mortalidade infantil é considerada baixa quando está abaixo de 20 por mil NV, alta quando está acima de 50 por mil NV e média entre 20 e 49 por mil NV (UNICEF, 2006).

Como este coeficiente está diretamente relacionado às condições de vida, incluindo saneamento básico, alimentação, vacinação e qualidade da atenção prestada à criança, discutir o valor médio num país com as dimensões e contrastes do Brasil pode encobrir importantes variações regionais. Assim, a análise deve ser desagregada, pelo menos, segundo regiões geográficas, sendo os valores mais altos encontrados na região nordeste e os mais baixos nas regiões sul e sudeste (SIMÕES, 2002; UNICEF, 2006).

O Estado de São Paulo também tem apresentado diminuição contínua no CMI. No início da década de 70 estava acima de 85 por mil NV, em 2000 diminuiu para 16,9 por mil NV e em 2004 estava em 14,2/1000 NV. Esta redução ocorreu em todos os componentes da mortalidade infantil, sendo o componente pós-neonatal o de maior queda (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. SEADE, 2005).

Pelo exposto, pode-se afirmar que existem diferenças nos dois componentes da mortalidade infantil – o neonatal ou infantil precoce, que compreende os casos de crianças falecidas até o 27º dia de vida e o pós-neonatal ou infantil tardia, referente às crianças falecidas entre 28 dias e um ano de idade. Esta divisão didática foi elaborada há décadas para se avaliar as causas “endógenas”, prevalentes no período neonatal, relacionadas às condições desfavoráveis dos recém-nascidos, tais como imaturidade e anomalias congênitas e as causas “exógenas”, com maior incidência no período pós-neonatal, produtos da atuação das condições ambientais sobre as crianças (BRASIL, 1998).

Estatísticas recentes apontam que os óbitos infantis têm se concentrado nos primeiros dias de vida, sendo que em São Paulo, no ano 2004, 49% ocorreram na primeira semana e 68% até o primeiro mês de vida (SEADE, 2005). Indicadores nacional e estaduais evidenciam que, em geral, a redução da mortalidade infantil decorreu mais do decréscimo do componente pós-neonatal, já que o neonatal passou a ser proporcionalmente maior, embora também tenha decrescido.

A OMS recomenda, então, que se busque a redução da mortalidade neonatal e esta se refere, em sua maioria, à primeira semana de vida ou período neonatal precoce. No Brasil, de 1990 a 1996, este componente da mortalidade infantil manteve-se estável em torno de 15 a 17 por mil NV (SEADE, 2005).

No Estado de São Paulo, dentre as principais causas de mortalidade infantil estão as afecções perinatais, representando 44,7% em 1985 e 57% em 2004. Apesar de, no geral, ter havido um aumento nas causas de morte perinatais, as doenças do aparelho respiratório apresentaram queda, respondendo por 16,7% em 1985 e 6,7% em 2004. Esta redução também é encontrada nas doenças infecciosas e parasitárias, que tinham taxa de 15,6% em 1985 e passaram a 4,8% em 2004. Considerando as Direções

Regionais de Saúde (DIR¹) paulistas, os menores CMI foram obtidos em Ribeirão Preto e Araraquara, ambas com menos de 12 óbitos por mil NV (SEADE, 2005).

De acordo com o relatório do UNICEF, reduzir a mortalidade infantil implica em responsabilizar-se com a meta estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2002, no documento “Um mundo para as crianças”, ou seja, diminuir em dois terços os óbitos de crianças menores de um ano e de crianças menores de 5 anos, até 2015. Para tanto, o governo brasileiro traçou diretrizes visando atingir CMI de 24 por mil NV em 2007. Signatário do documento, o governo brasileiro traça diretrizes com a meta de atingir o CMI de 24 e 16 por mil NV, em 2007 e 2015, respectivamente (UNICEF, 2006).

Porém, não basta alcançar as metas de redução da mortalidade infantil, pois há outros desafios importantes a superar. O primeiro deles é diminuir a iniquidade da mortalidade infantil no país, que varia de 17,9 por mil na região sul a 41,4 por mil no nordeste, em 2002, chegando a 57,7 por mil em Alagoas. Além disso, uma análise aprofundada do problema revela que, nos últimos anos, a mortalidade pós-neonatal (de 28 a 364 dias) caiu significativamente, enquanto que a neonatal (até 27 dias) se manteve relativamente estável, estando em 9,6 e 18,2 por mil, respectivamente, em 2002 (UNICEF, 2006).

Estes dois componentes da mortalidade infantil têm significados distintos, apesar de apresentarem muitos determinantes socioeconômicos em comum. A mortalidade infantil pós-natal está vinculada mais a fatores socioeconômicos e ambientais, ou seja, às condições de vida da criança, enquanto que a mortalidade neonatal relaciona-se, principalmente, às condições da gestação e do nascimento, sendo influenciada por fatores biológicos e assistenciais relativos ao pré-parto, parto e RN, exigindo complexa infra-estrutura hospitalar e recursos humanos qualificados para sua redução (UNICEF, 2006).

Um dos aspectos a ser considerado quando se fala em esforços para a redução da mortalidade infantil é que hoje, no Brasil, a maior parte dos óbitos concentra-se no primeiro mês de vida, evidenciando a importância dos fatores relacionados à gestação, parto e pós-parto (UNICEF, 2006).

¹ Com o Decreto Estadual nº 51433 de 28/12/2006 passou a ser denominado Departamento Regional de Saúde (DRS).

No intuito de prevenir ou reduzir a ocorrência de óbitos nesta faixa etária é necessário o acompanhamento com qualidade do pré-natal, durante o parto e pós-parto e também o acompanhamento do neonato. Sendo assim, o Brasil pretende, com a promoção de políticas públicas diferenciadas, atender às necessidades iminentes na assistência perinatal. Neste sentido, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, proposto em 2004, mostra-se relevante, já que estes indicadores são considerados sensíveis para evidenciar as condições de vida e de saúde de uma população. Portanto, ações governamentais são necessárias para a melhoria da qualidade da assistência prestada a mulheres e recém-nascidos (RN), como também ações intersetoriais, articulando-se os diferentes segmentos da sociedade civil organizada (BRASIL, 2004a).

Este Pacto constitui-se em movimento político fundamentado na estrutura, nos programas e nas ações do setor saúde, não se restringindo apenas a este. Consiste na execução de um conjunto de ações articuladas, das diferentes esferas do governo, pela qualificação da atenção obstétrica e neonatal. Dentre as ações estratégicas assumidas está a garantia de que mulheres e RN tenham atendimento e que sejam transferidos para unidade de maior complexidade, quando necessário, tão logo seja possível. Também prevê a expansão da atenção básica, a partir da Estratégia Saúde da Família e a aderência à iniciativa “Primeira Semana: Saúde Integral”, intensificando-se os cuidados ao RN e à puérpera na primeira semana após o parto. Para tanto, procura-se melhorar a cobertura e reforçar a vinculação da mulher e do RN à unidade básica de saúde, avaliando ambos, orientando e apoiando o aleitamento materno, a vacinação da puérpera e do RN, o teste do pezinho, a orientação para contracepção e o agendamento da consulta de puericultura e puerpério. Prevê, ainda, a organização do acesso, integrando os níveis de gestão, garantindo a continuidade do cuidado (BRASIL, 2004a).

Aliada a este, destaca-se a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004b). O compromisso é pela promoção da saúde e bem-estar das crianças, em consonância com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que estabelece que o bem-estar seja de responsabilidade da família, do Estado e da sociedade (BRASIL, 1999).

A redução do CMI constitui ainda, um grande desafio no País para os gestores, profissionais de saúde e sociedade, pois apesar da queda importante na última década, os índices ainda são elevados, há uma estagnação da mortalidade neonatal e uma concentração nas regiões e populações mais pobres, refletindo as desigualdades sociais. Tal situação é agravada ao se reconhecer que a maioria das mortes precoces pode ser evitada pelo acesso em tempo oportuno a serviços de saúde resolutivos e qualificados (BRASIL, 2004b).

A Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil possui proposta de operacionalização de ações prioritárias e que “não podem deixar de ser realizadas para o alcance de resultados mais positivos para a população infantil nos diversos níveis de organização do SUS”. Assim, o governo assume um compromisso, um pacto pela qualificação da atenção à criança e redução da mortalidade infantil, com destaque para a neonatal, responsabilizando-se pela prevenção dessas mortes precoces e evitáveis, em um movimento de defesa da vida. Dentre as cinco linhas de cuidado para superar a desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde e a garantia do cuidado integral, destacamos aquela pertinente ao presente estudo: atenção humanizada e qualificada à gestante e ao RN (BRASIL, 2004b).

Na Agenda estão organizadas as principais diretrizes a serem seguidas no que diz respeito ao desenvolvimento de políticas públicas de atenção à criança, devendo ser utilizada como ferramenta de trabalho para auxiliar gestores estaduais e municipais no processo de reorganização da rede de assistência em seus vários níveis. O foco é a criança em toda e qualquer possibilidade que se apresente: na unidade de saúde, no domicílio ou em espaços coletivos (creche, pré-escola, escola), beneficiando-a com um cuidado integral e multiprofissional, compreendendo suas necessidades e direitos como indivíduo. Como cuidado integral entende-se a responsabilidade de disponibilizar a atenção necessária em todos os níveis, desde a promoção à saúde até o nível mais complexo de assistência (BRASIL, 2004b).

Este Compromisso de atenção à criança entende que a promoção da saúde integral e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para a melhoria da qualidade de vida da criança, ou seja, que ela possa desenvolver todo o seu potencial.

Sendo assim, a Agenda busca apoiar a organização da assistência à população infantil e possibilitar aos gestores e profissionais de saúde a identificação das ações prioritárias para a saúde da criança. Propõe a definição de diretrizes para a identificação das linhas de cuidado integral, fundamentais para o funcionamento adequado dos serviços de saúde da criança no nível local, de modo a prover respostas mais satisfatórias a esta população (BRASIL, 2004b).

Considerando os pressupostos apresentados nesse documento, o Ministério da Saúde propõe ações voltadas à promoção do nascimento saudável, ao acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e imunização e a promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, dando enfoque prioritário para a vigilância da saúde das crianças de maior risco e os cuidados às doenças prevalentes.

Dentre as ações desenvolvidas para o atendimento à saúde da criança propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil está o acompanhamento da gestante, em especial no 3º trimestre da gestação, no intuito de identificar possíveis fatores de risco para o RN, bem como atuar na promoção do nascimento saudável (BRASIL, 2004b).

Outro componente diz respeito à atenção ao RN e puérpera na primeira semana de vida, operacionalizada a partir de visita domiciliar, a ser realizada pela enfermeira ou pelo agente comunitário de saúde.

Encontra-se também na Agenda o incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, com avaliação integral da criança de 0 a 6 anos, incluindo peso, estatura, desenvolvimento, situação vacinal e estado nutricional. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é de fundamental importância para a promoção da saúde e prevenção de agravos, identificando situações de risco e buscando atuar de forma precoce nas intercorrências (BRASIL, 2004b).

Este acompanhamento deve ser realizado durante as consultas de puericultura, de modo que as intervenções e os encaminhamentos sejam executados quando detectadas alterações nos padrões de crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2004b). Isto garante assistência integral, intervindo e referenciando a criança para serviços de saúde de maior complexidade e oferecendo resolubilidade para os casos.

Estudo de Monteiro; França Júnior; Conde (2000) descreve a evolução da assistência, tanto da mãe quanto do bebê na cidade de São Paulo, nos anos de 1984 a 1996, considerando em estratos sociais diferentes e equivalentes em ambos os anos de coleta de dados, destacando indicadores como assistência pré-natal, assistência ao parto e assistência em puericultura. Os autores relatam a manutenção da assistência hospitalar ao parto, o crescimento substancial da modalidade de alojamento conjunto do binômio, o aumento do número de consultas de puericultura no primeiro ano de vida e uma virtual universalização da cobertura vacinal (BCG, tríplice e sarampo). Discutem, ainda, a relação entre estes indicadores e os estratos sociais estudados, demonstrando que o indicador diminui quando a renda cai, ou seja, mães com baixa renda apresentaram um menor número de consultas de pré-natal e uma deterioração de cobertura relacionada à assistência de puericultura oferecida após o primeiro ano de vida. Em todos os estratos sociais, os autores demonstraram que a vacinação apresentou desempenho excepcional, determinando assim, a sua virtual universalização. De acordo com os autores, a constituição de estratos sociais “equivalentes” (grifo do autor) nos dois períodos de coleta de dados revelou um padrão de evolução não uniforme da distribuição social da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo, sendo evidenciadas as desigualdades sociais relacionadas à assistência pré-natal, à assistência de puericultura após o primeiro ano de vida e o alojamento conjunto do binômio.

Vale aqui ressaltar a importância de uma rede integrada de atenção, baseada nos princípios garantidos tanto na Constituição Federal quanto no ECA e no Sistema Único de Saúde (SUS). Deve ser resguardado o direito ao acesso aos serviços de saúde, hierarquizados, sendo enfocada a integralidade do indivíduo e da assistência, garantindo a resolubilidade e promovendo a equidade (BRASIL, 2004b), incorporando a organização do processo de trabalho dos agentes de saúde, das equipes de saúde da família, das unidades básicas de saúde e dos serviços de atenção especializados e de urgências, como também promovendo ações intersetoriais que envolvam a criança e a família.

Tais diretrizes e políticas têm como foco o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS). A Conferência de Alma Ata, promovida pela OMS no final da década de 1970, aprovou por unanimidade, como meta a ser atingida pelos países membros a “saúde para todos no ano 2000”, tendo como definição de atenção primária:

a atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação (WHO, 1978).

Atualmente, existem três interpretações para APS: Atenção primária seletiva: nesta corrente a APS é vista como um programa focalizado em pessoas e regiões pobres, onde há tensões e desordem social, é preconizada a utilização de tecnologias simples e de baixo custo; Nível primário do sistema dos serviços de saúde: a APS é vista como um primeiro atendimento às pessoas que se dirigem aos serviços de saúde pela primeira vez; tem sido entendida como porta de entrada ou nível primário do sistema de assistência à saúde; Reorganização do sistema de saúde: esta corrente toma a APS como reorganização da atenção à saúde, ressalta a importância da articulação dos seguintes princípios para o êxito da assistência: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (MENDES, 2002; STARFIELD, 2002).

Segundo Starfield (2002), a APS constitui o primeiro contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde, aproximando os serviços de saúde dos lugares de vida e trabalho das pessoas e constituindo o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. Mendes (2002) considera que a APS representa uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde que permite recombinação, reorganizar e reordenar os recursos para atender às necessidades da população, implicando na articulação da atenção básica dentro de um sistema integrado de serviços de saúde.

Neste contexto, o Ministério da Saúde tem como proposta de política nacional de atenção primária a Estratégia de Saúde da Família (ESF), anteriormente denominada Programa de Saúde da Família (PSF). Essa estratégia passa a se constituir em modelo de reorientação assistencial, operacionalizado por meio da implantação de equipes multiprofissionais em unidades de saúde da família. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de determinado número de famílias, localizadas em uma área geográfica (MENDES, 2002).

O Ministério da Saúde destaca que para a organização e desenvolvimento desta atenção é preciso seguir as diretrizes do SUS, implantando estratégias que reorientem o modelo de atenção à saúde e sejam adequadas às realidades locais e municipais (BRASIL, 1999). De acordo com Starfield (2002) estas realidades devem ser consideradas, uma vez que para otimizar as ações de saúde, a atenção primária deve focar a saúde das pessoas no meio social e físico no qual elas vivem.

Com relação à organização da assistência à criança no contexto da APS, existe o compromisso de atender às necessidades de saúde desta população, oferecendo atenção de qualidade. Para Brunacci e Carneiro (1998), conhecer as condições de vida de uma população mediante a interpretação e dimensionamento dos indicadores de saúde, aperfeiçoa o planejamento das ações a serem executadas e, de acordo com Starfield (2002), é no próprio local onde vive que esta população deve ser enfocada, ou seja, conhecer o território onde será realizada a atenção facilita a percepção dos profissionais de saúde quanto a sua atuação.

Starfield (2002) descreve como atributos da APS a atenção ao primeiro contato, ou seja, a acessibilidade ao serviço; a longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo; a integralidade, que implica que as unidades de atenção primária devam fazer arranjos, de modo que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção, incluindo encaminhamentos para serviços secundários, terciários ou de suporte; a coordenação da atenção e sua continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas e a interação profissional-paciente, contribuindo para o estabelecimento de relações de longa duração, que facilitam a efetividade na atenção primária.

Para a autora, cada vez que uma nova necessidade de saúde surge, é preciso que exista um ponto de entrada, de fácil acesso, sendo que a inadequação deste faz com que a atenção não seja obtida de modo adequado. A APS deve constituir a porta de entrada do serviço, mais acessível à população e que seja o primeiro recurso a ser buscado.

Quando se fala em acesso, o mesmo pode ser colocado como a forma oportuna que os serviços de saúde utilizam para atingir melhores resultados em saúde, sendo que

acessibilidade para Starfield (2002) é a possibilidade que as pessoas têm de chegar aos serviços, conformada pela estrutura necessária que o sistema ou unidade de saúde tem para alcançar a atenção ao primeiro contato, não postergando esta a ponto de afetar adversamente o diagnóstico e manejo do problema.

No contexto da APS, a longitudinalidade refere-se à relação de longa duração entre profissionais de saúde e pacientes em suas unidades de saúde. Para que a longitudinalidade seja alcançada é preciso um local, indivíduo ou equipe de indivíduos que sirvam como fonte de atenção por determinado período, sendo a sua essência a relação pessoal ao longo do tempo, não estando relacionada ao problema.

A integralidade do cuidado como um dos atributos da APS demanda desta o reconhecimento adequado das necessidades de saúde do usuário, uma vez que essas são variadas, disponibilizando recursos para seu manejo e resolução. Para a autora, a integralidade da atenção é um importante mecanismo, pois assegura o ajuste dos serviços às necessidades de saúde. Assim, os profissionais de saúde têm a responsabilidade de identificar as necessidades de atenção à saúde e providenciar ou coordenar a prestação de serviços a serem disponibilizados em outros locais, como também organizar, na própria atenção primária, os serviços mais necessários àquela população atendida, encaminhando apenas os casos que não poderão ser tratados naquele local.

É importante considerar também que uma assistência integral pressupõe um olhar amplo para o indivíduo e não apenas para a sua queixa, independente do nível de complexidade de atenção no qual está sendo atendido.

Ainda dentro dos princípios da APS, a coordenação da atenção apresenta-se como essencial para que os demais aspectos da atenção primária sejam obtidos. Sua essência é a disponibilidade de informação referente aos problemas e serviços prestados anteriormente, principalmente quando estes se encontram relacionados aos problemas atuais. O profissional deve estar ciente dos problemas de saúde do paciente independente do contexto em que eles apareçam (STARFIELD, 2002).

Como já descrito anteriormente, no Brasil, a preocupação do Ministério da Saúde com a atenção à criança abrange aspectos relacionados à qualidade da assistência a ser prestada a uma clientela numa faixa etária vulnerável e a extensão da cobertura.

Propostas de estruturação da atenção à criança têm se incrementado nas políticas municipais, organizadas segundo as necessidades de saúde locais e disponibilidade de recursos, vislumbrando atingir metas como já destacadas pela Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2004b).

O desenvolvimento de ações que contribuam para que crianças sobrevivam e tenham melhor acesso à saúde, como também à qualidade de vida, são aspectos discutidos e evidenciados por Sucupira e Bresolin (2003). Os autores destacam que o aumento da cobertura vacinal, as melhorias nas condições de vida, envolvendo saneamento básico e nutrição, foram fatores decisivos para a redução de doenças infecciosas e do coeficiente de mortalidade infantil. Ressaltam, ainda como meta a ser atingida, o compromisso com a atenção integral à criança, melhorando a qualidade da assistência ao nascimento e ao período neonatal precoce (envolvendo desde a atenção à gestante) e a atenção diferenciada ao bebê de risco nos serviços de saúde, com implantação de ações voltadas ao desenvolvimento infantil (SUCUPIRA; BRESOLIN, 2003).

A captação da criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento deve ser o mais precoce possível, podendo aqui citar o agendamento do atendimento ao neonato na unidade de saúde realizado ainda na maternidade; a captação dos neonatos que chegam à unidade de saúde para a realização do teste do pezinho e imunização; as visitas domiciliares realizadas na primeira semana de vida, como também a busca ativa às crianças de risco, identificadas pelo Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e que não comparecerem na unidade de saúde nos primeiros dias de vida.

Acreditamos que as diretrizes e políticas de atenção à saúde da criança, no Brasil, contribuíram sobremaneira para a redução do CMI, em especial nas regiões sul e sudeste, que apresentam maior concentração de profissionais e serviços de saúde. Além disso, foi importante o investimento na descentralização, demandando aos municípios a implantação de programas com base nas necessidades de saúde locais.

Nesta direção, temos particular interesse nas propostas e programas que articulam o atendimento à criança desde o nascimento em maternidade com o

seguimento precoce na rede básica de saúde, na perspectiva da integralidade da atenção, tal como o previsto inicialmente pelo Projeto Floresce uma Vida, da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Temos como objetivo geral contribuir para uma avaliação do Projeto Floresce uma Vida de Ribeirão Preto, em seus componentes de estrutura e processo desenvolvidos na etapa 2, que propõe a articulação da atenção hospitalar com a rede básica de serviços públicos de saúde, na perspectiva da saúde integral ao RN.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever a área física, os recursos humanos e materiais disponibilizados para a realização das atividades da etapa 2 do Projeto Floresce uma Vida;
- Descrever o processo de trabalho da equipe do Projeto Floresce uma Vida nas maternidades, incluindo as ações desenvolvidas com a clientela e as articulações com outros setores e serviços do hospital e rede básica de saúde;
- Comparar o processo efetivamente realizado com o preconizado pelo próprio Projeto Floresce uma Vida e pelo Ministério da Saúde;
- Apreender a visão dos profissionais de saúde envolvidos no Projeto Floresce uma Vida sobre a atenção integral ao RN, a partir dos princípios do SUS e da APS.

3 Referencial teórico-metodológico

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, exploratório, inserido no campo da avaliação de serviços de saúde, focado nos componentes estrutura e processo.

As avaliações são utilizadas para descobrir como funciona um programa, tratamento, prática ou política (POLIT; BECKLER; HUNGLER, 2004). Pereira (2001) destaca que as investigações sobre serviços de saúde são realizadas objetivando descrever um determinado aspecto do serviço de saúde, seja ele referente à estrutura, ao processo ou aos resultados.

Assim, no presente estudo, avaliamos a estrutura e o processo do Projeto Floresce uma Vida da SMS-RP utilizando como referencial o modelo de avaliação de qualidade proposto por Avedis Donabedian (1988), descrito a seguir.

3.1 Referencial teórico

A compreensão do processo saúde-doença envolve determinações de ordem biológica, econômica, social, cultural e psicológica, tornando-se, assim, um fenômeno complexo. As relações entre as práticas de saúde e as necessidades desta podem ser apreendidas em dois aspectos: o primeiro abrange a busca dos significados econômicos, políticos e ideológicos e o segundo versa sobre a capacidade destas práticas modificarem uma situação de saúde, respondendo ou não às necessidades impostas por determinada população (SILVA; FORMIGLI, 1994).

A temática da avaliação ganha contornos de importância neste segundo aspecto, quer seja pela possibilidade de determinadas intervenções modificarem certos quadros de saúde, quer seja frente à verificação das dificuldades que essas práticas enfrentam no que concerne à alteração de indicadores de morbi-mortalidade (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Avaliar as práticas de saúde passa pela necessidade primeira de compreender o significado da palavra avaliação em si.

Avaliar, de acordo com Ferreira (1993), significa determinar a valia ou o valor. Pereira (2001) define o termo como o ato de fazer julgamentos, determinar, apreciar. Tem o sentido de determinar valor ou quantidade de algo.

Sob a ótica do método científico, avaliar implica *medir e emitir um julgamento de valor* sobre um objeto determinado, com base em um modelo teórico. Relacionam-se indicadores (efeitos observados) a conceitos, considerando-se o princípio que fundamenta a pesquisa científica, ou seja, associa-se o que foi observado de modo empírico às proposições teóricas (MATIDA; CAMACHO, 2004).

Com relação ao contexto de saúde, avaliar é diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir, não se tratando apenas de conhecer os diversos aspectos de uma dada situação. A avaliação em saúde constitui um instrumento com a finalidade de produzir mudanças apropriadas que levem à melhoria de qualidade dos cuidados oferecidos (PISCO, 2006).

Segundo Silva e Formigli (1994, p. 80), diversas atividades podem derivar da avaliação, cujos aspectos variam desde um julgamento subjetivo do desenvolvimento de determinada prática social (“*fomos bem?*”, “*deu resultado?*”, “*estamos satisfeitos?*”) até o que se chama de pesquisa avaliativa. Esta última é entendida como a busca por responder a perguntas semelhantes, recorrendo-se, para tanto, a métodos e técnicas com maior objetividade.

As autoras consideram que as práticas de saúde constituem-se em objeto de avaliação em suas diversas dimensões, enquanto cuidado individual ou até mesmo em níveis mais complexos de intervenção e de organização, como por exemplo, políticas, programas e serviços.

A avaliação dos serviços de saúde tem sido foco de interesse, nos últimos anos, viabilizando a possibilidade de conhecimento e aprimoramento das atividades realizadas no setor saúde, bem como fornecer subsídios para a melhoria na qualidade da assistência prestada ao usuário.

Apesar de ser uma preocupação antiga, havendo relatos de avaliações de serviços desde o século XIX (FRANCO; CAMPOS, 1998), atualmente percebe-se uma retomada do tema, sendo que a maior parte da literatura tem sido produzida em países desenvolvidos, como Estados Unidos, Grã Bretanha, Canadá, Austrália e França

(FRANCO; CAMPOS, 1998; MATIDA; CAMACHO, 2004). Em alguns países têm surgido iniciativas não somente governamentais, mas também da sociedade, exigindo maiores responsabilidades dos prestadores de serviços, com objetivo de proteção aos consumidores (FRANCO; CAMPOS, 1998).

O desenvolvimento científico-tecnológico, nas últimas décadas, bem como a crescente responsabilização do Estado no financiamento de programas sociais, fez com que investimentos na área da avaliação se ampliassem, como meio de diagnosticar e justificar as necessidades e também garantir a racionalização dos gastos. É uma forma de fornecer parâmetros científicos para respostas às crescentes expectativas de incorporação das intervenções em saúde (MATIDA; CAMACHO, 2004).

De acordo com Takeda e Talbot (2006, p. 569), “avaliar é uma responsabilidade” e, portanto, institucionalizá-la significa incorporá-la ao sistema e possibilitar uma monitorização da capacidade dos serviços em oferecer respostas às necessidades de saúde. É preciso acompanhar os efeitos das intervenções, identificando e corrigindo problemas. Para os autores, avaliar é uma forma de participação na construção e aperfeiçoamento do sistema de saúde pelos diferentes atores (provedores de serviços de saúde, políticos, gestores, população, universidades e demais instituições de aprendizagem).

Pisco (2006) destaca que existe a necessidade de criar uma cultura de avaliação, com vistas a substituir a gestão baseada em opiniões por uma baseada em fatos. Para o autor, avalia-se para identificar, sendo este apenas o primeiro passo, ou seja, a partir daí, busca-se mudar a realidade, procurando seu aperfeiçoamento. Este processo deve ser visto como incentivo aos serviços de saúde, propondo mudanças apropriadas e que conduzam a serviços com maior qualidade de atendimento.

Pereira (2002) entende qualidade como o grau de adequação ou excelência alcançado na execução das ações e serviços medidos mediante a comparação com parâmetros apropriados. Para o autor, uma dificuldade em avaliar a qualidade dos serviços de saúde está em decidir, objetivamente, quais são os parâmetros que expressam qualidade e como medi-los adequadamente.

Silva e Formigli (1994) traçam considerações acerca das dificuldades em realizar uma avaliação de modo sistemático. Consideram que uma das dificuldades encontra-se

na diversidade de terminologias nos enfoques teóricos acerca do tema, quer seja este relacionado às possíveis abordagens quer seja no que diz respeito a seus atributos e componentes.

Diversos autores ressaltam que a avaliação em saúde deve abranger os aspectos quantitativos e qualitativos dos achados do estudo, permitindo, assim, uma avaliação ampliada dos serviços de saúde (NOVAES, 2000; MATIDA; CAMACHO, 2004; SANTOS; VICTORA, 2004).

Consideramos, nesse estudo, a utilização tanto de métodos quantitativos como qualitativos para a análise dos dados referentes ao Projeto Floresce uma Vida. As abordagens metodológicas quantitativas e qualitativas não são opostas ou mutuamente excludentes, podendo ser integradas em um mesmo projeto. Do ponto de vista epistemológico depreende-se que todo conhecimento do social só é possível por recorte, redução e aproximação que não podem perder de vista que o social é qualitativo e que o quantitativo é uma das formas de sua expressão. Uma pesquisa quantitativa pode direcionar o investigador à escolha de um problema particular a ser analisado em toda sua complexidade, através de métodos e técnicas qualitativas e vice-versa (MINAYO, 1996).

Ao se considerar a avaliação de programas e serviços de saúde utilizando a abordagem qualitativa, Deslandes (1997) destaca que esta visão contribui para amplos debates, num sentido de “complementaridade e de enriquecimento do arsenal teórico-metodológico”, pelo fato de um programa ou serviço ser compreendido como um processo e, portanto, possuir movimento e dinâmica própria, com conflitos e contraposições dos sujeitos envolvidos na ação. Busca-se então, a decodificação destes conflitos para o entendimento da cultura institucional e da prática dos agentes que o serviço ou programa envolve.

De acordo com a autora, não se pode ignorar as experiências dos sujeitos envolvidos, mas sim reconhecê-las em sua racionalidade e analisá-las à luz das conexões histórico-sociais que conformam tais discursos.

Para Víctora; Knauth; Hassen (2000), a utilização de método qualitativo nas pesquisas em saúde não possui utilidade de mensuração de fenômenos, sendo útil na compreensão do contexto onde estes ocorrem. Permite desse modo, a observação

simultânea de vários elementos, propiciando o conhecimento aprofundado de um evento e possibilitando a explicação de comportamentos. Nessa metodologia, é possível o registro de comportamentos não verbais e o recebimento de informações não esperadas, pelo fato de não seguir obrigatoriamente um roteiro fechado, recebendo dados novos que não estavam previstos.

Utilizamos, neste estudo, como referencial teórico-metodológico o modelo de avaliação de qualidade proposto por Avedis Donabedian na década de 60 do século XX. Este modelo separa os componentes para a avaliação de qualidade em três categorias: estrutura, processo e resultados (SILVA; FORMIGLI, 1994; CESAR; TANAKA, 1996; MALLET, 2005; PEREIRA, 2002).

A **estrutura** está relacionada aos instrumentos e recursos (humanos, físicos e materiais) que são utilizados na assistência à saúde. Uma boa estrutura, isto é, recursos suficientes e um sistema apropriado é, provavelmente, o meio mais importante de promover a qualidade da atenção.

Assim, faz-se necessário considerar os recursos disponíveis para que o serviço seja executado, contemplando a planta física, os equipamentos e materiais utilizados. Com relação aos recursos humanos, inclui-se o número, a qualificação dos envolvidos no serviço e também como se organiza o processo de trabalho destes.

O **processo** envolve as atividades ou procedimentos utilizados pelos profissionais de saúde no intuito de transformar os recursos em resultados. Diz respeito tanto à técnica utilizada para o cumprimento das atividades, quanto às relações interpessoais envolvidas durante a realização de tais atividades. Busca identificar os procedimentos necessários para o manejo dos casos em questão, verificando se realmente foram aplicados da forma como deveriam ser. Para tal, comparam-se os procedimentos observados com o que está preconizado.

A finalidade desta avaliação é promover uma melhor assistência ao paciente com conseqüente melhoria no resultado da atenção.

Os **resultados** das intervenções na saúde das pessoas são representados pelas respostas ou mudanças verificadas nos pacientes, tais como redução da mortalidade, melhoria na qualidade de vida, entre outros. Para Donabedian (1984), os resultados estão relacionados às mudanças que se verificam no estado de saúde dos pacientes e que

podem ser atribuídas a um cuidado prévio, ou seja, busca-se mensurar os resultados das ações nos serviços de saúde, tais como a satisfação do usuário e os níveis de saúde/doença individual e coletivo.

Enfocando o conceito de qualidade, Donabedian (1984) sistematiza atributos relacionados aos efeitos do cuidado, entre eles eficácia, efetividade, impacto; aos custos, a saber, eficiência; à disponibilidade e distribuição de recursos, compreendendo acessibilidade e equidade e à percepção dos usuários sobre a assistência recebida, ou seja, aceitabilidade.

Diversos estudos têm sido realizados no Brasil com relação à avaliação de programas e serviços.

Novaes (2000), mediante revisão de literatura sobre avaliação, identifica e discute critérios que organizam os processos e a participação brasileira no desenvolvimento metodológico nessa área de conhecimento. A autora ressalta que apesar das práticas de avaliação no país não serem aos moldes dos países desenvolvidos, ocorreu no Brasil um grande avanço na atenção à saúde, bem como a oferta de novas tecnologias e modelos assistenciais e um crescimento da importância política e econômica da atenção à saúde. Destaca a possibilidade de que as avaliações e alternativas metodológicas façam parte atualmente da preocupação de gestores dos setores públicos e privados, por que a participação ainda é muito incipiente no processo de decisão. Para o setor público, há maior interesse em avaliação de programas e serviços, com discreto interesse pelas avaliações de qualidade; avaliações com interesse na gestão e garantia da qualidade são aspectos que aparecem no setor privado.

Felisberto et al. (2002) descrevem, em seu estudo, a avaliação do processo de implantação da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, procurando definir os determinantes contextuais do grau de implantação dessa estratégia no estado de Pernambuco. Miranda et al. (1995) avaliaram a cobertura vacinal em crianças com idade entre 12 e 23 meses no sul do Brasil, cinco anos após a implantação de um Posto de Atenção Primária e os dados obtidos nesse estudo subsidiaram a reestruturação das ações do programa, buscando aumentar cobertura vacinal, como também melhorar a qualidade das ações de saúde prestadas pela equipe.

Frias et al. (2005) realizaram uma avaliação das notificações de óbitos infantis ao Sistema de Informações sobre Mortalidade em uma cidade do interior do Nordeste do Brasil, encontrando subnotificação elevada e um alto índice de mortes em domicílio, sugerindo, como um dos aspectos mais importantes de seu estudo, a precariedade de acesso aos serviços de saúde.

Silva et al. (2001) verificaram a concordância entre as informações constantes no SINASC referentes aos partos hospitalares e aquelas obtidas por inquérito seccional. Apresentaram os dados que tiveram confiabilidade no preenchimento desse documento, entre eles peso ao nascer, sexo, hospital do nascimento, tipo de parto e idade materna, identificando uma cobertura estimada do SINASC de aproximadamente 76%, considerando-a baixa.

Silveira et al. (2001) realizaram a avaliação da estrutura e processo da atenção pré-natal nas unidades de saúde de Pelotas (RS), à semelhança de Koffman e Bonadio (2005) que avaliaram a atenção pré-natal em uma instituição da cidade de São Paulo. Ambos os estudos realizaram auditorias em prontuários, analisando indicadores determinados, tais como idade gestacional de início do pré-natal, número de consultas e intervalo entre as mesmas e procedimentos e exames laboratoriais realizados. Identificam que os procedimentos utilizados para as pesquisas são úteis, permitindo avaliações periódicas com vistas à melhoria da adequação dos indicadores da assistência oferecida.

Lansky et al. (2006) analisaram a associação entre a mortalidade perinatal e os fatores relacionados aos cuidados hospitalares durante o trabalho de parto, considerando que a avaliação do cuidado à saúde é necessária para a redução da mortalidade perinatal.

Os vários estudos realizados no Brasil e, alguns deles aqui citados, demonstram que a avaliação de serviços de saúde faz-se importante quando consideramos a possibilidade de mudanças nas estratégias de atenção à saúde. Para tanto, se faz necessário lançar mão de métodos úteis que auxiliem os pesquisadores na realização dessas avaliações.

A avaliação em saúde também se constitui em preocupação do Ministério da Saúde brasileiro, principalmente nos últimos anos e com foco especial na atenção básica. O Departamento de Atenção Básica (DAB) junto com a Coordenação de

Acompanhamento e Avaliação (CAA) discute que a tarefa de avaliar é tão necessária quanto complexa e requer investimento cuidadoso e consistente na construção de uma série de consensos (BRASIL, 2005). O documento ainda destaca a avaliação como componente de gestão em saúde, tendo um reconhecimento traduzido na existência de várias iniciativas voltadas para a sua implementação nas diversas dimensões do SUS. Se a avaliação possui o propósito fundamental de dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, ela deve, então, subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos. Deve também abordar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto de ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005).

3.2 Local do estudo

O município de Ribeirão Preto situa-se no nordeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital. A região é uma das mais ricas do Estado, apresentando elevado padrão de vida, considerando renda, consumo e longevidade. Possui bons indicadores sociais (saúde, educação e saneamento) e uma localização privilegiada, sendo fácil o acesso às principais cidades do interior.

Possui uma população estimada para 2006 de 559.650 habitantes (IBGE, 2006). O município destaca-se na região por constituir-se em pólo de atração de atividades comerciais e de prestação de serviços, com sua base econômica na agroindústria e setores industriais (equipamentos) e também como um dos principais centros universitários (5 universidades) e de pesquisa do estado e do país, com destaque para a área médica.

Com relação à rede de atenção à saúde, o município possui 7 hospitais particulares, 7 filantrópicos e 3 públicos, dois destes últimos ligados à Universidade de São Paulo.

Frente ao crescimento populacional e visando a melhoria do acesso da população aos serviços de saúde, o município organizou a assistência em cinco regiões denominadas Distritos de Saúde, localizados nas regiões Norte (Distrito Simioni), Sul

(Distrito da Vila Virgínia), Leste (Distrito Castelo Branco), Oeste (Distrito do Sumarezinho) e Central (Distrito Central). Esses Distritos de Saúde possuem população definida a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais e agrupam várias Unidades de Saúde e outros equipamentos sociais. Cada Distrito de Saúde possui uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), que além do atendimento básico em saúde para sua área de abrangência, com referência de determinadas especialidades para todo o distrito.

O Distrito Central possui uma UBDS, três Unidades Básicas de Saúde (USB), um Núcleo de Saúde da Família (NSF), ligado ao um Centro de Saúde Escola (CSE) e um Posto de Atendimento Médico (PAM). Uma UBDS e seis UBS, além do Núcleo de Atenção ao Deficiente (NADEF) pertencem ao Distrito Leste. Fazem parte do Distrito Norte uma UBDS, seis UBS, um NSF e uma Unidade de Saúde da Família (USF). O Distrito Oeste é composto por dois CSE, sendo um deles também uma UBDS e sete UBS. Dentro de um dos CSE estão ainda quatro NSF. O Distrito Sul possui uma UBDS e três UBS. Com relação à saúde mental, o município conta com um Ambulatório Regional de Saúde Mental, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um CAPSad (álcool e drogas), um Ambulatório de Saúde Mental ligado ao Distrito Oeste e um Ambulatório de Saúde Mental ligado ao Distrito Central. Ainda compõem a área da saúde do município três Ambulatórios Regionais de Especialidades, entre eles o Núcleo de Gestão Assistencial (NGA-59), o Centro de Referência Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS (DST/AIDS) e o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador.

Em 1994, o município de Ribeirão Preto implantou o Sistema Hygia, que é um sistema informatizado que tem como finalidade organizar o atendimento à saúde da população, como também subsidiar a Secretaria Municipal da Saúde com informações para a tomada de decisão. Os pacientes são cadastrados no sistema e recebem um número. Este sistema controla e gerencia os agendamentos, os atendimentos, os medicamentos e as vacinas dos pacientes atendidos na rede municipal de saúde.

O Projeto Floresce uma Vida foi implantado nas maternidades de Ribeirão Preto pela SMS em 1996, sob a coordenação da enfermeira responsável pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e SINASC e da médica coordenadora do Programa de Saúde da Criança e do Adolescente.

3.3 Projeto Floresce uma Vida: estratégia para atendimento a recém-nascidos

No município de Ribeirão Preto também houve decréscimo no CMI, de 31,4 por mil NV, em 1990, para 10,9 por mil NV, em 2002, à custa da mortalidade pós-neonatal que passou de 16,4 para 3,8 por mil NV, já que a mortalidade neonatal aumentou de 5,5 para 7,1 por mil NV, no mesmo período (RIBEIRÃO PRETO, SMS, 2003). Embora o CMI seja classificado como baixo e o município apresente outros indicadores sociais e demográficos favoráveis, quando comparado a outras cidades brasileiras, a distribuição dos óbitos é heterogênea, diferindo entre classes sociais, mostrando bolsões de pobreza, cujo perfil socioeconômico e de saúde caracteriza áreas pouco desenvolvidas.

Este componente da mortalidade infantil está mais ligado a fatores sociais e ambientais, entre os quais se destacam a alimentação, o saneamento básico e a redução da ocorrência das doenças infecciosas, como diarreia e desidratação, sendo sensíveis às ações de saúde ligadas às ações de APS (vacinação, terapia de reidratação oral, estímulo ao aleitamento materno e atenção adequada às infecções respiratórias, entre outras). Já a mortalidade neonatal reflete as condições da gravidez, do parto e da assistência perinatal oferecida, além de doenças congênitas e genéticas. Por esta razão, costuma ter uma queda mais lenta e difícil, mesmo em países desenvolvidos (SIMÕES, 2002; RIBEIRÃO PRETO, SMS, 2003; UNICEF, 2006).

A redução, nestes casos, depende não só da assistência básica à gestante durante o pré-natal, mas também da estruturação da assistência médico-hospitalar, da existência de uma rede de maternidades, berçários e unidades de terapias intensivas pediátricas e neonatais, de alta complexidade e qualidade de atendimento, exigindo pessoal qualificado e modernos recursos tecnológicos (RIBEIRÃO PRETO, SMS, 2003; OMS, 2005; UNICEF, 2006).

Com o intuito de direcionar atenção especial à saúde do RN, surgiu, em 1995, o Projeto Floresce uma Vida, como resultado do esforço de diferentes grupos de trabalho dentro da SMS-RP, com a finalidade de evitar a duplicidade de serviços e aperfeiçoar recursos, concentrando esforços e somando ações de saúde coletiva (RIBEIRÃO PRETO, SMS, 1995).

Antes da implantação do Projeto Floresce uma Vida, as crianças chegavam às unidades de saúde com, aproximadamente, 30 dias de vida, no momento da realização da vacina BCG. Só então era agendada a primeira consulta de puericultura. Como já descrito anteriormente, a mortalidade infantil precoce era alta, sendo então necessário o desenvolvimento de um projeto que buscasse garantir aos RN, entre outras ações de promoção à saúde, o início da puericultura até o décimo dia de vida.

Para execução do Projeto Floresce uma Vida uniram-se ao setor saúde outras áreas do Governo Municipal, havendo parcerias especialmente com as secretarias da área social, como Meio Ambiente, Bem Estar Social e Educação. Também participaram entidades representativas da sociedade civil, como Associação de Moradores e Federação das Associações de Bairro, instituições hospitalares, a Universidade de São Paulo (USP) através dos Departamentos de Medicina Social e de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), entre outras instituições do setor público e privado.

Dados relativos à mortalidade infantil na época de criação do Projeto evidenciavam que cerca de 70% dos óbitos de crianças menores de um ano ocorriam no primeiro mês de vida e, destes, 80% ocorriam na primeira semana de vida. Estes dados evidenciavam uma população vulnerável, surgindo, então, o desejo de alterar esta situação.

Merece ser destacado que previamente ao início do Projeto Floresce uma Vida, em 1990, foi criado o Sistema de Coleta e Análise de Estatísticas Vitais (SICAEV) e três anos depois, o Serviço de Atenção Domiciliar da Secretaria Municipal de Saúde, também com a contribuição da EERP/USP e do Departamento de Medicina Social da FMRP/USP. A partir de então surgiram propostas de ação, entre elas o Programa de Vigilância do RN de Alto Risco e o Projeto de Assistência Integral ao Nascimento (RIBEIRÃO PRETO, SMS, 1995).

Ainda em 1993 criou-se o Programa de Saúde dos Portadores de Deficiência, e a partir daí, surgiu a proposta da Federação das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) denominada Notificação de Nascimento de Risco, que criava uma ficha de avaliação do RN, sendo esta preenchida nas maternidades.

Neste mesmo período, o Programa da Criança da SMS propôs ações direcionadas ao RN de risco (Projeto de Puericultura Continuada), com grande contribuição do Departamento de Pediatria e Puericultura da FMRP/USP, oferecendo formação continuada aos pediatras da rede municipal de saúde.

Além disso, a incorporação do SINASC pelo Núcleo de Informática da SMS, utilizando a Declaração de Nascido Vivo (DNV) como documento básico de informação, possibilitou a criação de um banco de dados informatizados e a conseqüente disponibilização de informações mais completas e atualizadas sobre os nascimentos ocorridos no município.

Assim, em janeiro de 1995, foi estabelecida como meta da SMS a integração e unificação de esforços dos vários departamentos e programas, visando concretizar a assistência integral à saúde da criança, com priorização de ações de vigilância à saúde (RIBEIRÃO PRETO, SMS, 1995).

Em 1999 foi assinado um Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta entre o Ministério Público do Estado de São Paulo, os hospitais maternidades de Ribeirão Preto (Hospital das Clínicas – HCFMRP-USP, Hospital São Lucas, Sociedade Beneficente Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto, Sociedade Portuguesa de Beneficência, Instituto Santa Lídia, Fundação Maternidade Sinhá Junqueira, Hospital São Paulo de Clínicas Especializadas, Hospital São Francisco, Maternidade do Complexo Aeroporto – MATER da Fundação Maternidade Sinhá Junqueira, AMICO Assistência Médica à Indústria), os cartórios de registro civil, a Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Tutelar (RIBEIRÃO PRETO, SMS, 1999), voltado ao preenchimento e fluxo da DNV nos hospitais, rede municipal de saúde e cartórios.

Com a assinatura deste documento, os estabelecimentos de saúde se comprometeram a retirar as DNV na SMS e devolver as mesmas corretamente preenchidas à mesma SMS. Consta do documento que o médico torna-se o responsável pelo preenchimento da DNV, bem como pelas informações nela contidas. Aos Cartórios de Registros Cíveis das Pessoas Naturais cabe a emissão do documento quando o nascimento ocorrer em locais em que não há estabelecimento de saúde. Existe também cláusula específica acerca do extravio dos blocos de impressos da DNV, na qual se define

que os estabelecimentos de saúde e cartórios devem proceder ao registro da ocorrência na Delegacia de Polícia, comunicando o fato à SMS.

O Projeto Floresce uma Vida nasce, portanto, dentro de um contexto de mudanças na atuação junto à criança no município de Ribeirão Preto, inclusive com a proposta de plantio de uma árvore a cada nascimento ocorrido na cidade e o acompanhamento integral da criança desde a sua concepção (RIBEIRÃO PRETO, SMS, 1995). Seu objetivo geral é melhorar a qualidade de vida e diminuir a mortalidade infantil no município. Os objetivos imediatos relacionam-se à garantia e melhora do atendimento pré-natal; à integração com a Secretaria do Meio Ambiente, associando-se o nascimento de cada criança à arborização da cidade; ao incentivo ao aleitamento materno e redução do desmame precoce e à garantia e melhora no atendimento de puericultura dos neonatos. Além disso, procura também identificar e viabilizar a busca ativa de RN de risco residentes em Ribeirão Preto; identificar distúrbios do desenvolvimento infantil; oferecer atenção precoce à primeira infância e integrar os diversos programas da SMS ligados direta ou indiretamente à atenção à criança (RIBEIRÃO PRETO, SMS, 1995).

Como objetivos mediatos destacam-se a unificação de propostas de atenção à saúde da criança e do adolescente no âmbito da SMS e demais instituições que prestam este tipo de assistência; a unificação de esforços nas diferentes áreas de atuação do Poder Público Municipal, tais como Educação, Bem-Estar Social e Meio Ambiente; a diminuição da mortalidade infantil no município; a diminuição da incidência e da gravidade de deficiências em crianças menores de um ano de vida e a prestação de uma assistência integral à criança e ao adolescente.

Para atingir estes objetivos, propõe a formação de equipes integradas, com o envolvimento de profissionais das diversas secretarias municipais e outras instituições, buscando um caráter interdisciplinar e multiprofissional, organizando o conjunto de ações em três etapas operacionais, descritas a seguir, conforme constam do Projeto (RIBEIRÃO PRETO, SMS, 1995).

A etapa 1 envolve as ações dirigidas às mulheres durante a gestação, com promoção da assistência pré-natal, visando reduzir os óbitos por causas evitáveis e as complicações perinatais. Busca garantir o acompanhamento da gestante durante o pré-natal, com agendamento de consultas e o preenchimento adequado do cartão da

gestante, visando melhorar a troca de informações entre unidades de saúde e maternidades. Esta etapa operacional do projeto conta também com o estímulo à integração da atenção pré-natal e hospitalar, com encaminhamento das gestantes respeitando os níveis de complexidade da assistência e com a detecção e captação precoce, na comunidade, das gestantes com risco biológico ou social, visando assegurar a assistência pré-natal.

A etapa 2 envolve a atenção à puérpera e RN no pós-parto imediato e mediato, visando reduzir as complicações para o binômio mãe-filho. Visa garantir o atendimento a ambos dentro da primeira semana após a alta hospitalar, incentivar o aleitamento materno, aumentar a cobertura vacinal (BCG) e o teste do pezinho em pelo menos 10% e diminuir as complicações puerperais e neonatais, em especial na população de risco.

Para tanto, possui como estratégias integrar o atendimento ao parto (hospitalar) e pós-parto (unidade de saúde) através de contra-referência à obstetrícia ambulatorial; adequar o preenchimento da DNV e agilizar o envio desta à unidade de saúde, preferencialmente na primeira semana após o parto; assegurar que as informações relativas aos nascimentos e óbitos perinatais e maternos do município sejam divulgadas às maternidades e aos profissionais de saúde nos territórios; promover o planejamento familiar; garantir o atendimento de puericultura aos RN, priorizando este atendimento, inserindo-os precocemente na atenção à saúde, prevenindo complicações perinatais; facilitar o acesso dos RN aos serviços de saúde para imunização, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, prevenção de doenças endêmicas, teste do pezinho e orientações aos pais. Ressaltamos que antes da implantação do Projeto Floresce uma Vida, as famílias encontravam dificuldades relativas à acessibilidade aos serviços de saúde, ou isto ocorria tardiamente. Este fato representava atraso no recebimento de cuidados preventivos, com conseqüente reflexo no perfil de morbi-mortalidade das crianças. O Projeto pretende também mobilizar a comunidade e profissionais de saúde para identificar e captar recém-nascidos de risco social e/ou biológico, com características especiais para receberem atenção prioritária por possuírem risco de desenvolvimento de alguma patologia.

A etapa 3 visa assegurar efetiva vigilância à saúde da criança, particularmente nos primeiros anos de vida, visando a prevenção e redução dos agravos à saúde. Para tal,

busca assegurar, no mínimo, oito atendimentos à criança no primeiro ano de vida para vigilância do crescimento e desenvolvimento; aumentar a cobertura vacinal em 10%, particularmente para a população de maior risco; priorizar o atendimento das crianças no primeiro ano de vida na unidade de saúde, oferecendo atendimento agendado; promover o fortalecimento da relação médico-paciente mediante adscrição da clientela; estimular o fortalecimento de vínculos entre usuários e equipe de saúde; assegurar acompanhamento pediátrico efetivo de todas as crianças, realizando busca ativa daquelas de maior risco social e/ou biológico e que espontaneamente não comparecem às consultas; orientar quanto à profilaxia e tratamento precoce de enfermidades de maior prevalência na população infantil, diminuindo a incidência, bem como as complicações (internações e óbitos); viabilizar a prática de terapia de rehidratação oral (TRO) em todas as unidades de saúde; orientar a população a respeito das moléstias infecciosas e da profilaxia das alergias respiratórias; conscientizar profissionais de saúde acerca da importância da notificação de doenças infecto-contagiosas; retornar aos diversos profissionais das áreas de abrangência das unidades de saúde envolvidos na atenção à criança, as informações de interesse para a promoção da saúde e prevenção de agravos (nascimento, óbito, cobertura vacinal e outros dados epidemiológicos); promover a prevenção da desnutrição, das doenças infecto parasitárias e outras, garantindo precoce tratamento das mesmas, preferencialmente nas unidades de saúde; promover vacinação básica no primeiro ano de vida, realizando busca ativa dos faltosos; atingir cobertura vacinal de 90% na faixa etária de 0 a 5 anos, em toda a população do município, principalmente onde era habitualmente baixa; capacitar profissionais de saúde e serviços com vistas à garantir atenção precoce para as crianças com atraso em seu desenvolvimento, viabilizando a estimulação precoce, promovendo orientação familiar e oferecendo assistência adequada, garantindo seguimento dessas crianças.

A proposta do Projeto Floresce uma Vida é ampla e inclui um conjunto de ações integrando diferentes áreas de atuação do Poder Público Municipal, tais como Saúde, Educação, Bem-Estar Social e Meio Ambiente. Especificamente na área da saúde, busca uma maior integração entre diferentes programas: Saúde da Criança, Saúde da Mulher e Saúde dos Portadores de Deficiência (RIBEIRÃO PRETO, SMS, 1995).

Além das ações incrementadas nestes três programas, a atuação específica do Projeto teve como foco a articulação entre o atendimento hospitalar e o agendamento e seguimento nas unidades básicas de saúde, na perspectiva da assistência integral.

Desde sua implantação, têm ocorrido algumas adequações na proposta original do Projeto, como por exemplo, a suspensão do plantio de uma árvore para cada nascimento ocorrido nas maternidades conveniadas ao SUS, devido dificuldades operacionais na Secretaria do Meio Ambiente. Passados 12 anos de sua implantação, considera-se importante avaliar o Projeto Floresce uma Vida, no intuito de melhorar a atenção e buscar subsídios que aprimorem as estratégias de assistência integral à criança.

Assim, motivamo-nos realizar o presente estudo enfatizando, neste momento, a avaliação das ações desenvolvidas pela SMS na etapa 2 do Projeto Floresce uma Vida em seus componentes de estrutura e processo de trabalho, buscando subsídios para o aprimoramento da assistência integral ao RN.

As etapas 1 e 3 do Projeto Floresce uma Vida são realizadas nas unidades básicas e distritais de saúde e núcleos de saúde da família. Porém, o foco deste estudo é a etapa 2 do Projeto, a qual envolve a atenção à puérpera e ao RN no pós-parto imediato e mediato, articulando a continuidade da assistência de modo a assegurar o atendimento ao binômio dentro da primeira semana após a alta hospitalar.

Assim, a coleta de dados foi realizada na SMS de Ribeirão Preto, em três maternidades onde existem ações sistematizadas vinculadas ao Projeto identificadas como hospitais *H1*, *H2* e *H3*.

O Hospital 1 localiza-se na região central do município, possui 16 leitos de Alojamento Conjunto e 14 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), número menor quando comparado aos demais. Tem como característica os nascimentos de baixo e médio risco. Este serviço atende usuárias do SUS e possui convênio próprio.

O Hospital 2 é uma maternidade que presta assistência às gestantes, parturientes e puérperas de baixo risco, bem como aos seus respectivos RN. Possui 36 leitos de Alojamento Conjunto e uma Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) com 08 leitos. Está em tramitação o credenciamento de leitos neonatais mediante convênio com o SUS, totalizando 05 leitos de cuidado intensivo e 05 de cuidado intermediário. Destina-se ao atendimento, em sua maior parte, de clientela do SUS e mantém convênio

com a Universidade de São Paulo, representada pela FMRP e EERP. Está localizado no Distrito Norte do município, em uma região de grande carência médico-hospitalar, com aproximadamente 150.000 habitantes.

O Hospital 3 é um hospital universitário de nível terciário com 20 leitos de Alojamento Conjunto (18 destinados a usuários SUS e dois para particulares), quatro leitos que podem ser utilizados para gestantes ou puérperas, seis leitos para gestantes, 26 leitos na UCIN e 20 leitos na UTIN. Por ser um hospital que presta assistência de alto risco para gestantes e RN, é referência para municípios da região, do estado de São Paulo e também para outras regiões do país.

Outros locais de coleta de dados foram os NSF pertencentes ao Distrito Oeste do município e o ambulatório onde está instalado o Serviço de Estimulação Precoce, que recebe bebês encaminhados das maternidades conveniadas ao SUS.

Optamos por realizar a coleta de dados em dois dos quatros NSF do Distrito Oeste por serem locais de maior demanda de RN. Esses NSF estão vinculados ao Centro de Saúde Escola da FMRP/USP, são campos de ensino teórico-prático da Universidade de São Paulo e, portanto, locais de atuação da EERP/USP. Destaca-se, ainda, o fato do Distrito Oeste ter sido pioneiro na implantação dos NSF do município de Ribeirão Preto.

3.4 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP (**Anexo 1**), após concordância da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

As instituições onde realizamos o trabalho de campo também receberam cópia do projeto para conhecimento dos profissionais.

Foi realizado contato prévio com os participantes para agendamento das entrevistas e observações, que iniciaram somente após leitura e assinatura das duas vias dos respectivos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os coordenadores do Projeto Floresce uma Vida, enfermeiros e médicos dos NSF e responsáveis pelos setores de articulação com o Floresce uma Vida – **Apêndice 1**, e TCLE

para as auxiliares de enfermagem que atuam nas maternidades – **Apêndice 2**), sendo que uma via foi entregue ao participante e a outra permaneceu retida com a pesquisadora.

Também foi solicitada a autorização para que as entrevistas fossem gravadas.

O sigilo dos dados foi resguardado e os sujeitos foram identificados por códigos para cada entrevistado (*E*), seguindo-se a seqüência numérica das entrevistas, como por exemplo, primeiro entrevistado *E1*, segundo entrevistado *E2* e assim sucessivamente até *E15*, evitando-se assim a identificação dos participantes. Também optamos por descrever os NSF por letras *A* e *B* e os hospitais pela letra *H*, sendo ordenados numericamente (*H1*, *H2* e *H3*) para que não fossem identificados.

Assim, o projeto atendeu as normas e recomendações para pesquisa envolvendo seres humanos definidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

3.5 Coleta e registro dos dados

Para a coleta dos dados utilizamos a entrevista semi-estruturada, contendo dados de identificação do profissional e questões abertas acerca da estrutura e processo do Projeto Floresce uma Vida.

De acordo com Minayo (1999), a entrevista caracteriza-se por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala. Obtém-se, assim, tanto dados objetivos como subjetivos relacionados a valores, atitudes e opiniões dos sujeitos entrevistados.

Para Polit, Beck e Hungler (2004) a entrevista semi-estrutura é utilizada quando o pesquisador possui uma lista de tópicos que devem ser abrangidos no decorrer da entrevista. Desse modo, lança mão de um “guia de tópicos” que busca garantir que todas as áreas das questões sejam abordadas. Para tanto, a função do entrevistador é a de encorajar o entrevistado a discorrer sobre esses tópicos.

Complementando os dados obtidos a partir das entrevistas, realizamos a observação não participante do trabalho executado pelas auxiliares de enfermagem da SMS nas maternidades conveniadas ao SUS. São três auxiliares de enfermagem atuando uma em cada maternidade SUS. Essas profissionais foram acompanhadas em suas

atividades nas maternidades e o pesquisador, ao observar o que era realizado, preenchia um formulário em forma de *check list*, sem interromper as atividades ou participar das mesmas.

A extensão da participação do observador existe em dois extremos, podendo variar da completa imersão no cenário a ser pesquisado, sendo que neste caso o pesquisador assume a situação de participante. Ele também pode separar-se completamente, assumindo a situação de quem apenas observa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Utilizamos também a análise documental. O foco da análise foram os documentos disponibilizados pelo Programa de Saúde da Criança e do Adolescente da SMS, bem como textos e documentos pertencentes a um dos participantes da elaboração do Projeto Floresce uma Vida.

Esse processo consiste em analisar um ou vários documentos que possam revelar as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionados os acontecimentos (RICHARDSON, 1989; GIL, 1994).

Investigações acerca dos processos representam um conjunto de ações encadeadas em um determinado período social e histórico, necessitando de um levantamento de dados com vistas à reconstrução dos acontecimentos (COSTA, 2005).

O conjunto de documentos reunidos foi composto por:

- Projeto Floresce uma Vida, elaborado pela SMS-RP;
- Termo de Ajustamento de Conduta;
- Anotações, em forma de textos, das reuniões realizadas para a formulação do Projeto Floresce uma Vida;
- Fluxo das Declarações de Nascidos Vivos no município de Ribeirão Preto.

Para efeitos operacionais, a coleta de dados foi realizada em três fases, conforme descrição que se segue.

Fase 1 – Entrevistas com os profissionais responsáveis pela coordenação do Floresce uma Vida no nível central da SMS: médico coordenador do Programa de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente do município e enfermeiro responsável técnico pelo Projeto, seguindo o roteiro contendo dados de identificação, atuação no Programa, objetivos, metas, recursos humanos e funcionamento do mesmo (**Apêndice 3**).

Incluimos também, nesta etapa, uma entrevista com a enfermeira do setor de informática e de estatísticas vitais da SMS, devido a sua participação ativa na concepção e coordenação do Floresce até aproximadamente um ano após a sua implantação nos hospitais, representando, portanto, a memória viva do Projeto, especialmente nas transformações ocorridas ao longo de seus 12 anos de existência.

Fase 2 – Coleta de dados nas maternidades por meio de entrevista e observação não participante do trabalho das auxiliares de enfermagem da SMS, durante o desenvolvimento de suas atividades nas maternidades. As entrevistas com essas auxiliares de enfermagem tiveram por base um roteiro com questões norteadoras acerca do desenvolvimento das atividades por elas realizadas, tais como orientações, cadastramento de RN no Sistema Hygia e agendamento de consultas, contato com os serviços de saúde e os setores articulados ao projeto (**Apêndice 4**). As observações ocorreram durante dois turnos completos de trabalho (6 horas/dia) em cada um dos três hospitais, totalizando seis períodos de observação. Assim sendo, as observações 1A e 1B dizem respeito ao trabalho da auxiliar de enfermagem da SMS alocada no Hospital 1 (H1), as observações 2A e 2B à do Hospital 2 (H2) e as observações 3A e 3B referem-se às atividades da auxiliar de enfermagem no Hospital 3 (H3). No roteiro de observação (**Apêndice 5**) constam dados acerca dos recursos humanos da SMS alocados na maternidade, atividades e procedimentos realizados, recursos e materiais utilizados, registros e sistemas de informação/comunicação, relacionamento com outros profissionais e clientela, período do agendamento das consultas de puericultura, registros e documentos entregues às mães, controles de informações e preenchimento do cartão da criança. As orientações e atividades desenvolvidas pelas auxiliares de enfermagem da SMS foram assinaladas no *check list*. Registramos ainda, os números médios de agendamentos mensais de consultas médicas de puericultura, com a enfermeira do NSF e no ambulatório de estimulação precoce, tendo por base as informações fornecidas pelas entrevistadas. Ao final da observação não participante, descrevemos em um diário de campo nossas impressões acerca do processo de trabalho.

Ressaltamos que na coleta desses dados, observamos apenas as atividades das três auxiliares de enfermagem da SMS, não acompanhando as estagiárias, por serem estas, elementos flutuantes na equipe do Floresce uma Vida. Tais estagiárias são

estudantes de cursos superiores que substituem as funcionárias em suas folgas e férias nos finais de semana.

Fase 3 – Entrevistas com os profissionais de saúde que realizam os atendimentos aos RN após a alta hospitalar. No roteiro de entrevista com os enfermeiros e médicos responsáveis pelos NSF (**Apêndice 6**), incluímos dados de identificação, atuação do serviço e do profissional no Floresce, comunicação entre o hospital e o NSF, benefícios dessa articulação e do Projeto para a criança e avaliação. Registramos ainda, no roteiro da entrevista, algumas estatísticas mensais do trabalho das funcionárias e dos agendamentos. A entrevista com os fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeuta ocupacional, responsáveis pelos setores e serviços que se articulam com Projeto Floresce uma Vida, entre eles o Serviço de Estimulação Precoce e o NADEF, também teve direcionamento semelhante, além de aspectos relacionados aos agendamentos (média mensal, assiduidade da clientela, busca ativa dos faltosos e tempo médio de acompanhamento), conforme consta do **Apêndice 7**.

Sintetizando, foram realizadas entrevistas com os seguintes profissionais:

- 1 médico - coordenador do Programa de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente do município;
- 1 enfermeiro - responsável técnico pelo Projeto Floresce uma Vida;
- 1 enfermeira responsável pelo SIM e SINASC e que participou da concepção do Projeto e foi responsável por ele por aproximadamente um ano;
- 3 auxiliares de enfermagem que atuam nas três maternidades conveniadas ao SUS;
- 2 enfermeiros e 2 médicos responsáveis pelos NSF;
- 2 fisioterapeutas e 2 fonoaudiólogos e 1 terapeuta ocupacional responsáveis pelos setores e serviços que se articulam com Projeto Floresce uma Vida, entre eles o Serviço de Estimulação Precoce e Núcleo de Atenção ao Deficiente.

Todas as entrevistas foram agendadas previamente com os sujeitos, permitindo-se a gravação e tiveram duração média de 30 minutos.

Toda a coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, no período de maio a julho de 2007.

3.6 Análise dos dados

Tendo por base o referencial de Donabedian (1984), fizemos a análise dos componentes de estrutura e processo do Projeto Floresce uma Vida, comparando o observado com o que está proposto no próprio Projeto (RIBEIRÃO PRETO, SMS, 1995), como também com manual técnico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004 b).

As entrevistas com os profissionais de saúde foram transcritas e, a partir da leitura e releitura do material empírico, procuramos encontrar palavras e frases que se repetiam ou que tinham destaque para elucidar aspectos relacionados ao processo de trabalho.

A análise do material empírico em uma pesquisa qualitativa se inicia com a busca de temas ou de regularidades recorrentes (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004).

Minayo (1996, p. 209) ressalta que a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Para a autora,

a realização da análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, tradicionalmente a análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Pela natureza do estudo e foco na assistência integral ao RN, as ações dos entrevistados foram analisadas à luz das diretrizes e princípios da APS e do SUS, entendendo como eixos de discussão os princípios da acessibilidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação da atenção. Também serão discutidos alguns princípios do SUS como universalidade e integralidade.

Para a apresentação dos recortes das falas, utilizamos os seguintes códigos:

... – recorte da fala;

() – explicação dada pelo pesquisador sobre os contextos das falas.

Destacamos as fala dos entrevistados em *itálico* e colocamos em **negrito** algumas partes das falas já recortadas, para dar maior visibilidade à temática em análise.

4 Resultados e discussão

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados em conjunto com a discussão, sendo abordados, inicialmente, aqueles relacionados à estrutura do Projeto Floresce uma Vida e, a seguir, o processo de trabalho na assistência ao RN, na perspectiva dos profissionais envolvidos.

4.1 Projeto Floresce uma Vida: dimensão estrutura

Na análise documental do Projeto Floresce uma Vida identificamos que não havia dados referentes à estrutura necessária para seu funcionamento. O documento original possui a descrição de cada etapa operacional a ser desenvolvida, porém sem discriminação de recursos (humanos, físicos e materiais) que seriam necessários para a execução do Projeto.

Portanto, não temos subsídios para avaliar os recursos referentes à estrutura que se encontra o Projeto Floresce uma Vida nos dias atuais, a partir de uma análise de documentos. Decidimos, então, descrever como são dispostos os recursos humanos, físicos e materiais do Projeto, traçando considerações acerca das facilidades e dificuldades encontradas a partir das informações obtidas durante as observações do cotidiano nas maternidades e nos relatos dos profissionais de saúde que atuam nessas maternidades.

O Projeto Floresce uma Vida faz parte das ações do Programa de Saúde da Criança e do Adolescente do município de Ribeirão Preto. Por estar inserido no Programa da Criança, sua coordenação é feita pelo coordenador do Programa de Saúde da Criança da SMS, auxiliado por uma enfermeira responsável técnica, que responde administrativamente (escala, férias e determinação das atividades a serem realizadas) pelas auxiliares de enfermagem e estagiárias que desenvolvem suas atividades nas três maternidades SUS onde o Projeto encontra-se implantado.

Nas maternidades, três auxiliares de enfermagem realizam as atividades de cadastramento dos recém-nascidos no sistema Hygia e agendam as consultas do binômio nas unidades de saúde. Trabalham 36 horas semanais em turnos de seis horas. As três

estagiárias que atuam no Projeto são contratadas mediante convênio entre a SMS e o Centro Integrado Empresa Escola (CIEE); são universitárias que demonstraram interesse em atuar na área da saúde, mais especificamente na área hospitalar. Sua carga horária é menor (20 horas semanais) e atuam especificamente na cobertura de finais de semana, feriados e férias das auxiliares de enfermagem do Projeto.

Essas estagiárias são contratadas pelo período de um ano, com possibilidade de prorrogação do contrato por mais um ano. Iniciam seu treinamento na SMS, onde tomam conhecimento das atividades do Projeto, suas finalidades, objetivos e como se dá o funcionamento da rede básica de saúde no município (número de hospitais, unidades de saúde, entre outros). Após um período de aproximadamente duas semanas na SMS, as estagiárias são alocadas nas maternidades para acompanhar as auxiliares de enfermagem da SMS nas atividades por elas realizadas. Permanecem nessa atividade pelo período de um mês, sendo então liberadas para iniciarem as atividades sozinhas.

O que ressaltamos aqui é o fato das auxiliares de enfermagem do Projeto terem um tempo médio de atuação nessa área de oito anos, sendo que a auxiliar de enfermagem mais antiga atua no Projeto há doze anos e a mais recente há aproximadamente três anos. Possuem, portanto, conhecimentos e habilidades suficientes e necessárias para atuação diária nas maternidades, bem como em momentos em que se exige tomada de decisão frente a situações complexas de atendimento, acionando outros setores para a resolução do caso.

As estagiárias, por outro lado, passam por um período muito curto para aquisição de habilidades de atuação, embora quase um terço do tempo total de estágio no Projeto esteja direcionado a capacitação para a execução das atividades. O que mencionamos aqui é que a cada dois anos, aproximadamente, o Projeto tem que dispor de tempo e profissional para o treinamento de novos estagiários.

O Projeto Floresce uma Vida não possui sede própria, sendo utilizadas as dependências da SMS de Ribeirão Preto, dividindo-as com outros Programas, para a realização de reuniões mensais.

Com relação ao local disponibilizado para cadastramento e agendamento dos RN e puérperas nas maternidades, as auxiliares de enfermagem do Floresce uma Vida não dispõem de local específico e privativo. Duas delas dividem espaço físico (salas) com

profissionais de outros setores das maternidades (Assistência Social e Setor Administrativo) e a outra dispõe de um balcão na ala particular do setor de Ginecologia e Obstetrícia do hospital onde atua.

Para a realização do cadastramento e agendamento dos RN e puérperas, são necessários equipamentos, tais como computador com acesso ao Sistema Hygia e uma linha telefônica para comunicação das auxiliares de enfermagem do Projeto Floresce uma Vida com outros Serviços, como o de Estimulação Precoce, a própria SMS (responsável técnica) e as Unidades de Saúde, para onde são comunicadas as informações sobre RN e puérperas.

Nas observações realizadas, foi possível constatar que dos três computadores disponíveis, apenas um pertence à SMS; os outros dois pertencem às maternidades e não são de uso exclusivo das auxiliares de enfermagem do Projeto. O mesmo ocorreu com a disponibilidade de linha telefônica, pois apenas em uma maternidade a linha telefônica é exclusiva para o Projeto, o que foi conseguido após solicitação enviada pela própria SMS ao hospital; as outras duas linhas telefônicas pertencem aos setores anteriormente citados: Assistência Social e Administrativo.

Porém, como a linha telefônica não é exclusiva em dois dos três hospitais, é necessário que a mesma esteja disponível para que seja efetuada a comunicação. Mesmo disponível, pode haver dificuldade de ser atendido nas unidades de saúde. Em algumas das observações realizadas, a pesquisadora presenciou a demora no atendimento, quando não, o fato da linha estar ocupada por um longo período, dificultando a execução da atividade e consumindo tempo que poderia ser útil na realização de outros cadastramentos e agendamentos.

Com relação aos recursos físicos, materiais e equipamentos, percebemos, durante as observações, que não dispõem de um local específico, particular, ou mesmo equipamentos próprios para o cadastramento e agendamento dos RN e puérperas dificulta, em alguns momentos, a execução das atividades, o que pode comprometer um dos objetivos do Projeto que é o de garantir o atendimento de puericultura aos RN mediante o agendamento de consultas nas unidades de saúde (RIBEIRÃO PRETO, SMS, 1995).

Outro fator que pode comprometer o agendamento dos RN é a lentidão, que ocorreu muitas vezes, no sistema informatizado para cadastramento e agendamento dos RN. Corre-se o risco do RN receber alta hospitalar sem que o mesmo tenha sido cadastrado ou agendado para a consulta na unidade de saúde. Quando ocorreu lentidão do sistema ou o sistema estar fora do ar, não acessível, as profissionais de saúde do Projeto lançaram mão de alternativas, como entrar em contato telefônico com a enfermeira da Unidade de Saúde de referência da mãe/família.

Alguns ganhos são percebidos no que diz respeito aos recursos materiais: a aquisição de um computador próprio para uma das auxiliares de enfermagem e uma linha telefônica exclusiva agilizou o processo de cadastramento, agendamento dos binômios e comunicação com outros setores e serviços, como o Serviço de Estimulação Precoce e Unidades de Saúde.

Para garantir o bom funcionamento do Projeto, sua responsável técnica disponibilizou, em outubro de 2007, para as auxiliares de enfermagem que atuam nas maternidades, um documento no qual descreve os pontos importantes para o agendamento tanto do RN como da puérpera. Nesse documento existem 10 itens que devem ser seguidos, a saber:

- 1- Sempre checar o endereço da mãe que consta na DNV com a própria mãe;
- 2- Sempre justificar na DNV o agendamento fora da área;
- 3- Agendar consulta para o recém-nascido na unidade de saúde de sua área de abrangência com o enfermeiro e o pediatra na primeira semana de vida e consulta para a mãe para revisão puerperal 40 dias após o parto. Para as crianças classificadas como de risco, agendar também consulta no PAM para a Estimulação Precoce; Como critérios de risco estão: RN com baixo peso ao nascer (<2.500g); Idade gestacional inferior a 37 semanas ou > ou igual a 42 semanas; Índice de APGAR < ou igual a 4 no 1º minuto e < ou igual a sete no 5º minuto de vida; anomalias congênitas; intercorrências com RN após o parto.
- 4- O horário do agendamento informado à mãe deve coincidir com aquele efetivamente assinalado na agenda da enfermeira, evitando-se esperas desnecessárias;
- 5- Não agendar crianças a serem atendidas pela enfermeira no horário de almoço;

- 6- Dar preferência para agendamento da consulta de enfermagem entre o terceiro e o quinto dias de vida, antes da consulta do pediatra;
- 7- Na impossibilidade de agendar consulta com a enfermeira no período ideal, orientar horário do teste do pezinho para a mãe;
- 8- Quando a mãe apresentar dificuldades na amamentação, orientar procura pela enfermeira da unidade de sua área de abrangência;
- 9- Registrar corretamente todos os dados na caderneta da criança e explicar com cuidado os agendamentos para a mãe e familiares;
- 10- Registrar corretamente todos os dados nas DNV;
- 11- Informar todos os **casos de risco** para a unidade de saúde.

As auxiliares de enfermagem da SMS que atuam nas maternidades anotam, em livro próprio, dados relativos ao leito, nome e data de nascimento da puérpera, endereço, telefone de contato e bairro de referência, tipo de parto, antecedentes obstétricos maternos, idade gestacional, data de nascimento do RN, peso de nascimento, estatura e perímetro cefálico, sexo, índice de Apgar, nome do médico pediatra, obstetra e enfermeira da Unidade de Saúde de referência do binômio (UBS ou USF) e data e horário dos agendamentos das consultas tanto do RN como da puérpera. Também é reservado um espaço para anotação do número Hygia do RN e da puérpera. Todos os dados são pertinentes às necessidades dessas profissionais para a execução de suas atividades. A SMS fornece os livros para que sejam registrados manualmente esses dados, porém, uma das três auxiliares de enfermagem desenvolveu impresso próprio, contemplando as mesmas anotações do livro.

Destaca-se que é disponibilizado para as auxiliares de enfermagem das maternidades, documento contendo descrição exata das atividades que devem ser realizadas. Tal documento é auto-explicativo, o que facilita a execução de todos os passos para cadastramento e agendamento e facilitando a tomada de decisão em casos de dificuldades como: para qual serviço agendar ou como deverá ser realizada a comunicação com outros setores, entre outras.

4.2 Ações do Projeto Floresce uma Vida nas maternidades: dimensão processo

A descrição que se segue acerca do funcionamento do Projeto Floresce uma Vida nas três maternidades teve como base as observações, entrevistas e análise documental.

Após o parto, ainda no hospital, a puérpera recebe a visita da auxiliar de enfermagem da SMS de Ribeirão Preto que fornece orientações acerca dos serviços oferecidos pelas unidades de saúde do município, acompanhamento médico e de enfermagem, coleta de sangue para o teste do pezinho, vacinação do RN e puérpera, cuidados com a mama puerperal e promoção do aleitamento materno. Esta profissional também realiza o cadastramento do RN no sistema Hygia da SMS, com os dados contidos na DNV e agenda, de maneira informatizada ou por telefone, a primeira consulta médica e/ou de enfermagem na unidade de saúde mais próxima do domicílio da mãe, para no máximo 10 dias após o parto.

O cartão da criança é entregue à mãe, contendo os dados do nascimento do bebê, o número do cadastro do RN no sistema Hygia, a data do agendamento da consulta do mesmo e as datas (dia e hora) de coleta do teste do pezinho e da vacina BCG na unidade de saúde para qual mãe e RN estão sendo encaminhados.

Durante as 36 horas de observação das atividades realizadas nas maternidades pelas auxiliares de enfermagem do Projeto Floresce uma Vida, acompanhamos as interações com 42 puérperas, sendo 29 delas residentes em Ribeirão Preto e usuárias do SUS; cinco apesar de residirem em Ribeirão Preto, possuíam convênio médico; sete eram procedentes de outros municípios e uma puérpera permanecia internada no Alojamento Conjunto, mas com seu filho internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Não houve diferença das orientações fornecidas para as puérperas, mesmo para aquelas usuárias de convênio médico ou procedentes de outros municípios.

Nos quadros apresentados a seguir, consideramos que as atividades desenvolvidas pelas auxiliares de enfermagem da SMS foram realizadas com todas as puérperas durante a observação. No caso de não constar do quadro, significa que não houve abordagem de tal temática por parte dessas profissionais de saúde.

As atividades desenvolvidas estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Atividades desenvolvidas pelas auxiliares de enfermagem do Projeto Floresce uma Vida nas maternidades SUS, segundo interação com as puérperas. Ribeirão Preto, 2007

Atividades	Hospital 1		Hospital 2		Hospital 3	
	Obs. 1A	Obs. 1B	Obs. 2A	Obs. 2B	Obs. 3A	Obs. 3B
Apresentação como funcionária da SMS	X	X	X	X	X	X
Esclarecimento sobre sua função (cadastro e agendamento mãe e RN)	X	X	X	X	X	X
Aleitamento Materno						
o importância do aleitamento materno exclusivo até 6 meses	X			X		
o cuidados com as mamas	X	X	X	X		
o acompanha amamentação durante visita	X	X	X	X		X
o dificuldades e orientações sobre como proceder	X	X	X	X		X
Teste do Pezinho	X	X	X	X	X	X
Vacinação	X	X	X	X	X	X
Informações sobre consultas agendadas	X	X	X	X	X	X
o na unidade de saúde (puericultura)						
o na Unidade de Saúde (puerpério)	X	X	X	X	X	X
o no Serviço de Estimulação Precoce	X		X	X	X	
Registro de Nascimento		X				
Confirmação dados da puérpera (endereço, telefone, área de abrangência, médico de preferência para agendamento)	X	X	X	X	X	X
Abordagem e orientação inicial sobre planejamento familiar	X			X		
Documentos entregues à mãe:	X	X	X	X	X	X
o Agendamentos consultas						
o Cartão da Criança	X	X	X	X	X	X

As auxiliares de enfermagem apresentaram-se às puérperas como funcionárias da SMS, esclarecendo as atividades que iriam realizar. Em todas as observações foram contempladas a importância da realização do teste do pezinho e da vacina BCG. Também observamos que todas as puérperas tiveram seus dados confirmados (número Hygia e endereço, entre outros) e todas as informações sobre as consultas do binômio foram solicitadas pelas profissionais de saúde da SMS, incluindo o nome do médico obstetra e pediatra de preferência da puérpera para atendimento na unidade de saúde (UBS ou USF).

Em cinco das seis observações foram abordadas as dificuldades de amamentação (trauma mamilar, prega, posicionamento e pega do RN), realizadas orientações sobre como proceder em casos de problemas decorrentes da amamentação e o acompanhamento das mamadas durante visitas às enfermarias das maternidades.

Do total de períodos observados, em quatro deles foram abordados os cuidados com as mamas e a necessidade de agendamento do RN no Serviço de Estimulação Precoce. A orientação acerca do planejamento familiar foi observada em dois períodos e ocorreu apenas uma orientação sobre como proceder para realizar o registro de nascimento do RN.

As atividades desenvolvidas pelas auxiliares de enfermagem do Projeto Floresce uma Vida vão ao encontro do proposto inicialmente pela SMS (RIBEIRÃO PRETO, SMS, 1995), pois consta da proposta inicial do mesmo a necessidade de se abordar a importância da realização do teste do pezinho e da vacinação BCG, de informar às puérperas o motivo de sua presença no Alojamento Conjunto, ou seja, o cadastramento e agendamento do binômio na unidade de saúde de referência da puérpera, para garantia de atendimento de ambos e continuidade da atenção e de orientar e incentivar o aleitamento materno e cuidados com RN, acompanhando as mamadas e informando como proceder mediante dificuldades encontradas.

As orientações fornecidas às puérperas, cujo conteúdo versava sobre o aleitamento materno e autocuidado com as mamas, estavam de acordo com as diretrizes e recomendações do Programa de Aleitamento Materno (PALMA) da SMS e Núcleo de Aleitamento Materno (NALMA) da EERP/USP, encontrados no *“Manual de procedimentos: prevenção e tratamento de intercorrências mamárias na amamentação”* e no *“Álbum seriado sobre cuidados na amamentação”* (RIBEIRÃO PRETO, SMS, 1997), ambos disponíveis gratuitamente no site da SMS de Ribeirão Preto, como também no manual técnico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b).

No diálogo entre as auxiliares de enfermagem da SMS e puérperas há espaços de falas para os interlocutores, dando-se escuta à puérpera para manifestação de dificuldades e necessidades. Complementando a interação, em cinco das seis observações, as profissionais de saúde acompanharam a mamada, observando a evolução tanto dos RN como das puérperas frente às dificuldades enfrentadas.

O ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção favorecem a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços (BRASIL, 2006).

Encontramos, porém, situações nas quais a abordagem de determinadas temáticas não se direcionou a todas as puérperas, como em duas das seis observações, onde houve abordagem acerca da importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. Com relação às informações sobre o registro de nascimento e sobre planejamento familiar, em uma observação houve esclarecimentos às puérperas. Esse fato mostra que as puérperas não tiveram orientação de modo uniforme sobre essas questões.

Observamos que toda a documentação (cartão da criança e agendamento de consultas) foi entregue à mãe, com esclarecimento e orientação acerca das datas de sua consulta e do filho, bem como da data e horário da realização do teste do pezinho e da vacinação BCG nas unidades de saúde. Ressaltamos que no cartão da criança não existe espaço determinado para anotação desses dados e, por isso, o Projeto desenvolveu uma ficha onde registra esses dados e a mesma é anexada ao cartão para que a puérpera tenha à mão, as datas e horários do seu atendimento e do RN. Também por não haver espaço específico no cartão da criança, os dias e horários de coleta do teste do pezinho e vacinação BCG são anotados a lápis no próprio cartão.

Da análise do cartão da criança verificamos que o mesmo se encontrava corretamente preenchido, fornecendo informações necessárias ao seguimento adequado da criança na atenção básica, conforme proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) e as informações fornecidas sobre agendamento podem contribuir com a continuidade de atendimento do binômio.

Com relação à articulação do trabalho realizado nas maternidades com outros setores ou serviços, diante de crianças identificadas como de risco, as auxiliares de enfermagem da SMS fizeram contato telefônico com a unidade de saúde e informaram sobre o nascimento e as condições do bebê, para que se organizasse e programasse a vigilância e o acompanhamento dessa criança de risco, o mais precocemente possível. Além disso, a criança era encaminhada ao Serviço de Estimulação Precoce da SMS, sendo agendado o seu atendimento via Sistema Hygia. Este serviço funciona, atualmente, junto ao Programa de Saúde dos Deficientes Auditivos e Fissurados (PRODAF) e ao Serviço de Fisioterapia, agregando-se ao NADEF.

O Projeto Floresce uma Vida também se articula com outros programas e serviços da SMS de Ribeirão Preto, entre eles o Programa de Assistência Integral à Saúde

da Mulher, Programa DST/AIDS, PALMA, Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) e de Vigilância Epidemiológica (RIBEIRÃO PRETO).

Assim, como parte das atividades realizadas pelas auxiliares de enfermagem do Projeto, nas maternidades, está a visita às enfermarias de gestantes, com a finalidade de coletar dados acerca das razões de internação; informar a unidade de saúde de referência a internação da gestante e qual foi o motivo, possibilitando que o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher também tenha acesso a esses dados.

A articulação do Projeto com o Programa DST/AIDS se dá a partir de um fluxo de informações e encaminhamentos para atendimento no caso de RN filho de mãe soropositiva. Todas as puérperas nesta situação são encaminhadas para o ambulatório de referência no HCFMRP/USP, juntamente com o seu RN. No entanto, a SMS tem um protocolo estabelecido com o fluxo de atendimento destas mulheres, tanto na esfera hospitalar quanto nas unidades de atenção básica, uma vez que se entende que as equipes dessas unidades devam promover a vigilância do crescimento e desenvolvimento. Há também fornecimento de leite integral ou leites especiais para os bebês, de acordo com protocolos previamente estabelecidos.

O PALMA, constituído por técnicos da SMS e docentes da EERP/USP tem como objetivo promover e incentivar o aleitamento materno no município. A enfermeira responsável técnica pelo Projeto Floresce uma Vida, realiza treinamento das enfermeiras das unidades de atenção básica do município. Também atua no atendimento individual da puérpera nestes locais, quando solicitado pelas próprias enfermeiras.

O SAD é responsável pelas visitas domiciliares realizadas para as crianças de risco. Mediante reuniões realizadas mensalmente, a equipe do SAD e os profissionais de saúde do Floresce uma Vida (enfermeira responsável e auxiliares de enfermagem) têm a possibilidade de se articular, discutindo casos e propondo alternativas para adequação da assistência prestada ao binômio.

A Vigilância Epidemiológica articula-se ao Projeto tanto em termos de orientação das puérperas quanto à vacinação, quanto ao acompanhamento das crianças de risco com patologias de notificação compulsória. As auxiliares de enfermagem do Projeto que permanecem nas maternidades são treinadas com relação aos encaminhamentos necessários, como por exemplo, em situações de sífilis congênita.

Nos seis períodos de observação do trabalho das auxiliares de enfermagem da SMS foram observadas as atividades relacionadas às interações com outros setores e profissionais, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Atividades desenvolvidas pelas auxiliares de enfermagem do Projeto Floresce uma Vida nas maternidades SUS, segundo interação com outros profissionais/setores. Ribeirão Preto, 2007

Atividades	Hospital 1		Hospital 2		Hospital 3	
	Obs. 1A	Obs. 1B	Obs. 2A	Obs. 2B	Obs. 3A	Obs. 3B
Contato com outros profissionais de saúde da maternidade:	X	X	X	X	X	X
o Médico		X	X			X
o Enfermeira	X					X
o Auxiliares de enfermagem	X	X	X	X		
o Assistente social		X	X		X	X
Cadastramento do RN no Hygia	X	X	X	X	X	X
Cadastramento de vacina Hepatite B			X	X		
Confirmação do cadastro da mãe no Hygia	X	X	X	X	X	X
Agendamento de consultas na unidade de saúde						
o Puericultura	X	X	X	X	X	X
o Puerpério	X	X	X	X	X	X
Contato com outros profissionais de saúde da unidade de saúde:	X		X	X	X	
o Enfermeira	X		X	X		
o Gerente da unidade de saúde					X	
Agendamento de consultas no Serviço de Estimulação Precoce	X		X	X	X	

O contato com outros profissionais de saúde das maternidades foi observado em todos os períodos, sendo que prevaleceu o contato com auxiliares de enfermagem e assistente social. A enfermeira foi solicitada em apenas duas observações. Os contatos deram-se, em sua maior parte, para discussão de casos mais complexos envolvendo tanto a puérpera como o RN, como por exemplo: a situação de uma puérpera dependente química que desejava doar o RN; puérpera adolescente com problemas sociais e RN de baixo peso com dificuldades de amamentação, dentre outros. Todos os casos exigiam a decisão de uma equipe multiprofissional, com solicitação de acompanhamento desse binômio após a alta hospitalar, o que justificou o contato das funcionárias da SMS com as unidades de saúde de referência desses binômios.

Esse agendamento aconteceu em quatro das seis observações, onde foram identificados RN de risco. Durante as outras duas observações restantes não houve casos

de RN que, identificados como sendo de risco, necessitaram de agendamento no Serviço de Estimulação Precoce.

Observamos que os registros no sistema Hygia das 34 puérperas de Ribeirão Preto foram confirmados, sendo que 31 delas tiveram suas consultas de puerpério agendadas na unidade de saúde. Ressalta-se que todas as mulheres orientadas tinham realizado pré-natal. As profissionais de saúde do Projeto cadastraram todos RN no sistema Hygia, mesmo os filhos das cinco mães portadoras de convênio médico, pois foram agendados o teste do pezinho e a vacinação.

Algumas dificuldades no agendamento foram observadas, como a lentidão no agendamento devido à demora do Sistema Hygia em responder eletronicamente à solicitação, e o grande intervalo entre o nascimento e a primeira consulta na unidade de saúde, chegando há 15 dias para o RN e mais de 50 dias para a puérpera, portanto, acima do período preconizado no Projeto Floresce uma Vida (RIBEIRÃO PRETO, SMS, 1995). Nesses casos, a unidade de saúde foi acionada, por telefone, e buscou-se agendar um atendimento em dias mais próximos ao nascimento ou realizar visita domiciliar antes da consulta agendada. Na impossibilidade de se viabilizar essas alternativas, a enfermeira contatada responsabilizava-se por um breve atendimento do binômio no momento da realização do teste do pezinho e da vacina BCG, para identificação precoce de problemas e intervenção adequada.

O contato com outros profissionais de saúde das unidades de atenção básica aconteceu em quatro dos seis períodos observados, sendo em maior número com a enfermeira responsável, quando eram passados dados sobre os RN de risco que estavam recebendo alta hospitalar, solicitadas visitas domiciliárias devido à necessidade de melhor conhecer as condições de vida e moradia de determinadas puérperas para preparo da alta hospitalar e também para resolução de problemas com agendamento, como referido anteriormente.

Quando as crianças tinham agendamento de consulta no Serviço de Estimulação Precoce, a auxiliar de enfermagem do Projeto conversava com a puérpera sobre as razões pelas quais havia a necessidade de um acompanhamento preventivo do RN e lia, juntamente com a puérpera, a cartilha daquele Serviço, anexando-a ao cartão da criança.

O encaminhamento do RN de risco com garantia de atendimento em serviço especializado ocorreu durante as observações, como preconizado pelo Projeto (RIBEIRÃO PRETO, SMS, 1995) e proposto também por manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b).

Das impressões do pesquisador durante as observações, foi possível perceber o respeito das auxiliares de enfermagem do Projeto pelas puérperas e o carinho e atenção com que as abordaram nas enfermarias de Alojamento Conjunto. Quando percebiam que as puérperas não apresentavam condições para receber as informações, elas retiravam-se da enfermaria e retornavam mais tarde. A comunicação com as mães, em todos os momentos das observações, deu-se de forma clara e com linguagem de fácil compreensão.

A respeito do relacionamento estabelecido entre as auxiliares de enfermagem da SMS e os profissionais das maternidades, percebemos que o acesso a esses profissionais é facilitado, não havendo dificuldades na comunicação estabelecida. Nos momentos em que houve necessidade de acionar a equipe médica, de enfermagem ou de serviço social, os diálogos foram estabelecidos de forma clara, com opiniões colocadas sobre as situações, na tentativa de encontrar, em conjunto, possibilidades de solucionar as dificuldades encontradas.

Somente durante uma observação no Hospital 1, ocorreu uma interrupção das orientações da auxiliar de enfermagem do Projeto por uma aluna do curso de graduação em Medicina. A aluna interrompeu o diálogo entre puérpera e a profissional de saúde, sem se identificar e nem perceber que estava prejudicando a comunicação e a relação de acolhimento que ali estava se estabelecendo. Posteriormente ao ocorrido, a própria auxiliar de enfermagem justificou: *“em certos momentos, essa é uma das dificuldades enfrentadas, pois muitos alunos não são informados sobre todas as atividades realizadas no Alojamento Conjunto, olhando só para suas atividades técnicas”*.

Nos Hospitais 2 e 3 observamos que as atividades das auxiliares de enfermagem da SMS ocorreram sem interrupções de outros profissionais e, em todos eles, identificamos que os profissionais de saúde das maternidades solicitavam apoio das profissionais da SMS em situações que demandavam decisões em conjunto, como necessidade de encaminhamento para o Serviço de Estimulação Precoce, acionamento

do Conselho Tutelar e solicitação de visitas domiciliares para avaliação das condições das famílias para receber o RN no domicílio.

Outro aspecto a destacar relaciona-se a articulação das ações intra e extra hospitalares. Assim, quando as auxiliares de enfermagem detectaram dificuldades, acionaram a equipe de enfermagem ou médica e discutiram o caso, com possibilidade de acompanhamento ainda na maternidade ou entraram em contato telefônico com as unidades de saúde às quais as puérperas pertenciam e discutiram o caso com a enfermeira, para que fosse realizado o acompanhamento desse binômio após a alta hospitalar.

Foram poucas as ocorrências de falta de vaga para agendamento, tanto de RN como de puérperas no Sistema Hygia. O que percebemos como dificuldade foi que havia vaga para consulta, porém, em determinadas unidades, o atendimento ficava distante da data da alta hospitalar, principalmente para o RN. As auxiliares de enfermagem comentaram que quando esse fato ocorre, elas buscam o atendimento mais próximo, mesmo que esse seja feito pela enfermeira e que a consulta médica fique mais distante.

Desse modo, procura-se garantir uma articulação entre maternidade e rede básica de saúde, por meio de comunicação efetiva para seguimento e cuidado das crianças que apresentam maior risco de morbimortalidade, para que a unidade realize visita domiciliar e acompanhamento adequado dessa criança (BRASIL, 2004b).

Segundo McNaughton (2004), a estratégia de visita domiciliária (VD) de enfermagem tem sido considerada promissora para lidar com as múltiplas necessidades da família de risco (problemas de saúde e/ou sociais). Esse autor indica, ainda, que a VD de enfermagem deve ser planejada antecipadamente e direcionar o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento para os problemas como o aleitamento materno, assim como proporcionar suporte social, entre outras necessidades. Para que a VD de enfermagem seja eficiente, possibilitando uma efetiva intervenção, é preciso investir no relacionamento entre a enfermeira e a família em questão.

As auxiliares de enfermagem da SMS referiram, na entrevista, que há reuniões mensais com a coordenação geral do Projeto, na SMS, nas quais são abordadas as dificuldades encontradas na condução das atividades, discutindo possíveis soluções.

Também ocorrem outras reuniões mensais com o SAD para discussão das visitas domiciliárias realizadas.

As práticas de saúde pressupõem a integralidade e a responsabilização pelo cuidado da criança também após sua alta hospitalar, para que não seja depositada somente na família ou que ela busque um itinerário individual para a resolução tanto de suas necessidades de saúde como as da criança. Articular as relações com os outros serviços de suporte à família e de assistência à saúde e promover o intercâmbio de ações e a intersetorialidade são de extrema importância, pois, diante das condições de vida, muitas famílias são dependentes de políticas sociais, necessitando dos equipamentos do Estado e de outras iniciativas. Na atenção básica à saúde, com o propósito de uma efetiva articulação entre o pré-natal, a assistência ao nascimento e pós-natal, as equipes de saúde, dos vários serviços envolvidos, têm um relevante papel no elo entre a família e a rede social de apoio, proporcionando condições para que a família se desenvolva da melhor forma possível, considerando seu contexto e suas vivências e conseqüentemente disponibilizem à criança um crescimento e desenvolvimento saudável.

4.2.1 Atenção integral ao recém-nascido: as informações do Projeto Floresce uma Vida como instrumento de gestão do serviço

Com relação ao fluxo das DNV, identificamos que o mesmo atende ao previsto no projeto inicial.

A coordenação do Projeto Floresce uma Vida envia relatório de avaliação mensal às unidades de saúde para que estas preencham e devolvam ao Programa de Saúde da Criança e do Adolescente da SMS. Neste relatório constam dados como: número da DNV, nome da mãe e do hospital de nascimento, data de nascimento e peso ao nascer do RN, número Hygia, se usuário de convênio ou SUS, número de visitas domiciliares realizadas, teste do pezinho, vacinas BCG e contra hepatite B, data da primeira consulta de enfermagem a ser realizada com até dez dias de vida e se o comparecimento ocorreu antes da data de agendamento, depois, no dia ou se faltou, além da data da realização da primeira consulta médica (próximo aos 10 ou 15 dias de vida) e comparecimento, seguindo o mesmo modelo da consulta da enfermeira.

As auxiliares de enfermagem da SMS, além do cadastramento e agendamento dos binômios, também preenchem mensalmente três relatórios para a coordenação do Projeto. Um desses relatórios contém dados dos agendamentos do RN no Serviço de Estimulação Precoce, onde são registrados os nomes das puérperas, número Hygia do RN, data e horário do agendamento. Tal relatório é enviado ao Serviço de Estimulação Precoce para controle das crianças agendadas.

Outro relatório mensal é uma planilha (**Anexo 2**) que contém dados de cada maternidade, incluindo o número de RN vivos residentes em Ribeirão Preto, número de RN cadastrados, agendados e não agendados e os motivos do não agendamento, como: *“computador quebrado”, “escala descoberta”, “óbito do RN”, “RN usuário de convênio médico”, “RN que permanece internado”, “transferência do RN para outro hospital”, “unidade de saúde com agenda fechada”,* ou seja, agenda completa ou sem possibilidade de obter informações acerca das datas, horários e profissionais disponíveis para o atendimento do RN. Também constam dados como *“unidade de saúde que não possui o sistema Hygia”* instalado, não sendo possível agendar a consulta para o RN, *“número de crianças de risco”* que nasceram naquele mês e *“número de agendamentos para o Serviço de Estimulação Precoce”*. As planilhas dos três hospitais são preenchidas pelas auxiliares de enfermagem do Projeto e entregues em todas as reuniões mensais com a coordenação. É uma forma de organização da assistência prestada e são informações passíveis de serem utilizadas no intuito de avaliar a situação das crianças nascidas no município e atendidas pelo SUS, bem como buscar alternativas para a melhoria da assistência prestada.

O terceiro relatório, também entregue mensalmente, diz respeito às unidades de saúde do município com dificuldades de agendamento das consultas dos RN, como agenda fechada, datas de consultas muito distantes do prazo determinado para marcação das mesmas (acima de 10 dias) ou ausência de profissional de saúde (médico ou enfermeiro) por motivo de férias.

Os dados apresentados nas Figuras 1 a 8, apresentados e discutidos a seguir, foram obtidos das planilhas preenchidas pelas três auxiliares de enfermagem do Projeto Floresce uma Vida que atuam nas maternidades e são referentes aos meses de janeiro a junho de 2007.

Figura 1 – Nascidos vivos em Ribeirão Preto – Hospital 1.

A Figura 1 mostra que o número de nascidos vivos no Hospital 1, apresentou aumento de 53,0% no mês de março, 32,6% em abril e 36,0% em junho, comparados ao mês de janeiro, representando também um aumento da demanda de atividades desenvolvidas pela auxiliar de enfermagem do Projeto que atua nesta maternidade. Porém, em números absolutos, essa é a maternidade onde ocorre o menor número de nascimentos quando comparada às outras duas observadas.

Figura 2 – Nascidos vivos em Ribeirão Preto – Hospital 2.

A Figura 2 apresenta o número de nascimentos no Hospital 2, que apresentou uma queda no mês de abril de 14,2% em relação ao mês de março, sendo que no mês seguinte houve um aumento de 26,2% na demanda, seguindo-se de nova queda (31,8%) do mês de maio para o de junho.

Figura 3 – Nascidos vivos em Ribeirão Preto – Hospital 3.

No Hospital 3 também ocorreram variações nos nascimentos, apresentando um aumento de 19,7% da demanda no mês de maio com relação ao mês anterior. Em números absolutos esse é o segundo hospital do município em número de nascimentos por mês. Porém, caracteriza-se como um hospital terciário e de referência para gestação e nascimento de alto risco para o município, a região e, algumas vezes, para o país.

A Figura 4 mostra o total de RN cadastrados, agendados e não agendados, no período de janeiro a junho de 2007 no Hospital 1. Destaca-se que 19,8% dos RN não foram agendados.

Figura 4 – Total de RN cadastrados, agendados e não agendados – Hospital 1.

Os motivos pelos quais esses 72 RN não foram agendados constam da Figura 5.

Figura 5 – Fatores relacionados ao não agendamento – Hospital 1.

Os fatores relacionados à estrutura, apresentados na Figura 5, dizem respeito aos itens “unidade de saúde com agenda fechada” e “unidade de saúde sem sistema Hygia”, sendo responsáveis por 29,1% (21) dos não agendados, ou seja, esses RN estão saindo de alta hospitalar sem agendamento por dificuldades de estrutura da rede básica de saúde. O item “agenda fechada” significa que a agenda já está completa ou que as datas e horários para consultas com os profissionais na unidade de saúde, no momento do agendamento, não se encontravam disponíveis no sistema Hygia. Entre outros fatores

responsáveis pelo não agendamento (70,9%, 51 casos), estão: “escala descoberta” da profissional de saúde do Projeto (4), ou seja, não havia pessoa qualificada para o agendamento dos RN e “computador quebrado” (1).

Ainda dentro desses 51 casos de não agendamento estão “RN usuário de convênio” (29), “RN permanece internado” (14) e “transferência do RN para outro hospital” (3).

Figura 6 – Total de RN cadastrados, agendados e não agendados – Hospital 2.

A Figura 6 mostra uma porcentagem pequena de RN não agendados no período de janeiro a junho, correspondendo a 6,2% (76 casos) do total cadastrado para o Hospital 2.

Figura 7 – Fatores relacionados ao não agendamento – Hospital 2.

Os fatores relacionados ao não agendamento no Hospital 2 estão descritos na figura 7, sendo que 72,4% (55 casos) dizem respeito a estrutura da rede básica de saúde: “*unidade de saúde com agenda fechada*” e “*unidade de saúde sem sistema Hygia*”. Os demais motivos para o não agendamento somam 27,6% (21 casos) decorrem da “*escala descoberta*” (1) e “*computador quebrado*” (1).

Dos 21 casos de não agendamento nesse hospital constam também “*transferência de RN para outro hospital*” (11), “*RN usuário de convênio*” (5), “*óbito de RN*” (3).

Houve o agendamento precoce da primeira consulta nas unidades de saúde, buscando-se, desse modo, a efetivação de um dos objetivos do Projeto (RIBEIRÃO PRETO, SMS, 1995), ou seja, que o RN tenha a continuidade da atenção garantida (BRASIL, 2004b).

Porém, encontramos dificuldades de agendamento por problemas na rede básica de saúde “*unidade de saúde com agenda fechada*” e “*unidade de saúde sem sistema Hygia*”, correspondendo a 51,35% do total (148) de não agendados dos dois hospitais acima mencionados.

Não pudemos apresentar, nesse estudo, dados relativos ao Hospital 3, uma vez que alguns deles apresentavam inconsistência como relatado a seguir: com relação ao número de RN cadastrados no sistema Hygia, a planilha apresentava falha no

preenchimento no mês de janeiro. Houve, nesse mês, 126 nascidos vivos residentes no município, porém, o preenchimento do número de RN cadastrados foi de 19, o que não condiz com o valor preenchido posteriormente no campo de RN agendados, que foi de 125. Também no mês de janeiro, há falha no preenchimento do campo de não agendamento dos RN, pois o mesmo encontra-se em branco. Já na seqüência de preenchimento, onde se encontram os campos referentes aos motivos do não agendamento, existiam valores preenchidos nos campos “computador quebrado” (4), “óbito de RN” (1), “RN convênio” (3), “RN internado” (4) e “unidade de saúde sem sistema Hygia” (15).

Com relação ao Hospital 2, também encontramos falhas no preenchimento da planilha no que diz respeito ao número de crianças de risco, não sendo possível discutir esses dados. Os valores estão diferentes dos valores das crianças agendadas no Serviço de Estimulação Precoce. Além disso, a planilha apresenta uma separação entre os RN agendados no Serviço de Estimulação Precoce: sendo as crianças divididas em “baixo peso”, “<36 semanas de idade gestacional”, “> 42 semanas de idade gestacional”, “Apgar” e “ocorrências”, sendo que a soma desses valores, também não corresponde ao valor total de agendamentos.

Aqui mostramos a importância do correto preenchimento desses dados para que seja possível o planejamento e a avaliação do serviço. Assim, podemos perceber uma dificuldade na análise das falhas de agendamento, ou seja, por que os RN residentes no município não estão sendo agendados, já que uma das premissas do Projeto Floresce uma Vida é exatamente promover essa ligação entre a maternidade e a rede básica de saúde, para que a criança chegue o mais precocemente possível nos serviços em que se dará continuidade ao seu seguimento.

Em maio de 2006, foi enviada uma Comunicação Interna do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente – Floresce uma Vida - para as unidades de saúde da SMS de Ribeirão Preto, direcionada aos gerentes e enfermeiras. Nesse comunicado estão, além do roteiro sobre o da planilha, as possíveis dúvidas que podem surgir quando do seu preenchimento. Ressalta-se, nesse documento, a importância do correto preenchimento e devolução para a coordenação do Projeto com

a finalidade de melhorar o preenchimento dos dados e possibilitar sua utilização como instrumento para o planejamento e avaliação do serviço.

O documento esclarece, ainda, que as planilhas serão encaminhadas às unidades de saúde juntamente com as DNV das crianças pertencentes àquela área, em duas vias, devendo uma permanecer na unidade de saúde. As DNV devem ser anexadas aos prontuários das crianças e, caso o RN não tenha prontuário na unidade de saúde, ela deverá ser arquivada numa pasta AZ. Quando o RN agendado em uma unidade de saúde não for pertencente àquela área, o mesmo deverá ser atendido e depois encaminhado para o próximo atendimento na unidade de saúde a qual pertence. Desse modo, a DNV também deverá ser entregue à unidade de saúde de referência daquela criança.

Atualmente, essas planilhas não estão sendo preenchidas de modo adequado, nem mesmo sendo devolvidas ao Projeto Floresce uma Vida. A porcentagem de devolução das planilhas fica em torno de 70%, conforme relatos da responsável técnica pelo Projeto. Poucas são as unidades de saúde do município que devolvem as planilhas mensalmente e, mesmo assim, com um atraso de dois meses, quando considerado o tempo despendido entre entrega e a devolução das mesmas. Isso ocorre inclusive nos NSF, sendo que apenas um deles as tem devolvido, mas de maneira não rotineira. Assim, não foi possível obter os dados referentes à cobertura da assistência ao RN, com base nas planilhas de informações desses serviços de saúde.

A falha no preenchimento das planilhas propostas pela SMS bem como a sua não devolução à coordenação interfere no processo de avaliação do atendimento prestado aos RN pelo Projeto, uma vez que não se tem o conhecimento, em nível central, de como essas crianças estão sendo atendidas e nem se estão chegando às unidades de saúde.

Cabe ressaltar que os Núcleos de Saúde da Família seguem recomendações vinculadas à estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde. Nesse sentido, os mecanismos do sistema de informações em saúde, de modo geral, estão centrados no cadastramento da família, dados de acompanhamento da saúde da criança, mulher, adulto, entre outras fichas de informações. Desse modo, pode estar havendo duplicidade de levantamento de dados e de alimentação de sistemas de informação na atenção básica à saúde.

É premente, portanto, que se faça um esforço e uma divulgação ampla da importância desses dados para a atenção integral à criança no município, pois como já ressaltado anteriormente, a utilização desses dados instrumentaliza a gestão dos serviços e direciona a atenção à criança para alcançar os princípios do SUS e da APS.

4.3 Percepção dos profissionais de saúde sobre o Projeto Floresce uma Vida

A partir das entrevistas realizadas com os profissionais envolvidos no Projeto Floresce uma Vida, nas maternidades, nos NSF e ambulatórios especializados de atenção aos bebês de risco, buscamos apreender, nas falas dos sujeitos, os significados acerca do processo de trabalho, os quais foram analisados à luz dos princípios do SUS e da APS, uma vez que temos o intuito de olhar o cuidado prestado à criança no município de Ribeirão Preto de um modo integral.

Após a leitura atenta e repetida das entrevistas realizadas, os dados foram agrupados em categorias e, assim, emergiram os seguintes temas: *“Finalidades do Projeto Floresce uma Vida: as concepções e os avanços”*; *“Acessibilidade: possibilitando a entrada do RN no serviço básico de saúde”*; *“Compreendendo a criança na sua integralidade”*; *“A continuidade do cuidado para mãe e criança”*; *“Coordenação da atenção: compartilhando informações, aprimorando a atenção à mãe e à criança”*; *“Ações que permeiam o trabalho no Projeto Floresce uma Vida e os desafios para a qualidade do cuidado”*.

4.3.1 Finalidades do Projeto Floresce uma Vida: as concepções e os avanços

O Projeto Floresce uma Vida surge num momento em que os índices de mortalidade infantil no município de Ribeirão Preto preocupavam o setor saúde, principalmente o componente neonatal precoce. As discussões na Secretaria Municipal de Saúde se direcionavam para a tentativa de buscar as crianças de risco (RIBEIRÃO PRETO, SMS, 1995). Este processo esteve articulado à organização e implementação do SINASC no município, com estratégias visando à melhoria da qualidade das informações contidas na DNV (MISHIMA et al., 1999; SILVA, et al., 2001), úteis para o planejamento da assistência à criança.

Nesse contexto, a atenção à saúde da criança procura otimizar o cuidado a ser prestado a essa população. Desse modo, surge a proposta de integrar setores e serviços (Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Núcleo de Atenção ao Deficiente, entre outros), para que pudessem olhar a criança, desde a sua concepção, ampliando as possibilidades de atenção e envolvendo aspectos que pudessem garantir que a criança e sua mãe fossem assistidas de modo mais adequado.

*“... esse **projeto**, ele foi idealizado por um grupo de pessoas, né. Mas uma das **finalidades** do projeto era **investir num projeto que diminuísse a mortalidade infantil do município...** E já tinha isso, já **tinha... assim... mostrado números que morriam muita criança antes de completar um mês de vida...** além de diminuir a mortalidade infantil, **também era fazer a busca ativa de crianças de risco.** Então, a finalidade é reduzir a mortalidade, mas os **objetivos seriam cadastrar e agendar todas as crianças que nascem e ter um cuidado especial com as de risco.**” E7*

*“Bom, quando nós entramos em contato com a via, a Declaração de Nascido Vivo, nós percebemos que tinham **vários itens, conteúdos dentro da Declaração**, que ela **podia fazer parte de um prontuário lá na assistência primária.** E a gente acabou que, com um grupo, resolvendo que isso poderia estar chegando até a ponta (unidade básica de saúde). O primeiro passo, né de montar o Floresce uma Vida aqui em Ribeirão Preto, **antes era a preocupação da gente saber as condições de nascimento. E como essa declaração poderia estar chegando até o primeiro atendimento do RN.**” E12*

*“... um trabalho que nós tínhamos era a coleta do número, planilha de nascidos a partir do cartório. Essa é uma metodologia ainda utilizada pela Fundação SEADE, onde nós pudemos confrontar informações que a gente pegava lá no cartório, que a ficha contemplava outras informações que a gente poderia estar subsidiando essa assistência lá na ponta. E aí, com o **olhar sobre os coeficientes de mortalidade infantil**, nós pudemos observar que tinha alguns **requisitos** que a gente poderia estar **melhorando a assistência** ou então **buscando a criança que tinha um risco de vida.** Então foi com esse olhar que eu comecei a organizar primeiro a implantação da Declaração de Nascido Vivo aqui em Ribeirão Preto. Isso ocorreu em 1993 pela DIR e em 1994 eu comecei a organizar a Declaração, o fluxo dessa declaração, agosto de 93. em 94 eu comecei a fazer o processamento dessas informações aqui na Secretaria Municipal de Saúde e a distribuição do impresso aos hospitais. Concomitante a esse processo eu comecei a fazer o treinamento dos hospitais no preenchimento dessas declarações. Em 1995 eu pude fazer um **levantamento de todas as informações**, e eu percebi que a gente poderia **melhorar essas informações, fazer uma outra utilização da terceira via.** Havia duas vias pra Secretaria, que era a primeira e a terceira via, né. e **essa terceira via estava destinada ao prontuário da***

criança. Então esse prontuário não indicava que deveria ser do hospital, poderia ser na unidade de saúde". E12

Com relação aos avanços e alcance dos objetivos do Projeto Floresce uma Vida, encontramos que hoje as articulações se ampliaram entre os diversos setores da SMS.

"Eu acho assim, do que foi proposto, e até... já conseguiu até superar o que foi proposto. Porque, na época nós pensamos em articulações mais com o teste do pezinho, vacinação. Hoje, a gente tem uma integração grande nos propósitos, nos objetivos, nas finalidades com o Programa da Mulher, o Programa de DST/AIDS, o Serviço de Estimulação Precoce." E7

Consideram ter havido avanço nas articulações e ganhos no conhecimento sobre quem são os bebês que estão nascendo no município, como estão sendo acompanhados no que diz respeito à saúde.

"O bebê não teria esse acompanhamento. E hoje, com isso, muitas (mães) já não vão às unidades. Então imagina sem (o Floresce). Eu acho que a mortalidade seria maior. Eu acho que diminuiu o índice de mortalidade em Ribeirão por conta do Floresce. Então eu acho que seria difícil sem." E4

"... eu acho que a gente consegue avaliar mais assim... as falhas em termos de Secretaria. Porque é que nasce ainda muito prematuro? Será que se essa mãe tivesse feito pré-natal melhor, esse nenê não teria nascido prematuro? Ou mesmo com a estimulação. E a questão do HIV, a gente fez um fluxo que a gente consegue pegar todos os pacientes que nascem nas maternidades SUS. Então, eu avalio hoje que o Projeto superou as expectativas lá de 10, 12 anos atrás." E7

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é considerado o eixo norteador da assistência à saúde da criança, com ênfase na vigilância de fatores que podem interferir nesse processo. Assim, o acompanhamento das crianças pelas unidades de saúde é configurado por órgãos governamentais como uma das ações mais importantes para a redução do coeficiente de mortalidade infantil e seus componentes e para o alcance de melhor qualidade de vida (WHO, 1996; SUCUPIRA; BRESOLIN, 2003; BRASIL, 2004b).

4.3.2 Acessibilidade: possibilitando a entrada do RN no serviço básico de saúde

A assistência integral à criança pressupõe o acesso aos serviços oferecidos pelo setor saúde o mais precocemente possível. Os relatos demonstram que o Projeto Floresce uma Vida busca olhar para a criança e a mãe já na primeira semana de vida. A Agenda de Compromissos elaborada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) demonstra essa preocupação nessa etapa da vida, uma vez que intercorrências de relevância são encontradas na primeira semana, tais como dificuldades na amamentação, tanto no que diz respeito à criança como à puérpera, bem como a importância da realização do teste do pezinho e da vacina BCG. Neste sentido, quando a criança e sua mãe chegam à unidade de saúde, elas podem ser vistas sob todos esses aspectos, com possíveis intervenções quando detectados problemas.

*“... o intuito do trabalho é **agendar o nenê no posto pra que ele chegue o mais rápido possível na primeira consulta... como se fosse uma ponte entre o hospital e o posto de saúde... uma ponte assim tipo bem rápido.**” E5*

*“A **primeira consulta é com a enfermeira... na unidade. A gente tenta marcar essa consulta até o quarto, quinto dia no máximo, com a enfermeira... Então o primeiro vínculo dela (mãe) com o posto é com a enfermeira.**” E5*

*“Então tinha que ser alguma coisa que **desse conta da mãe chegar mais cedo na unidade. Chegasse, seja pro médico, pra enfermeira.**” E7*

*“Porque **a gente lida com situação materno-infantil. Ela vai do pré-natal, depois o puerpério, né, a puericultura e essa primeira semana aí, que a gente fala que é a mais problemática da mãe, tudo, é a que o Floresce tenta agendar e aproximar a mãe da unidade nessa primeira semana. Seja através da consulta médica ... e uma coisa que foi inovada do ano passado pra cá, a gente agendar ... não só orientar, mas agendar a consulta de enfermagem.**” E7*

*“... Eu acho que **é mais seguro pra mãe, mais garantia pra mãe a consultinha marcada.** Você vê que às vezes a gente marcando, acontece delas não irem, né. Então... eu acho que fica meio assim...meio... vagando assim, né. Porque tem muita mãe de risco aqui nessa área, da favela.” E8*

No estudo de Mello (2006), realizado com mães e profissionais de duas unidades da rede básica de saúde de Ribeirão Preto, os relatos dos profissionais mostram o acompanhamento da saúde da criança, com um cronograma que, em geral, tem início na primeira semana de vida, na sala de vacinação, com as primeiras vacinas (contra a tuberculose-BCG e contra a hepatite B) e na realização do teste do pezinho. Aponta, ainda, que o início do acompanhamento é ressaltado como sendo “de perto”, ressaltando a amamentação como elo de aproximação da mãe ao serviço de saúde e o apoio profissional prestado nessa situação.

O reconhecimento da unidade de saúde como porta de entrada do serviço de atenção é descrito na fala de uma entrevistada:

“E que é melhor ela ir no posto perto da casa dela do que ela ficar indo no Pronto Atendimento à noite, fora do horário ou no hospital. Não que esses serviços não sejam bom, mas que a estrutura, o que ela busca, a atenção básica. Puericultura se faz em posto de saúde, não em hospital, não em Pronto Atendimento.” E7

As ações das auxiliares de enfermagem da SMS nas maternidades onde o Projeto Floresce uma Vida está implantado envolvem, além das orientações e fortalecimento da importância do seguimento do RN, a aproximação desse bebê com a unidade de saúde de referência do mesmo, fazendo com que o acesso seja facilitado e que ele inicie o acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento o mais cedo possível. Desse modo, quando houver intercorrências ou forem detectados sinais de falhas no desenvolvimento, uma atuação efetiva poderá ser iniciada.

“Eu acho que ele (Floresce uma Vida) é importante porque a criança chega mais cedo na unidade, né. Porque antigamente quando a criança chegava na unidade, ela já estava com... dois meses, três meses. Tinha criança que aparecia na unidade com seis meses, né. Então, agora ela tá chegando mais cedo, né. Se ela tiver alguma coisa, alguma doença, já vai descobrir mais cedo e quanto mais cedo, melhor o tratamento, né.” E8

Mediante a fala dos entrevistados, percebemos que as ações do Projeto Floresce uma Vida buscam uma atenção adequada ao RN e sua mãe e essas ações vão ao encontro dos princípios da Atenção Primária à Saúde.

No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde disponibilizados pelo município, os relatos demonstram a busca pelo atendimento do binômio na unidade de saúde de referência mediante o agendamento da consulta de puericultura para o RN e de puerpério para a mãe (RIBEIRÃO PRETO, SMS, 1995), ainda dentro da primeira semana de vida, procurando garantir assistência ao RN no período neonatal precoce, bem como detecção antecipada de intercorrências nesse período da vida (SUCUPIRA; BRESOLIN, 2003; BRASIL, 2004b).

Neste sentido, o Relatório Mundial de Saúde – “para que todas as crianças contem” (OMS, 2005) destaca o forte consenso de os programas de saúde materna e infantil garantirem eficácia, procurando estabelecer uma rede continuada de cuidados, desde a gestação até a infância, passando pelo nascimento. Aponta, ainda, que a saúde das mães e dos bebês deve estar inserida em um projeto político claro e amplo, que responda às exigências, por parte da sociedade, de zelar pela saúde de seus cidadãos e garantir acesso aos cuidados.

Starfield (2002) destaca exatamente a acessibilidade aos serviços como um dos requisitos específicos da APS. A autora ressalta que a acessibilidade é o elemento “estrutural” necessário para a primeira atenção. Para tanto, o local de atendimento deve ser de fácil acesso e disponível; caso contrário a atenção será postergada, talvez a ponto de afetar adversamente o diagnóstico e manejo do problema.

Os benefícios desse acesso precoce ao serviço de saúde são relatados por alguns entrevistados que consideram um avanço na assistência ao RN as ações desenvolvidas pelo Projeto Floresce uma Vida:

*“Ah... eu classifico assim... eu **acho que o trabalho é excelente. Porque a mãe já sai com todas as orientações necessárias**, né. Elas **não ficam aí meio que... perdidas**.” E2*

*“E **pra essas mães que estão saindo do hospital** também. Mesmo aquelas que não têm risco. Porque não é só com as de risco que o Floresce trabalha, né. Eles agendam todas. Eu acho assim, que **seria bem mais trabalhoso pra essa mãe. E aquelas menos esclarecidas então... não iriam**.” E4*

*“Eu vejo muito avanço sim... **Praticamente todas essas mães saírem agendadas pra alguma unidade de saúde com essas crianças, com vacina e tudo mais**, né... Então, eu acho que o avanço foi muito grande, né. **A visão**, eu acho que **a conscientização de todos**, né.” E4*

*“Ah... eu acho que **seria muito difícil**. A gente teria casos bem piores aí. Mesmo tendo o trabalho (do Floresce), a gente ainda recebe criança de volta (na maternidade) que não tá mamando direito, que tá com algum problema que foi detectado porque ela chegou no posto. **E se ela não fosse no posto?** Entendeu, então a situação seria muito pior. **Eu acho que eu não consigo imaginar uma mãe saindo do hospital sem esse acompanhamento lá fora... essa ponte... alguém esperando ela lá**, entendeu? Eu acho que... eu não consigo imaginar.” E5*

Um dos entrevistados descreve a satisfação de uma mãe atendida no Serviço de Estimulação Precoce, que é agendado a partir de um mês de vida da criança:

*“Então, **você via a satisfação dela** (mãe), né, **de estar tão precoce**. A menina **não estava nem com um mês** quando ela chegou aqui. E já foi atendida. **E a mãe recebe orientações que ela não teria se ela estivesse em casa**.” E4*

Na seqüência, a entrevistada questiona como seria a atenção à criança sem a articulação do Projeto Floresce uma Vida com o Serviço de Estimulação Precoce, uma vez que a criança que necessita desse tipo de atendimento poderia ter seu desenvolvimento prejudicado.

*“Então **a gente fica sem saber se a criança não teve nada**. Mas **será que ela não teria? Se ela tivesse ficado em casa?** Então assim, uma criança que tem uma hipertonia, por exemplo, né. Até para uma amostra, uma pesquisa. Mostrar a eficácia da Estimulação, dessa articulação com o Floresce. **O Floresce manda uma criança pra gente. A gente atende... Será que a criança teria tido esse mesmo benefício se não tivesse vindo? Eu acredito que não**, mas eu só poderia responder vendo. Então, a gente acha assim, que muitas coisas, as crianças participando, vão ser evitadas... O uso da chupeta, por exemplo. **A mãe está sendo orientada desde o primeiro mês** pra usar somente uma chupeta ortodôntica, tirar na hora certa. **Com isso, no futuro**, essa criança pode não vir a falar errado, respirar errado. Então, **não vai precisar do atendimento** de fono lá na frente. O uso do andador. É falado muito no grupo. Não é aconselhado o uso do andador. Pode trazer alguns problemas pra criança no futuro. Então, eu acho que tem muito benefício pra mãe e pra criança.” E4*

A proposta do Projeto Floresce uma Vida (RIBEIRÃO PRETO, SMS, 1995) prevê também que haja uma articulação entre os setores de atendimento da mãe e criança (hospital e rede básica de saúde), para garantia de atendimento de acordo com o nível de complexidade da atenção, o que encontramos nos momentos observados de comunicação entre auxiliares de enfermagem do Projeto e enfermeiros das unidades de saúde, como também profissionais de outros setores como o Serviço de Estimulação Precoce, para onde são referenciados os RN considerados com risco de desenvolvimento. Os casos que exigiam a decisão de uma equipe multiprofissional para atuação na própria maternidade ou com solicitação de acompanhamento desse binômio após a alta hospitalar encontram respaldo na Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004b), uma vez que a idéia é não perder oportunidade de atuação, de prevenção, de promoção e de assistência, com vinculação e responsabilização sobre a continuidade do cuidado. De acordo com a Agenda é sob esta ótica que cada trabalhador articula sua ação com a do outro e de outros atores sociais, e cada nível de atenção com o outro, conformando assim, uma rede de saúde em benefício da criança.

O agendamento das consultas dos RN é feito ainda na primeira semana de vida, com atenção especial para a unidade de saúde de referência da mãe.

*“... geralmente com 4 dias a gente já coloca ele (RN) lá na unidade.”
E2*

“A primeira consulta é com a enfermeira... na unidade. A gente tenta marcar essa consulta até o quarto, quinto dia no máximo com a enfermeira, tentando assim... na maioria das vezes conciliar o teste do pezinho com essa consulta, né. Algumas unidades a gente ainda não consegue, mas já tá tendo uma mudança pra melhorar isso...” E5

*“Cinco dias. Às vezes eu marco com seis dias... por causa de feriado ou fim de semana... Pra unidade de saúde perto da onde a mãe mora.”
E8*

O Projeto Floresce uma Vida, desde sua criação na década de 90, inclui o cadastramento e agendamento de RN e puérperas nas unidades de saúde do município de Ribeirão Preto, ainda na primeira semana de vida, com encaminhamentos e

orientações sobre o aleitamento materno, teste do pezinho e vacinação, entre outras. Portanto, está em consonância com diretrizes e recomendações estabelecidas posteriormente na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004b), denominada “Primeira Semana de Saúde Integral”, tendo como foco a avaliação das condições de saúde da criança e da mãe, incentivo ao aleitamento materno e apoio às dificuldades apresentadas, aplicação das vacinas para puérpera e criança e realização de coleta de sangue para a triagem neonatal.

Este Projeto constitui estratégia aglutinadora que assegurou uma articulação entre os hospitalais que prestam atendimento ao processo de nascimento dos usuários do SUS com os serviços da rede básica de saúde, buscando a garantia da atenção integral à população materno-infantil. Assim, ações do Floresce facilitam o acesso ao serviço de saúde, uma vez que possibilitam que as pessoas cheguem aos mesmos, mediante o agendamento da primeira consulta por meio eletrônico ou por contato telefônico.

O agendamento da consulta com a enfermeira da unidade de saúde vem ocorrendo há cerca de 18 meses, numa tentativa de assistir ao binômio mãe e filho de modo integral e o mais precocemente possível. Algumas entrevistadas consideram um avanço, uma vez que as agendas das enfermeiras têm se ampliado para atender esse segmento populacional.

“... a gente tá marcando com as enfermeiras (consulta RN). Eu acho que é muito bom. Porque antes a criança ia... aí passava pelo pediatra, só via o bebê. E agora não. Pode tá vendo se tá tudo bem com a mãe também né! Porque assim... pode ter uma porção de problemas depois que vai pra casa. E então eu acho que isso foi uma das coisas que melhoram.” E2

“Há um ano... um ano e meio mais ou menos que a gente vem marcando com as enfermeiras. A gente tem conseguido marcar em quase todos os postos. Porque no começo era mínimo, né as agendas das enfermeiras. Mas agora tem aumentado... elas estão mais conscientes... estão abrindo esta consulta.” E5

O vínculo a ser estabelecido entre puérpera e enfermeira na unidade de saúde é reforçado pelas auxiliares de enfermagem da SMS que atuam nas maternidades. A puérpera, além da consulta agendada, pode e deve estar procurando a unidade de saúde a qual pertence quando sentir necessidade de apoio ou orientação.

“E assim... eu procuro passar pra ela que ela vai ter sempre ajuda do posto, se ela precisar... independente daquele dia que tá marcado. Que ela tem que ter esse vínculo com a enfermeira do posto, que ela pode receber ajuda. Porque às vezes ela fica lá na casa dela cheia de problema e não procura.” E5

Nos NSF, onde o agendamento via sistema Hygia não acontece, mãe e RN são visitados na primeira semana de vida e o agendamento da consulta é feito para a segunda semana. Porém, caso a puérpera tenha alguma necessidade, ela é orientada a procurar a unidade de saúde para atendimento.

“Eles (binômio) vêm agendados... ou vem espontaneamente se a mãe estiver com dificuldades, insegurança. Agendado vem nos primeiros quinze dias de vida... a segunda semana é observação na unidade, já sistematizada com a consulta de enfermagem. Mas eles vêm antes, principalmente se estiver com intercorrências mamárias ou com outro problema com o bebê. Mas, o que mais faz as mães procurarem antes é a intercorrência mamária.” E10

O agendamento da primeira consulta do RN na unidade de saúde com a enfermeira facilita o acesso ao serviço de saúde. Também aproxima mãe e bebê dos profissionais de saúde responsáveis pela continuidade do cuidado. Sendo assim, é possível, mediante a consulta ou a visita domiciliar, que a enfermeira detecte problemas, realizando intervenções adequadas.

Para Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) a demanda ao serviço de saúde é motivada por uma busca de algo, aquilo que o indivíduo sente como uma falta, um carecimento, que o impede de continuar vivendo segundo seu padrão de normalidade. Os autores mencionam que pode ser uma dor física ou orgânica que provoca dor, mas, muitas vezes, o sofrimento ainda não está identificado fisicamente ou pode ser algo vivenciado como uma falta, como uma informação que tranquilize.

Franceschini (2005), em estudo sobre a observação da relação mãe-bebê-família, coloca que, se há escuta disponível e sem julgamentos nos serviços de saúde, a mãe pode falar de suas dificuldades; fica à vontade para falar inclusive o que não devia estar fazendo, mostrando suas contradições, dúvidas, queixas e pedidos de ajuda para o que não está dando conta.

A visita domiciliar, em muitos casos, tem como finalidade a identificação de riscos à saúde da mãe e do bebê. No caso dos NSF estudados, as visitas são realizadas por enfermeiros, auxiliares de enfermagem ou agentes comunitários de saúde, buscando apreender as necessidades prementes nessa fase da vida. Nessa primeira semana, a visita é uma ação prioritária de vigilância à saúde da mãe e do bebê, tendo fundamental importância para o incentivo, orientação e apoio à amamentação (BRASIL, 2004b).

Quando encontram dificuldades no agendamento por via eletrônica no sistema Hygia, os entrevistados relataram que o contato telefônico com os profissionais da unidade de saúde facilita o acesso à atenção a saúde do RN. Além disso, as puérperas também são orientadas a procurar a unidade para acompanhamento do peso, amamentação materna, realização do teste do pezinho e vacinação e, assim, poderem ser atendidas pela enfermeira.

*“Geralmente a gente coloca todos os bebês... O agendamento é feito sempre no 4º dia. **Se de tudo não conseguir**, por exemplo, o bebê é baixo peso, ele tem que tá na unidade mais cedo, né. Pra ver se tá ganhando peso. Então assim... **se eu não conseguir pelo computador, de qualquer forma eu vou tá passando pra unidade pra tá acompanhando ele, fazendo visita domiciliar.** Então eu já falo pra ela (enfermeira) - Oh, não consegui marcar consulta no prazo que a gente precisa... Porque assim, **às vezes, não tem agenda pra enfermeira e o médico tá muito longe** (data consulta), **então eu oriento: - Oh, tal dia você tem que ir, pede pra enfermeira estar olhando, avaliando tua mama, vê como tá a amamentação, se tá tudo bem.**” E2*

O atendimento realizado pela enfermagem também envolve a visita domiciliar ao binômio na primeira semana de vida, período suscetível a intercorrências no aleitamento materno, visando à prevenção e intervenção precoce por meio de orientações acerca dos cuidados com a mãe e o bebê.

Nos dois NSF estudados percebemos como os profissionais de saúde se articulam para a realização desse atendimento no domicílio.

*“A gente tenta procurar **fazer a visita na iminência da apojadura. Na primeira semana e de preferência entre o quarto e quinto dia.** A visita é feita pela enfermagem, auxiliar de enfermagem ou enfermeira **sem discriminar que o de risco tem que ser a enfermeira.** Porque os auxiliares de enfermagem têm uma prática muito grande com o aleitamento e a gente percebeu que **quando é risco a gente agenda mais rápido pro primeiro atendimento na unidade.** Mas as situações*

familiares, a observação, o aleitamento, os cuidados não são tão diferentes quanto os outros. Então, o auxiliar de enfermagem foi pegando o traquejo e faz. A gente não divide risco pra visita. **E uma coisa importante é o agente comunitário.** Ele já faz o meio campo, **ele já entra antes que a gente e já sabe o que orientar, já sabe o que observar, o que perguntar.**" E10

"... assim que **o bebê** nasce e **vai receber alta**, a enfermeira do andar, acho que é, liga pra unidade e avisa 'olha, nasceu o nenê da fulana de tal'... **A equipe de enfermagem aqui internamente se organiza pra, no prazo máximo de uma semana, estar visitando essa mãe e esse bebê em casa. Sempre tentando pegar na primeira semana de vida, olhando os dois.**" E11

"A gente procura fazer o primeiro atendimento no domicílio. Normalmente a enfermeira faz esse acompanhamento." E13

A articulação do Projeto Floresce uma Vida com o Serviço de Estimulação Precoce facilitou o acesso dos RN de risco à assistência preventiva (BRASIL, 2004b), pois a busca ativa por esses bebês era feita mediante a consulta aos dados do SINASC e eram enviadas cartas de comparecimento às mães, conforme estabelecido no fluxograma inicial (RIBEIRÃO PRETO, SMS, 1995) e apresentado no **Anexo 3**. Essa estratégia de aproximação, implantada com a alocação das auxiliares de enfermagem da SMS nas maternidades, possibilitou o agendamento, a captação e intervenção precoce relacionada a esses bebês nos serviços especializados, prevenindo agravos no crescimento e desenvolvimento.

"Antigamente não tinha esse contato direto com elas (Floresce uma Vida)... **a nossa busca era uma busca ativa.** A M.A., da informática, mandava a relação dos nascidos vivos e a gente buscava os critérios de risco... cada um... e **mandava carta pra agendar. A pessoa recebia aquela carta sem nenhum dado** assim: 'Você ta sendo comunicada... não... convocada'. **porque a cartinha é... de convocação.** 'Você está sendo convocada à participar da Estimulação Precoce'...blá...blá...blá... E ficava muito assim... **faltas muito grande, o trabalho que a gente tinha... muito maior.** E a dúvida quando a mãe chegava no serviço?... muito maior ainda, né. Porque ela recebia a convocação e ela não sabia o que tava fazendo ali." E1

"Olha, se a gente for olhar um pouquinho pra trás, facilitou muito o serviço. Tirou um pouco a nossa função de busca, que a gente tinha que ficar avaliando o SINASC... **Foi um benefício para a criança... otimizar a nossa triagem, nosso contato o mais cedo possível com a**

criança de risco... Então a gente fazia busca com a criança já mais velha. E aí, até que chegava essa carta. Às vezes o endereço não achava. Então, a partir do momento que elas (Floresce uma Vida) pegam ali no nascimento, isso melhorou muito pra gente.” E3

“No início, as crianças chegavam com dois anos (no Serviço de Estimulação Precoce). Quando a gente começou a busca, diminuiu um pouquinho, mas agora, elas chegam, às vezes, até antes de um mês. Isso foi depois dessa articulação mais efetiva com o Floresce. Já vem agendado do próprio hospital. Está bem articulado, eu acho... Pra nós (Serviço de Estimulação Precoce) seria muito mais difícil porque nós teríamos que ir buscar. Então seria um tempo a mais, que a gente já não tem pra fazer... Seria um retrocesso porque já está tão ágil. Teria que esperar mais de um mês ali pra chegar pra gente, pra gente conseguir todos os bebês de risco, um por um que a gente ia ´tizando` e aí mandar cartinha. Essas crianças chegariam pra gente bem mais tarde... Começaria lá no quarto, quinto mês (de vida). Pra criança seria uma perda, também pra mãe, pra gente. A gente já poderia estar detectando coisas mais cedo, né.” E4

“Elas chegavam mais velhas aqui. Chegavam com uma idade de um ano, às vezes até com dois, três anos. Porque vinham encaminhadas também, né... de outros serviços pela necessidade que elas apresentavam pra poder estar participando do nosso serviço. Mas a gente não pegava lá no começo (maternidade). Então eram crianças assim que tinham um comprometimento até maior, crianças que precisavam de uma atenção maior... que não eram de prevenção, eram de um atendimento mesmo... porque vinham mais velhas pro nosso serviço. Então com o Floresce a gente teve a possibilidade de pegar essas crianças muito mais cedo, né muito mais precocemente pra poder estar atuando e acompanhando o desenvolvimento desse bebê... Ah... se não tivesse o Projeto, a gente ainda estaria caminhando de passos lentos... não estaria abarcando todas as crianças que a gente tem agora. Talvez a gente não estivesse assim... tão ligada ao processo de prevenção. A gente estaria bem voltada pra intervenção. Porque elas chegariam mais tarde. Porque a gente vê que através dessa parceira com o Floresce, da demanda dessas crianças, a gente reformulou até um pouco o trabalho em função disso. Então a gente foi mais para o lado da prevenção, do lado da criança chegar cada vez mais cedo no nosso serviço e não precisar de atendimento, né. Então ela tem um grupo onde ela é assistida, orientada (a mãe) e aí ela não precisa estar chegando mais tarde que era o processo sem o Floresce. Chegava mais tarde, às vezes até já com uma intervenção maior de atendimento mesmo.” E9

*“No momento da triagem, do encaminhamento pro serviço. O Floresce, nas maternidades, quando preenche o protocolo dos riscos que pode afetar o desenvolvimento e esse bebê se enquadra, então aí o Floresce **encaminha pro nosso serviço**, onde é feita a triagem aqui no PAM.” E6*

Tais ações preventivas estão em consonância com recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b).

A facilidade de acesso geográfico ao Serviço de Estimulação Precoce é um dos fatores facilitadores que a entrevistada considera para que ocorra o seguimento desses bebês, reduzindo o número de faltosos.

“... a demanda está aumentando um pouco. Principalmente por causa do local (centro da cidade). É um local privilegiado. Porque a gente estava num local que era de difícil acesso. A mãe tinha que pegar às vezes quatro ônibus pra chegar lá e a demanda era muito pouca. Então, quando nós viemos pra cá, nós percebemos que a demanda aumentou bastante. Porque é muito mais fácil pra elas estarem vindo aqui para o centro. Então elas vêm mais.” E9

De acordo com Starfield (2002) a atenção primária está orientada para atender às necessidades das pessoas, devendo disponibilizar serviços voltados para essas necessidades e alcançar um alto nível de desempenho no reconhecimento de necessidades existentes na população. Para a autora, o desafio é identificar as situações nas quais uma intervenção é necessária e justificada.

4.3.3 Compreendendo o binômio mãe-filho na sua integralidade

A integralidade da atenção envolve o olhar para o paciente/cliente de modo a compreender todo o seu contexto de vida, não considerando apenas sua doença. Assim, a preocupação com o indivíduo vai além do olhar sobre o biológico, assumindo-se o compromisso de atender ao indivíduo em todas as suas necessidades (STARFIELD, 2002). Para tanto, o setor saúde fundamenta-se no envolvimento com todos os aspectos determinantes na vida da clientela, no caso, o RN e a puérpera.

O conceito de integralidade remete ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência de atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências

necessárias para atender aos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

O acompanhamento da criança, desde a sua concepção, com os cuidados que são necessários para o seu crescimento e desenvolvimento, inclui a busca por assegurar o atendimento pré-natal, conforme recomenda o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c). Deve-se buscar olhar a criança de modo global em seu crescimento e desenvolvimento, com acompanhamento adequado por profissionais capacitados para a atenção ampliada, seja ele médico, enfermeiro ou outro profissional da saúde.

“A gente (profissionais do Serviço de Estimulação Precoce) acaba vendo de tudo um pouquinho, a linguagem, o desenvolvimento cognitivo, a audição e orientação às mães, quanto à alimentação e o desenvolvimento global da criança.” E4

“Então o primeiro vínculo dela (mãe) com o posto é com a enfermeira. Aí ela (enfermeira) já vê a parte da amamentação, dá uma avaliada na mama, né... vê como este nenê tá mamando. Aí depois que é feito o teste do pezinho, a vacina, né?... tudo nesta primeira consulta. E depois é a consulta com o pediatra... em torno mais ou menos de sete a dez dias que a gente tenta marcar.” E5

“Ah, é interessante assim... entender o nascimento, entender a situação, tudo o que permeia a chegada daquele bebê na casa, os cuidados dele, a rede de apoio. A gente consegue olhar pras questões físicas, fisiológicas, mas também para a interação, pra afetividade. Eu gosto muito. É a consulta de puericultura que mais me atrai. A primeira consulta do bebê a gente vibra.” E10

“Envolve o binômio também porque a gente aproveita a consulta com o bebê pra checar a mãe. Da própria amamentação, as dificuldades da mãe, não só em técnicas de aleitamento, mas as dificuldades outras... ‘olha, eu não estou conseguindo cuidar do meu bebê, não estou conseguindo dar o banho, o meu peito não foi trabalhado ou o meu peito não deu certo, estou com uma dificuldade assim, assim’. A gente tenta ajudá-la em todos os lados dessa nova etapa da vida dela.” E11

Os profissionais que atuam no Projeto percebem essa integralidade na atenção, compreendendo que a ação desenvolvida vai além de um simples agendamento de consulta na Unidade de Saúde. Essa ação amplia-se nas orientações fornecidas, na percepção da importância de todos os serviços disponibilizados pela rede básica de saúde

do município, tais como teste do pezinho e esquema de vacinação, bem como as orientações e apoio à mãe no que diz respeito à amamentação.

*“... vou **conversando uma a uma**. Vou **orientando**. Vejo se tem alguma dificuldade. **Converso com elas**, né.” E2*

*“... eu **passo a orientação da consulta, do teste do pezinho, da vacina** que vai ser feita no nenê. **Quando tem Estimulação Precoce**, também (data) da estimulação precoce. **E também algumas orientações de amamentação, né, de cuidados com o nenê**.” E5*

*“O que é bonito de ver é que **elas** (funcionárias da SMS) **vão conhecendo toda a integralidade**. Não é só passar pra mãe ir lá no posto. Mas informar porquê é importante colher o teste do pezinho, porquê é importante ela ir no teste do pezinho do terceiro ao quinto dia. **Porquê a vacina** (Hepatite B) **já é feita no hospital**. **Porquê é importante** ela fazer a **vacina BCG** na primeira semana, se o nenê estiver bem. **E a parte da amamentação**, eu acho que nós ganhamos muito com o Floresce.” E7*

*“A gente faz a **orientação do teste do pezinho, orienta bem a mãe até ela ficar bem... você vê que ela entendeu que a datinha da consulta é importante pra ela ir**. A gente confirma bem a data da consulta. **Aí, a gente vê peito**, né, se tá fissurado, machucado. **Se o nenê tá mamando direito, se tá pegando direito**. **Tudo isso a gente vê**. Então, **se tiver algum problema...** um machucadinho qualquer, qualquer esfoladinho, a gente **tá avisando o posto que a mãe está indo embora** e tá acontecendo isso no peito. **E ela tá orientada a tá procurando a unidade**.” E8*

*“... a **criança** está sendo **acompanhada bem mais cedo**, tá chegando pra gente mais cedo **e o olhar também no hospital tá sendo diferente pra essa criança**. Então **ela está tendo um cuidado maior na hora de estar sendo atendida lá, de estar sendo até marcado pros postos**. **Ela está tendo um olhar melhor** da parte assim, podemos dizer, **globalmente do médico, da enfermagem, das meninas do Floresce que estão sempre atentas às crianças que estão nascendo**. Que estão olhando pra elas (crianças) dentro dos nossos critérios... então **a coisa tá ficando diferente**. Então eu acho que isso é uma articulação muito gratificante. E9*

Dentre as ações desenvolvidas, já citadas anteriormente, destaca-se que em alguns momentos não houve abordagem da temática acerca do incentivo ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do RN durante as visitas das auxiliares de enfermagem do Projeto às enfermarias nas maternidades onde atuam. Desse modo,

durante as observações, nem todas as puérperas receberam as orientações com foco nas práticas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, amplamente descritas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004b). O que encontramos é que, além da amamentação em livre demanda, sem oferecimento de qualquer alimento ou líquido além do leite materno, essas profissionais reforçam as orientações fornecidas pela equipe de enfermagem no Alojamento Conjunto, tais como posicionamento correto da mãe e do RN para a amamentação, prega e pegadas corretas, identificação de intercorrências mamárias nesse período e orientações acerca dos recursos disponibilizados à mãe e ao RN em casos de intercorrências, incluindo para onde ir e a quem recorrer.

Estudo desenvolvido por Escuder; Venâncio; Pereira (2003) estimou o impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. Foi demonstrado que as crianças amamentadas apresentaram significativa redução das duas principais causas de óbito no primeiro ano de vida (pneumonia e diarreia), sendo as frações de mortalidade evitáveis por amamentação superior a 60% para infecção respiratória e 80% para diarreia nos municípios estudados.

A preocupação com a integralidade está presente no cotidiano do trabalho de um entrevistado, ampliando as possibilidades de interação e escuta da clientela durante todos os atendimentos, agendados ou não.

*“... quando **alguém da unidade visse uma mãe entrar com um nenê no colo, acolher ela assim...** e ver que ela pode estar com um monte de dificuldade. Que **ela não foi lá só pra fazer o teste do pezinho, que ela não foi lá só pra fazer vacina. Sabe, eles tinham que ver a mãe como um todo, como pessoa. Sabe, porque às vezes a gente tem assim situações que a mãe passa pelo posto, ela passou por diversos profissionais... ninguém viu a mama dela, como ela tava. Não viu às vezes o interior dela, como ela tava. Se ela tava assustada, preocupada. Então você vê tudo isso, entendeu. E5***

A temática do acolhimento na área da saúde, no Brasil, tem sido veiculada nos documentos oficiais do Ministério da Saúde e em pesquisas, ganhando ênfase juntamente com discussões sobre acesso, humanização, escuta e integralidade da atenção à saúde. O acolhimento é considerado como espaço de escuta às necessidades de saúde do usuário

que chega à unidade, promovendo atendimento humanizado e melhor resolutividade (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

No contexto da atenção básica, o PSF se propõe a articular universalidade, equidade e integralidade, procurando entender a família e o seu espaço social; criando vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade; promovendo o desenvolvimento de ações intersetoriais através de parcerias; estimulando o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, a organização da comunidade e o exercício do controle social (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; CHIESA, 2005).

O PSF é considerado um avanço por favorecer a realização de ações de saúde além dos muros da unidade, tem o propósito de contribuir para um maior envolvimento dos membros da equipe com a população da área de abrangência, ampliando o olhar que não se limita à dimensão biológica, mas expande para as dimensões sociais e humanas (CHIESA, 2005). Para essa autora, o Programa Saúde da Família (PSF) possui maior capilaridade no território em que atua, potencializando a operacionalização da equidade, porque, conhecendo melhor a população, procura realizar ações diferenciadas, voltadas para as reais necessidades de saúde. Nesse sentido, a equidade potencializa a resolutividade na atenção básica à saúde.

A integralidade da assistência à saúde tem sido colocada como busca de uma integralidade ampliada, na articulação institucional, intencional e processual das múltiplas integralidades focalizadas, em que cada serviço de saúde vitaliza fluxos a partir das necessidades das pessoas e população (CECILIO, 2001).

A interação é favorecida mediante o acolhimento, tanto na maternidade como depois na unidade de saúde, no qual a clientela sabe o nome do profissional, há respeito, aproximação, compreensão e vínculo.

“É o primeiro contato com a mãe. Aí eu pego o endereço... Primeiro eu falo o que é o meu serviço. Eu falo da onde que é (SMS). Porque a mãe não sabe, né. A gente tem que se identificar. Aí eu falo que sou da Secretaria da Saúde, que eu vou marcar consultinha pra ela e o bebê no posto. Então é o primeiro contato que a gente faz.” E8

“O serviço (Floresce uma Vida), você vê, é bastante aberto. A M. tá sempre disposta ali. Ela vai, quando precisa. Ela atende por telefone. Resolve fora de hora. Então, ele tem bastantes regras, mas uma

informalidade também que permite essas saídas, né. Quando ela percebe que uma mãe não tá bem atendida, ela vai e acolhe.” E3

“E a gente sempre procura passar pra elas, em treinamentos, em reuniões que não basta... que se fosse só colocar um número... uma cadernetinha com um número, com endereço do posto, uma data com o nome do médico, da enfermeira... Isso... qualquer um tem essa habilidade pra fazer, né. Mas na verdade, é bem mais que isso. Você está indo numa outra instituição vender o peixe de como é que é o sistema público que está aberto pra elas (mães). Tentar aproximar a paciente do posto mais próximo da casa dela. Então, acho que esse é um dos princípios... Então, o que a gente fala pras meninas... o trabalho delas, das auxiliares de enfermagem, das estagiárias, ele é maior que cadastrar, agendar e entregar carteirinha. Porque se ela não tiver uma conversa ali com a mãe de entendimento, de objetividade, de clareza do que ela fala... se a paciente não entendeu direitinho ... isso não se efetiva. Ela pode marcar consulta, pegar o número Hygia, mas se ela não tiver habilidade pra passar isso ou se ela for numa hora inadequada com essa mãe, não vai acontecer o que a gente quer. O que a gente quer é... a consulta marcada na primeira semana de vida pro bebê e pro binômio, né. Se a gente não souber esclarecer isso, conversar da importância disso pra mãe ou de escutar essa mãe, ela vai faltar. Ela não vai dar importância. Então, eu acho que nós melhoramos muito, avançamos muito nisso... elas têm que saber a hora certa de orientar, o que falar, como falar e também de não atrapalhar o andamento da própria maternidade... tem que ter muita paciência, habilidade e tentar formar o vínculo. Ele é mínimo, mas tem que ter um olhar, conversar com carinho, sem pensar no tempo que está gastando. Porque senão, o trabalho... ele se efetiva ali na hora. Mas depois, na avaliação, a gente vê assim que, às vezes, a mãe não chegou no posto... Ela pode agendar 100% das mães e crianças. Mas não basta ter o agendamento. Ali na telinha (computador) estar garantido e a carteirinha estar entregue. Porque se foi falha a orientação por algum motivo... horário, momento, tudo... a mãe não (ênfase) chega no posto.” E7

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) busca afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização do SUS. Relevância ética, de acordo com o documento do Ministério, no que se refere ao compromisso de reconhecimento, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, seus modos de viver, sentir e estar na vida.

A produção de indiferença perante as necessidades do outro enfraquecem os laços coletivos, uma vez que as relações se estabelecem entre os sujeitos, nos vínculos que eles constroem. Surge, então, o desafio de reativar a capacidade de cuidar ou estar atento para acolher (BRASIL, 2006).

O relato de uma entrevistada destaca a atuação do Projeto no que concerne à atenção, ao apoio, suporte oferecido às mães e às ações desenvolvidas para o cuidado do binômio, reconhecendo um diferencial nessas ações.

“... a mãe, hoje em dia, do serviço público é muito mais assistida do que uma mãe do privado. Então, ela já sai do hospital agendada a próxima consulta. A gente que tem convênio, não sai do hospital com a consulta do pediatra marcada. Você tem retorno com o gineco. Aí, você é que vai correr atrás. Eu tive também problema com amamentação e tive que correr atrás. Não tinha ninguém me carregando, não. Então, eu acho que a mãe que dá valor, que tem consciência dessa importância, que é mais atenta com a criança e com ela mesma, eu acho que ela se sente bastante apoiada, com suporte.”
E3

Quando ocorre a identificação de intercorrências com algum RN, as auxiliares de enfermagem da SMS acionam os serviços municipais disponíveis para atender às necessidades da criança, quer seja relativa a atendimento e seguimento básicos, quer seja especializados.

“Quando tem algum caso assim... de bebê que tem lábio leporino, fenda palatina... malformação, eu passo pro NADEF via telefone... eu falo: ‘ó aqui no hospital tem um bebê que nasceu com lábio leporino, né’. Aí, às vezes, elas até falam: ‘eu vou tá indo aí.’ Porque às vezes tem um bebê que não pega o peito, né. Então elas vêm no hospital. E às vezes elas falam ‘ah, então tá, pode deixar que a gente entra em contato’ ou elas falam ‘tal dia você pede pra mãe tá procurando.” E2

“A gente passa essa criança quando acontece de ter fissura palatina, lábio leporino. Então, tem o serviço da prefeitura que a gente avisa, que é o NADEF, né e eles vêm até o serviço pra estar agendando essa criança. Mas aí o agendamento é feito por eles mesmos. A gente só passa a informação que a criança nasceu. Então a gente liga no NADEF e eles vêm aqui (maternidade) pra marcar.” E5

“No PAM, que é a estimulação. É o trabalho que tem pros nenezinhos de alto risco. Os de risco são os de baixo peso, o nenezinho que faz parto fórceps a gente tem marcado também. Então por isso a gente marca, né num serviço de prevenção. Não é que o nenê tá doente. É de prevenção...” E8

Na unidade de saúde que atende ao binômio, a preocupação com a mãe e criança passa por todos os profissionais envolvidos no atendimento, no cuidado direto ou não dessa clientela, garantindo assim a atuação de um modo integral, com uma visão global da mãe e criança nessa etapa da vida.

“E fica assim... se eu estou responsável por aquela consulta, o agente comunitário que visitou... se é um bebê que eles visitaram, eles param, perguntam como é que está o peso, como é que está a mãe O auxiliar de enfermagem que visitou entra. A mãe percebe que ela fica, assim, no holofote. A mãe e a criança... é... a atenção está mesmo voltada pra elas... você vê que elas gostam daquilo... ‘ah, deixa eu ver como é que está. E o peso?’. Parece que é legal... é legal pra elas e pra nós. A gente tem uma preocupação muito grande com essa população.” E10

“A gente segue a idéia da estratégia (saúde da família), né, de não olhar, não dividir as pessoas em órgãos ou em situações ou em momentos... ‘hoje eu só vou ver isso, eu vou ver só aquilo’. Não, a gente procura, em todas as consultas, checar, no caso mais específico da mãe e do bebê, os dois. Porque não adianta eu ver só o bebê e a mãe estar lá com um problema muito sério e não estar conseguindo cuidar da criança. Aí a gente percebe o que... qualquer momento que a mãe esteja passando influencia no binômio, influencia no cuidado, no desenvolvimento da criança, no aleitamento, na higienização, no entendimento do que está acontecendo. Então a gente usa isso aí nas consultas.” E11

“É, sempre é abordada a mãe também em todos os aspectos, principalmente as primigestas que tem maiores dificuldades. Tanto o aleitamento, a questão da anticoncepção, a sexualidade, quando pode ou não... a abordagem acaba sendo de um modo integral.” E13

4.3.4 A continuidade do cuidado para mãe e criança

Os relatos dos entrevistados demonstram que a preocupação com a continuidade da assistência permanece após o parto hospitalar e a alta. Quando questionam a puérpera acerca do médico ginecologista ou pediatra da unidade de saúde, não se referem a estes como uma questão de preferência materna, mas reconhecem que a continuidade da atenção à saúde é muito importante para que o vínculo entre profissional de saúde e clientela se fortaleça.

Envolve, também, a possibilidade dessa mãe ser seguida pelo mesmo profissional no pós-parto, o que facilita o cuidado, pelo conhecimento e vínculo que se forma entre profissional e cliente o que, de acordo com Starfield (2002), caracteriza a longitudinalidade, sendo uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde, independente do tipo de problema de saúde ou até mesmo da presença de um problema de saúde.

Essa relação poderá ser estabelecida entre um paciente e um médico ou uma equipe de médicos e profissionais não médicos. Por intermédio dessa relação, os profissionais passam a reconhecer os pacientes e os pacientes passam a reconhecer seus profissionais com o passar do tempo (STARFIELD, 2002).

“Aí eu vou conversando mãe por mãe... confirmando os dados, perguntando onde ela fez o pré-natal, que unidade que ela fez, o médico que ela fez. Porque isso é importante, porque a gente tem que marcar com o próprio médico que fez o pré-natal... dá uma sequência. Devolver o médico pra ela, né? Algumas unidades a gente não consegue. O médico saiu neste intervalo, tá de férias. Mas assim, na maioria das vezes a gente consegue. E marcar a primeira consulta do nenê. Eu procuro também assim já ver com essa mãe se ela já tem um pediatra que ela já tem um vínculo na unidade... que eu acho que isso é importante pra ela estar voltando.” E5

Há preocupação também com a continuidade do cuidado iniciado nas maternidades, particularmente quando se identificam situações de riscos e intercorrências neonatais e/ou maternas.

“É uma assistência à saúde mais completa, né porque o Floresce já dá o seguimento pro bebê de risco. Na hora que ele detectou lá (maternidade), ele já tem articulado um programa que é a estimulação, que não é um programa, é um serviço. Mas ele já tem articulado, com a continuidade do bebê que nasceu em risco de atraso de desenvolvimento na maternidade. O Floresce já tem esta articulação com a estimulação que já dá continuidade da assistência à saúde. E3

“E depois, você vê nas reuniões ou mesmo pelo sistema Hygia, você vê que elas (funcionárias da SMS alocadas nas maternidades) buscam, pra saber se ela (mãe) foi (na consulta), se ela tá vindo. Quando acontece alguma internação, elas sabem direitinho... ‘mas porque a senhora voltou, a senhora não foi no posto, o que é que aconteceu?’ Então, elas, apesar do pouco tempo e do pouco vínculo ali com as pacientes, elas conhecem. Então isso é muito legal.” E7

*“Então, se **tiver algum problema...** um machucadinho qualquer, qualquer esfoladinho, **a gente tá avisando o posto que a mãe está indo embora e tá acontecendo isso** no peito. **E ela tá orientada a tá procurando a unidade.**” E8*

*“... **a gente acompanha essa mulher** e se tiver tudo normal os exames dela, **até 36 semanas** e **depois** a gente **encaminha** pro Projeto Nascer e o fluxo nosso aqui atualmente é pro HC Campus. **Ela termina lá o pré-natal** dela, **tem o bebê lá e assim que o bebê nasce e vai receber alta, a enfemeira** do andar, acho que é, **liga pra unidade e avisa** ‘olha, nasceu o nenê da fulana de tal.’ E11*

Um dos entrevistados ressalta que a consulta, o seguimento da criança na unidade de saúde, é indispensável para a atenção materno-infantil, pois o cuidado recebido na maternidade é insuficiente para dar conta das dificuldades do binômio mãe e filho após a alta hospitalar.

*“Eu acho importantíssimo. Quanto ao exame físico da criança, **eu creio que saindo do hospital, as crianças são bem triadas** quanto à exames ou todo o exame físico. Mas certamente, **com relação à evolução, dificuldades no aleitamento, cuidados com o coto umbilical, vacinação, teste do pezinho.** Isso (atendimento na unidade de saúde) **acaba sendo uma garantia. Não creio que só o cuidado na maternidade vai acabar dando conta disso.** Por isso eu acho importante.” E13*

No Serviço de Estimulação Precoce, as crianças são inseridas, após triagem, em grupos de atendimento e são acompanhadas por um período de 18 meses. Os primeiros seis encontros são mensais e após esse período, as crianças são agendadas a cada três ou quatro meses. O intuito deste atendimento é acompanhar o desenvolvimento dessas crianças e os entrevistados ressaltaram a importância de um vínculo com os pediatras das unidades de saúde para um atendimento mais amplo, tendo como eixo o crescimento e desenvolvimento da criança.

*“E, **durante estes encontros,** a gente **entrega um manual,** que a gente **conversa sobre o mês que a criança está.** Então vem a avaliação e eu já vou marcar mês que vem... 1º grupo.. .ai eu vou **conversar sobre o 1º, 2º e 3º mês** basicamente que eles vão estar. Tem algumas crianças com 2 meses, algumas chegando no 3ºmês e faz a avaliação individual da criança. **Vê os reflexos primitivos, vê como a criança está, vê a parte da amamentação,** se tá mamando ou não, se tá com mamadeira ou*

não, chupeta, uma série de coisas. Então faz o grupo, faz avaliação. Aí marca na carteirinha o **retorno depois de 1 mês**. Aí vai vir com 4 meses. **Aí a gente vai retornando até o 6º mês.**" E1

"Eu acho (o atendimento) **uma continuidade**. Vendo o nosso lado, o Serviço de Estimulação. **Se a criança teve um risco ao nascimento, a mãe algum problema, com esta articulação, o bebê está sendo encaminhado direto pra gente aqui. Aqui a gente já acolhe a mãe, já conversa. A gente vai acompanhando todo esse período junto com o pediatra que vai estar vendo o peso, o crescimento da criança. A gente vai vendo o desenvolvimento.** Eu acho que **é um complemento** que nem uma criança que teve algum problema, uma anóxia, que seja leve lá (maternidade) e aí não vão saber como é que vai ser o desenvolvimento desta criança. O G.O que recebeu esta criança ou o pediatra depois não vai ver mais, **a criança vai seguir na rede, com o pediatra** e não aquele que pegou ela vai ficar acompanhando. Eu acho **que esse entrosamento com o Floresce é o desenvolvimento da criança completo**, parte motora, linguagem, a criança madura **e também um apoio para mãe**, né. Porque por mais que a gente fale: 'ah, é mais um atendimento, mais uma dúvida na cabeça da mãe', o que a gente tenta passar é que se fosse ver, **o trabalho que a gente faz aqui no grupo**, aqui você **vai ter oportunidade de conhecer o desenvolvimento normal, que seria natural para todas as crianças.**" E1

Uma sugestão apresentada sobre a articulação entre o Serviço de Estimulação Precoce e as unidades de saúde é a melhoria na comunicação entre médicos pediatras e profissionais que atuam na estimulação das crianças. Os relatos apontam que a troca de informações favoreceria a criança, pois haveria uma complementaridade do cuidado. Ressalta-se que existe uma carta enviada aos pediatras, na qual constam dados da criança e o que se propõe o Serviço de Estimulação Precoce.

"Nós temos uma cartinha que a gente manda pra eles (pediatras), **que explica todo o nosso trabalho** e com nome e Hygia da criança. Deixamos telefone e a gente pede pra mãe: 'olha, quando você voltar no pediatra leva a cartinha pra gente manter contato'. Porque **a gente pode trocar idéias** se, de repente, a gente precisar de alguma coisa." E1

"No momento da avaliação, da triagem, a gente tem uma cartinha. Nós elaboramos uma cartinha exatamente também por dificuldade de comunicação. Pro pediatra entender um pouco do nosso serviço. Porque, muitas vezes, a mãe é desestimulada a participar porque o pediatra falava 'ah, mas a criança tá normal, não tem nada, não precisa levar não'. Na verdade, **porque os pediatras não conheciam o nosso serviço, que é preventivo**. Então, nós elaboramos essa cartinha. Como **é muito difícil fazer um contato verbal, então tem que ser escrito. A**

*gente manda isso, pede (ênfase) pra mãe entregar, espera (ênfase) que mãe entregue. A gente não tem uma contra-referência se a mãe entregou ou não. Nunca recebemos contra-referência, desses bebês de risco, de pediatra, não. Quando é uma criança já com deficiência ou com atraso que vai pro NADEF, às vezes tem uma contra-referência. Mas nesses casos, não. Fica só assim... que **a gente espera que a mãe entregue, que eles guardem lá e lembrem que a criança tá freqüentando.**" E3*

*"É feita **uma cartinha dizendo que essas crianças vão estar sendo acompanhadas preventivamente.** Porque a gente ainda tem muita dificuldade. Eu acho que até o Floresce, pra gente, vai tudo bem. Quando a criança vai pra rede aí tem a dificuldade. Eles (médicos) ainda têm muito essa visão curativa. Então 'não, não tem nada, não precisa ir' ... ainda temos problemas." E4*

O seguimento deve ser um processo amplo e contínuo, tendo como eixo norteador o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, realizando avaliação e intervenção. As práticas de saúde e de enfermagem, nesse processo, além de referências técnicas, implicam medidas promocionais, preventivas, terapêuticas e de interações com a criança, a família, a comunidade, os serviços de saúde e outros setores sociais (MELLO et al., 2002; FIGUEIREDO; MELLO, 2003).

É importante desenvolver uma atuação qualificada e intervenções na promoção da saúde, prevenção de doenças, manutenção, recuperação e reabilitação da saúde, de forma indissociável, na perspectiva do cuidado integral à saúde individual e coletiva.

4.3.5 Coordenação da atenção: compartilhando informações, aprimorando a atenção à mãe e à criança

A troca de informações entre o Projeto Floresce uma Vida e os setores a ele articulados acontece com o intuito de favorecer o atendimento à clientela, a partir do conhecimento compartilhado entre os profissionais, das questões de saúde de cada indivíduo assistido.

Desse modo, encontramos, nas falas dos entrevistados, as relações existentes entre os setores de atenção, quer seja mediante reuniões realizadas, quer seja a partir de relatórios emitidos ou comunicação telefônica.

“... hoje, até aquela gestante que interna pra inibir trabalho de parto ou que interna no começo da gestação por alguma dificuldade, até essa **o Floresce, atualmente, está monitorando na hora em que ela tem alta pra avisar o posto. Então, essas três funcionárias que ficam na maternidade... é como se elas fossem os olhos do Programa da Mulher e do Programa da Criança. Eu acho que é uma articulação de Programas**, né, o Programa da Mulher, o Programa da Criança, DST/AIDS, Estimulação, né, e outros ... até a Vigilância Epidemiológica porque, às vezes, algumas doenças de notificação... E o **contato delas** (profissionais de saúde do Floresce) **com as unidades, via telefone**. Sempre via telefone. E o que a gente também conseguiu foi que elas **participassem das reuniões mensais do Serviço de Assistência Domiciliar** (SAD)... Então, geralmente, dos problemas mais sérios, nessa reunião a gente faz algum estudo de caso. Como é de visita domiciliar, sempre tem caso de criança. Porque um dos focos da assistência domiciliar, é visita pra recém-nascido de risco... **Hoje**, a gente tem uma **integração grande** nos propósitos, nos objetivos, nas finalidades **com o Programa da Mulher, o Programa de DST/AIDS, o Serviço de Estimulação Precoce**. ... Geralmente assim, **através das reuniões...** é reunião mensal... **É onde a gente troca informações.**” E7

“A gente tem uma **reunião mensal** onde a gente participa **junto com o pessoal do Floresce pra que a gente possa estar até acertando algumas coisas...ou até introduzindo algumas coisas pra poder estar fluindo melhor o serviço**. Mas elas ...dentro do hospital elas fazem um trabalho de estar mandando as crianças pra gente... já pré agendadas no computador, né.” E9

“A **gente tem uma carteirinha** que a gente dá pro Floresce. Então quando as meninas vão marcar o começo do atendimento no posto, essa carteirinha **vai** junto, **grampeada**, que ela já sabe que ela tem um atendimento aqui. **Aí tá melhorando o conhecimento das pessoas no posto.**” E9

“E eu acho que **melhorou** muito também **a articulação da Secretaria com as maternidades. É um jeito das maternidades conhecerem um pouquinho o que é que a gente faz aqui fora**. Então dá pra se trabalhar junto com as maternidades. Ninguém é melhor, nem pior. **Nós estamos juntos...** Então, a gente **acaba fazendo um elo** muito grande. **Eu acho que quando o elo é uma coisa boa, atrai coisa boa, não tem jeito de dar errado.**” E7

Esta integração é vista pelos entrevistados como forma de garantir que a informação seja fornecida a todos os responsáveis pelo cuidado do paciente, com vistas à discussão das possibilidades de atenção a serem disponibilizadas pelos serviços, corroborando com estudo de Pinto (2000).

*“Para a estimulação precoce a gente tem um relatório que passa mensalmente pras meninas todas as crianças que foram agendadas... agora **quando eu passo a criança pra unidade, se ela tem estimulação eu também passo a consulta da estimulação**, que é pras meninas (unidade de saúde) estarem reforçando pra mãe não esquecer de ir, né.”* E5

*“Sempre por telefone. E tem aqueles **casos** que são **mais complicados...** normalmente a gente pede uma visita (domiciliar) **antes pro pessoal do posto, pra ir na casa, pra ver as condições, pra gente saber pra onde está indo este nenê e as condições da casa, né. Aí a gente tem um retorno da enfermeira do posto.** Normalmente elas me retornam. Aí falam ‘olha, acontece isso, isso e isso na casa, é assim, assim, assim.’ **Aí a gente passa pra doutoras, pros pediatras e eles, com a Assistente Social, vão decidir se vai mandar a criança pra esse lugar.** Tem criança que, às vezes, precisa ser abrigada por causa das condições... as condições da mãe, muitas vezes, da casa.”* E8

*“Então, **no começo, a gente não tinha essa ligação.** Eu acho assim, foi crescendo, foi um ganho muito grande. Porque no começo a gente tinha uma conversa. A gente não tinha assim... **os critérios não eram passados pra elas. Não tinha uma informação maior** das meninas que fazem os estágios. Mesmo as meninas que fazem o Floresce acontecer (profissionais de saúde do Floresce). A gente não tinha uma ligação muito grande. Então... ah... estimulação... ah... Floresce. **Então vamos juntar.** Vamos juntar, mas não tinha uma ligação, **não tinha um conteúdo maior de aproximação entre a gente e mesmo de esclarecimento do nosso serviço pra elas e do serviço delas pra gente.** Então a gente conhecia o Floresce, mas o que é o Floresce, né. Então, a partir do momento que **a gente percebeu que não dava só juntar... que a gente precisava estar conversando, trocando idéias, passando informações umas pras outras. Aí o ganho foi maior. Otimiza o serviço... busca a mesma coisa.** E a gente assim... tem **o foco que é a criança** (ênfase), né... que é a mãe, que é a criança. Então, o foco é o mesmo. Então, a gente precisa estar juntando pra fazer isso. E a gente não tinha. Então elas lá (no hospital)... nascia... ‘pra quem encaminha?’ Quer dizer, **a gente não tinha uma informação maior, quer dizer o conceito de cada trabalho.** Quando a gente teve isso... teve assim... **saber mesmo o que cada uma oferece de trabalho e poder uma estar ajudando a outra nesse sentido de melhorar a qualidade de vida das crianças e a qualidade do serviço...** aí que melhorou mesmo (ênfase).”* E9

O contato das unidades de saúde com o Projeto Floresce mostra que os profissionais de saúde trocam informações acerca das dificuldades enfrentadas e do estado de cada paciente, para planejar o cuidado e a melhor estratégia de atenção para a continuidade do cuidado.

“A mãe veio um retorno, depois não veio mais. Aí a gente pede uma visita... **eu tô sentindo muita resposta nessas unidades. Pelo menos nessas que eu liguei. Então, no mesmo dia eu liguei de volta e elas já tinham uma resposta pra mim, elas já iam em visita dando a data pra mãe... Com a parte da enfermagem, agentes, eu vejo que eles são muito receptivos.** Nunca me deparei com algum caso que eles não dessem atenção. **Todos foram atenciosos nas unidades.** Eu acho que é por aí mesmo. **Quando não vem, a gente acaba ligando mesmo... Quando a gente precisa, liga na Secretaria.** Eu acho que **essa ligação ficou mais forte agora. Antes, a dificuldade também era maior. Da gente se comunicar, de ter que fazer um comunicado, né, por escrito, por falta de agendamento. Então com essa melhora na comunicação melhorou tudo. Melhorou agendamento.** Hoje são agendados quase todos os bebês de risco. Antes não acontecia. Ficavam muitos de fora por essa falta de comunicação. E isso melhorou, facilitou, melhorou bastante.” E4

“... **no começo, você ligava no posto, a pessoa não conhecia o nosso programa.** ‘ah, mas porque você tá passando essa criança, que aconteceu?’ Às vezes você tentava, falava... olha é um baixo peso, não tá mamando direito. Mas **não tinha essa visão.** Hoje melhorou muito, melhorou bastante... Então **melhorou.** Então eu acho assim...**vem tudo evoluindo, sabe pra melhor,** graças a Deus. **Porque quem ganha sempre é mãe e criança, né?”** E5

“... **às vezes tem alguma dificuldade lá delas...** tipo ‘olha... essa criança a gente vai agendar? Precisa agendar?’ ‘Não, pode agendar. Não, essa não precisa.’ Ou mesmo a gente... ‘olha, tem uma criança aqui que a gente perdeu. Vocês podem estar indo atrás, pra gente poder estar resgatando?’ **Então a gente tem essa parceria mesmo de contato, se precisar conversar tem livre acesso no telefone pra gente conversar.”** E9

“Eu acho que dentro da Secretaria, assim, a **divulgação do trabalho. Você acredita que tem lugar que a gente liga e a pessoa ainda não sabe?** Eu acho que **todo mundo, o pessoal todinho que trabalha no posto tinha que ter conhecimento.** Eu acho que não tinha que passar só pra enfermeira. **Todo mundo tinha que saber a importância do Floresce, né.”** E8

A DNV também é utilizada como forma de troca de informação entre os serviços. Desse modo, há fluxo de informações por meio de todos os sistemas de comunicação disponíveis para assegurar a qualidade da informação (PINTO, 2000) e a continuidade da atenção dispensada ao binômio.

*“Eu olho se tá incorreto. Às vezes eu falo até pra escrituraria. Os dados da mãe é a enfermagem que preenche. Se eu vejo que tá errado eu até falo pra ela. Ela fala: ‘ah, mas a mãe já foi embora. Agora só quando ela retornar’. **Aí eu preencho, coloco o Hygia do RN, as datas das consultas do bebê. Da mãe a mesma coisa, o Hygia e a data da consulta. Coloco a unidade que eu agendei, tá e confirmo o endereço,** se o endereço tá... o mesmo que eu tenho, né, no livro (de controle) com o da DNV. **Se não tiver o mesmo eu coloco ‘endereço no verso’, viro a DNV, coloco mãe orientada na DNV e coloco o endereço certinho que eu tenho.** Porque foi ela que me falou o endereço, tá?” E2*

*“Então, a DNV vai com as informações que eu agendei no posto. Então ali vai o **Hygia do nenê, o Hygia da mãe, o dia da consulta** que foi no posto, né. Então **quando ela (DNV) vai pra Secretaria ela vai com todas essas informações.** E a unidade que eu agendei, tá. E é importante assim... **quando a mãe às vezes pede pra marcar em outra unidade fora da área dela, a gente tem que marcar o endereço que ela tá morando.** Às vezes muda o endereço... na DNV tá um endereço diferente. A gente tenta mudar o endereço em observações (anotadas na DNV). Porque é assim... **aquela DNV vai pra onde você tá marcando. Se for uma área que não pertence a DNV então devolve.** Tem todo um processo aí em cima. Então **a gente tem que justificar porque que está marcando.** Então ali vai tudo o que eu fiz com a mãe aqui na maternidade... todas as consultas agendadas. E5*

*“Ali (DNV) eu ponho **o número do prontuário (Hygia) do nenê, datinha da consulta com o pediatra, datinha da consulta com a enfermeira, datinha da consulta da mãe, no médico dela, tudo e se tiver estimulação, a gente também anota, estimulação, dia tudo direitinho.**” E8*

Os entrevistados nos NSF relatam a demora no recebimento da DNV. Apesar dessa demora, verificamos que o atendimento precoce do RN não foi comprometido na unidade de saúde, face ao agendamento feito pelas auxiliares de enfermagem da SMS nas maternidades conveniadas ao SUS e a Estratégia de Saúde da Família, pois os NSF têm controle da população de seu território.

*“Mas **demora muito** pra chegar. **A DNV demora muito pra chegar...**” E10*

*“A DNV demora pra chegar pra gente... Quando chega, a gente já fez visita e tudo... **já viu mãe, bebê, amamentação... Já identificou risco...** As meninas (profissionais de saúde do Projeto) ligam pra gente, avisam, mas a gente já foi na casa... **Acho não... eu tenho certeza. Isso acontece por causa da estratégia** (Saúde da Família)... Os*

agentes estão sempre atentos às mães que vão ter bebê... e quando nasce elas ficam sabendo, às vezes, no dia que nasceu. Então a gente já sabe que vai fazer visita domiciliar..." E14

Os benefícios dessa troca de informações são descritos nos relatos a seguir.

"É, no fim nós acabamos ficando uma perna do Floresce, né. Porque é uma extensão. Nessa parte é uma extensão, porque na hora que elas percebem lá que a criança já tem risco, já... a gente já faz parte." E3

Atualmente, está bem mais articulado. Então hoje a gente participa mensalmente dessas reuniões, o que não era feito antes. Essas crianças já chegam bem mais cedo por conta do Floresce. Porque antes era muita dificuldade. E4

"Mas, no geral, eu acho que a gente avançou bastante no serviço. Então o Floresce foi enriquecedor pra gente poder estar divulgando. Porque a gente não tem muito tempo pra divulgação. De estar indo nos hospitais, de estar indo nos postos pra poder estar fazendo esse meio de campo aí... de estar explicando e oferecendo o serviço. Então, o Floresce foi uma ponte que a gente teve pra poder estar conseguindo isso. E através disso, a gente teve um espaço maior nos postos. Então os médicos, às vezes, até a enfermagem está podendo mandar as crianças pra gente. Pelo fato de estar sabendo que lá no hospital a criança é agendada. Então eles reforçam isso no posto e isso tá mudando bastante." E9

Além dos benefícios apontados, referentes à articulação entre os diferentes níveis de atenção, um entrevistado fez referência à importância destas parcerias e da avaliação de todas as ações desenvolvidas no intuito de melhor atender a criança no município de Ribeirão Preto, até mesmo mostrando os resultados de tais ações para a população a que o Projeto se destina.

"Pra tentar, não sozinha, mas junto com a equipe, ou mesmo aqui com outros setores, hospitais. Tentar fazer mais reuniões ou mais articulações pra ver o que podemos melhorar mais. Ver onde estão as falhas?... Agora eu acho que a gente talvez perca, ou falta suporte, na questão de avaliação mesmo, né... eu acho que a gente pode melhorar é na avaliação mesmo assim... de dados, de banco de dados. Isso tudo fortalece a gente... as relações humanas as relações interinstitucionais... Porque a gente discute, às vezes, a dificuldade. A gente acaba, às vezes, mostrando mais as dificuldades e não mostra muito no papel, os resultados. A gente fala até os resultados ou, meio

que ... empiricamente. Mas eu acho que isso é uma coisa que a gente precisa melhorar.” E7

4.3.6 Ações que permeiam o trabalho no Projeto Floresce uma Vida e os desafios para a qualidade do cuidado

O Projeto Floresce uma Vida, bem como os serviços articulados a este, desenvolvem atividades visando à qualidade do cuidado a ser disponibilizado à criança. Os profissionais envolvidos encontram, em seu caminho, facilidades no desempenho de suas funções, porém, em algumas instâncias, existem dificuldades que, na visão dos entrevistados, podem comprometer a assistência a esta clientela.

Dentre as dificuldades apontadas, encontra-se o sistema informatizado Hygia para o agendamento de consultas. Em algumas situações, este sistema não se encontra disponibilizado *on-line* para o agendamento (como é o caso dos NSF) ou está muito lento, com demora nas respostas às solicitações efetuadas (cadastro e agendamento). Essas situações não só foram apontadas pelos entrevistados, como também presenciadas pela própria pesquisadora no decorrer das observações realizadas nas maternidades.

“Agora a dificuldade maior é o sistema que é muito lento. Demora muito pra cadastrar essas crianças. Isso aconteceu depois que foi vinculado à internet o sistema Hygia na maternidade. Antes a gente não tinha esse vínculo com a internet. Tinha um modem, né que fazia esse trabalho. Agora já é direto na internet... Quando eu tenho um número grande de crianças, a gente tem dificuldade. Aí eu corro o risco de não conseguir cadastrar e agendar... e ir embora de alta. Apesar de assim... dificilmente aconteceu. A gente tem que dar um jeito, né? Mas corre o risco. Já aconteceu de chegar aqui e o sistema estar fora do ar e a criança sair sem o agendamento.” E5

“Então, se o sistema saiu do ar, o trabalho acaba não se concretizando completamente. Então, às vezes acaba sobrando pro dia seguinte ou elas (funcionárias da SMS alocadas nas maternidades) fazendo... pegando o telefone da mãe, ou manda depois, ou a mãe vem no hospital depois pegar a carteirinha, ou avisa o posto que a mãe saiu sem cadastrar, sem agendar. Uma das nossas dificuldades é essa... do sistema fora do ar, né, porque aí no serviço... aí não consegue, às vezes, agendar.” E7

Alguns profissionais podem julgar desnecessário o uso do Serviço de Estimulação Precoce por algumas crianças. Há também dificuldades vivenciadas por determinados

entrevistados ao abordar e esclarecer a mãe sobre as razões para o agendamento do RN neste serviço.

“Eu tive bastante dificuldade também com a estimulação precoce aqui na maternidade. O pessoal (médico) não aceitava muito essa marcação de consulta. Achava que não era a hora de marcar consulta... A maior dificuldade que eu encontro é colocar pra mãe essa consulta, sabe, o porquê (da consulta). Principalmente quando é usuária de drogas, porque geralmente ela não tá preparada para ser abordada. Ela já vem com dificuldade, né... (silêncio). Quando você orienta a família é mais fácil. Porque aí você explica porque está sendo marcada essa consulta. Agora, quando você tem que orientar a mãe, eu tenho um pouco de dificuldade, né. E, às vezes, também quando a criança é encaminhada pelo Apgar. Você tem que ter muito cuidado de explicar pra mãe porque essa criança está indo pelo Apgar. Porque ela vai achar que a criança dela vai ter algum problema por causa daquela notinha, entendeu. Aí você tenta falar ‘não mãe, é uma prevenção.’ Aí ela fala pra você... ‘então ele pode (ênfase) ter’ e você fala ‘não, nem sempre.’ Então, eu tenho um pouco de dificuldade quando é Apgar... pra explicar pra mãe. Quando é prematuro, baixo peso, é mais fácil você lidar com isso. Mas aí eu sempre tento explicar pra ela o que é o Apgar, quando que ele recebeu aquela notinha. E às vezes ela (mãe) fala ‘ah... eu vi ele (RN) quase não chorou... ele demorou pra chorar.’ Ela mesma acaba sentindo que naquela hora alguma coisa aconteceu. E eu sinto assim... que ela fica preocupada com aquilo, sabe. Então é ruim, né você levar um motivo de preocupação pra mãe nessa hora, né. Mas pelo menos ela sabe que se tiver algum problema, ele vai ser resolvido, vai ser tentado resolver.” E5

“Acho que lá (maternidade) é meio complicado. Tem a médica que tem uma dificuldade maior de estar entendendo o serviço, de estar dificultando esse acesso das meninas (funcionárias da SMS) de estarem descrevendo a avaliação nossa aqui. Então assim... tem um pouquinho mais de dificuldade.” E9

Essas dificuldades preocupam também os profissionais do Serviço de Estimulação Precoce, uma vez que a abordagem correta da mãe pode implicar no seu comparecimento ou não ao atendimento.

“Então essa é uma dificuldade, porque muitas vezes a gente não sabe como as meninas (estagiárias) estão passando a informação sobre o serviço. E nós já fomos muitos questionados na questão de assustar uma mãe que acabou de ter o bebê... ‘ah, vai pra estimulação precoce é porque minha criança tem algum problema’. ou às vezes, principalmente na questão do Apgar. Porque, muitas vezes, essa criança já teve um parto mais difícil mesmo e aí chegam as meninas lá

agendando pra estimulação e vai deixar a mãe preocupada. Então... a gente não acompanhar esse processo é uma dificuldade pra nós. Porque nós não sabemos se as faltas, muitas vezes foi pela forma como a mãe foi informada, né.” E3

*“O que eu sinto falta é que se a gente pudesse, a gente não tem como, mas de **estar ali junto**, sabe. De **ver como é que é isso no hospital**, de passar, de ver. De **estar vendo como essa orientação é feita pra mãe vir**. Então eu sinto só falta nessa parte. Eu acho que falta um pouquinho. **A mãe ainda vem muito perdida e, às vezes, nem vem**. Quando vem, a gente ainda orienta aqui. Outras nem vem.” E4*

Na sequência da fala, um entrevistado sugere:

*“... eu acredito que **precisaria ter...** assim... ter **treinamentos**. Porque a gente até chegou a treinar um pouquinho as meninas **de como abordar a mãe na maternidade**. ... **Pras meninas** (estagiárias) virem aqui, **acompanhar o grupo pra saber o que é que está acontecendo aqui pra saber informar a mãe de uma forma mais real**. Saber realmente o que ela está informando... elas sabem que a gente acompanha o bebê de risco, mas não sabe o que é que a gente aborda, o que a gente fala nos grupos. **Como é dinâmica**. Então eu acho que teria que ter alguns momentos... até pode ser lá na Secretaria mesmo, que a gente fosse reciclando, passando as informações. A hora que a gente muda material, as dúvidas mais frequentes da mãe. **Pra conhecer o serviço pra poder até orientar melhor**.” E3*

Outra questão que preocupa também os entrevistados é a abordagem dessas mães na unidade de saúde, pois as mães podem ser desestimuladas a continuar o atendimento no Serviço de Estimulação Precoce.

*“É, mas é uma coisa que eu **acho que ainda é muito falha**. Eu acho que **a comunicação...** do Floresce eu não posso dizer. Mas **da estimulação com a rede ainda tá muito falha**. A gente tenta melhorar, participar das reuniões. Eu **acho que é por falta de conhecimento, por falta de participação**. Por mais que a gente tente, nessas reuniões, não são todos os pediatras que participam. Aqueles que participam, nem sempre levam pra todos aqueles que estão naquele posto. E1*

“Porque, muitas vezes, a mãe é desestimulada a participar porque o pediatra falava ‘ah, mas a criança tá normal, não tem nada, não precisa levar não’. Na verdade, porque os pediatras não conheciam o nosso serviço, que é preventivo.” E3

“Porque a gente ainda tem muita dificuldade. Eu acho que é até uma dificuldade que até o Floresce pra gente vai tudo bem. Quando a criança vai pra rede aí tem a dificuldade. O pediatra... ‘não, não tem nada.’ Eles ainda têm muito essa visão curativa. Então ‘não, não tem nada, não precisa ir.’ A gente tem mandado essa cartinha pra que eles nos ajudem, que a criança vai ser acompanhada preventivamente (fala pausadamente). Mas ainda temos problemas... A gente tem muita divergência até de orientação. Por exemplo, aqui eu oriento a mãe a não bater a comida no liquidificador. Chega lá, o pediatra fala pra bater. E a mãe sempre vai pelo pediatra. Dependendo da mãe, se você vê que a mãe é mais esclarecida, ela acaba te ouvindo. Ela percebe, porque a gente explica o porquê. Agora aquelas que não, é a palavra do médico que conta. Então é assim, a gente sabe que eles têm uma cartilha de orientação com toda essa parte de alimentação que é a nossa linguagem, mas é falho, é muito falho ainda. Tanto nessa parte de desestimular a mãe como, não digo todos, tem alguns que são excelentes que eles falam ‘não, você tem que ir.’ Eles enfatizam a importância pra mãe. Mas sempre tem aqueles que...” E4

“Então, assim, acaba sendo que no começo as crianças, as mães vêm com frequência, principalmente no primeiro grupo... existe uma frequência maior. No segundo grupo começa a cair. Então, porque além da criança estar relativamente bem, muitas vezes a mãe diz assim ‘ah, mas a médica falou que o bebê tá bem, que tá tudo bem’. Então, elas não vêem essa necessidade do desenvolvimento, que o bebê continua desenvolvendo. Então, é por isso que eu falo... é um processo educativo também que a gente tá tentando fazer...” E6

Essas falas apontam para as dificuldades na relação entre os setores que assistem à criança e de certo modo comprometendo a complementaridade do cuidado.

Os relatos também abordam a presença de estagiárias atuando no Projeto Floresce uma Vida. Alguns entrevistados consideram necessário que as mesmas tenham um treinamento para abordar as mães nas maternidades, como relatado anteriormente. Ou seja, conhecer os setores de articulação com o Projeto, como o Serviço de Estimulação Precoce, pode facilitar a comunicação com as puérperas. Também consideram o fato de, apesar das estagiárias serem preparadas para a execução das atividades, as mesmas permanecerem pouco tempo (um ou dois anos) e quando se

encontram bem treinadas, são substituídas por novas, uma vez que a contratação acontece mediante um convênio entre a SMS e o CIEE.

*“... outra **dificuldade** que eu acho é de ainda **o Projeto ser tocado uma parte por estagiárias. Não que elas não sejam boas, elas são ótimas.** Então, o número de auxiliares, nós já solicitamos que deveria ter a mais pra cobrir férias, cobrir domingo e feriado. Os próprios funcionários da prefeitura. Auxiliares de enfermagem. Não ser tocado por estagiário. Porque **o estagiário**, ele acaba **o contrato dele com um ano, com prorrogação pra mais um ano. O compromisso é diferente.** Eu acho que **o funcionário** da Secretaria ele **veste mais a camisa. O estagiário é temporário. Por melhor que ele seja, ele é temporário.**” E7*

*“... a **dificuldade maior é o entrosamento.** Eu não sei se é tanto com as meninas. Porque **as meninas mudam lá, né... as estagiárias.** Então **cada vez que é um grupo de estagiárias novo, a gente está sempre retomando e sempre tendo que estar explicando outra vez.** E, às vezes, **existem algumas falhas em decorrência disso.** Então, às vezes, **a criança vem num horário que não é de atendimento, de avaliação.** Mas são algumas coisas que a gente contorna, que são nada grave, nada que não desse pra conversar e a gente acertar.” E9*

Um entrevistado emitiu a seguinte sugestão:

*“Essa parte das estagiárias, né que fica complicado, né. **Cada vez que troca é o início de um processo, né.** Eu **não sei se poderia estar agilizando. Mas aumentar um pouco este tempo pra que mesmo elas consigam entender melhor o processo.** Eu acho que quanto mais você entende, mais você abraça a causa e pode estar fazendo um **serviço melhor.** A gente sente que elas (estagiárias) ficam meio perdidas. Às vezes elas **vêm até fazer uma visita, ficam encantadas com o serviço e a gente percebe que elas parecem que abrem um pouco. É quando a gente visualiza melhor, tem a vivência daquilo, você acredita mais,** você com mais afinco naquilo. Aí elas estarem vindo aqui visitarem. **Quando elas vêm, a gente percebe que o interesse delas de estar mandando as crianças pra gente, de estar intensificando a atenção lá no hospital com essa mãe aumenta um pouco.**” E9*

A partir do conhecimento compartilhado entre os serviços (Projeto Floresce uma Vida, Serviço de Estimulação Precoce, Maternidades, unidades de saúde, entre outros), o acompanhamento das situações que envolvem o binômio, desde o nascimento até o seu seguimento na rede básica de saúde se aprimora no sentido de fornecer informações necessárias à assistência a ser prestada. Essa comunicação, realizada mediante reuniões

mensais, relatórios, contatos telefônicos e discussões de profissionais de setores diversificados nas maternidades (médicos pediatras, enfermeiros, assistente social e profissionais de saúde da SMS), faz com que seja possível a escolha de um cuidado adequado e direcionado às individualidades das demandas que surgem.

Starfield (2002) destaca a importância da coordenação da atenção, para se obter os outros aspectos da atenção primária. Sua ausência implicaria na perda do potencial da longitudinalidade, dificultaria a integralidade da atenção e tornaria o primeiro contato uma mera função administrativa. Para a autora, é preciso que o profissional de atenção primária esteja atento e ciente de todos os problemas do paciente em qualquer contexto no qual estes apareçam, pelo menos no que se refere à saúde.

Encontramos, também, destaque na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004b) com relação a essa integração e troca de informações entre os setores e os serviços, para disponibilizar conhecimento que auxilie na continuidade do cuidado à mãe e ao RN.

Sendo a coordenação um estado de harmonia numa ação ou esforço em comum, sua essência consiste em disponibilizar informações a respeito de problemas e serviços anteriores e reconhecer a informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento (STARFIELD, 2002) o que o Projeto Floresce uma Vida procura evitar, viabilizando a troca de informações e busca de uma assistência ao binômio sem o prejuízo do mesmo chegar para um atendimento sem que o serviço para o qual foi encaminhado tenha informações prévias acerca do que está acontecendo.

A articulação entre o Projeto Floresce uma Vida e os demais setores e serviços que atendem ao binômio, bem como a troca de informações entre eles, favorecem a relação entre SMS de Ribeirão Preto e as maternidades, unidades de saúde, entre outros, na medida em que esses serviços passam a ter conhecimento das atividades desenvolvidas pela SMS.

Identificamos, porém, fragilidades ainda existentes nas relações de troca de informações, por exemplo, entre o Serviço de Estimulação Precoce e algumas unidades de saúde do município. A questão principal é que a falta de informação (ou troca de informação) acaba sendo prejudicial ao atendimento da criança, uma vez que a mesma está sendo assistida em dois serviços e não está sendo possível a articulação que deveria

existir para a ampliação das possibilidades de cuidado. Disponibilizar informação requer também que os serviços estejam dispostos a conhecer os demais setores que atendem à população, compreendendo que a junção das informações beneficia a criança e fortalece a rede de assistência.

Uma das fortalezas reconhecidas nos dados apresentados nesse estudo é que, à medida que as informações são disponibilizadas, o cuidado vai sendo aprimorado. A criança começa a chegar mais cedo para o atendimento necessário, quer seja na unidade de saúde, quer seja no Serviço de Estimulação Precoce.

Na unidade de saúde, o enfermeiro toma conhecimento das crianças de risco nascidas em sua área de abrangência, via comunicação telefônica realizada pela profissional de saúde da SMS assim que a criança nasce ou logo que possível transmitir essa informação. Desse modo, é possível o planejamento de visita domiciliar no momento que o binômio retorna para o domicílio, como também a intervenção precoce, sempre que necessária.

Para o Serviço de Estimulação Precoce, o ganho maior foi em relação à integração dos serviços e do conhecimento compartilhado dos critérios de risco para início do atendimento. Ou seja, antes da integração, o próprio Serviço de Estimulação Precoce realizava a busca ativa dos RN de risco mediante o uso das informações do SINASC. Porém, a partir da aproximação com o Projeto Floresce uma Vida, da disponibilização dos critérios de risco dos RN para as auxiliares de enfermagem da SMS que atuam nas maternidades, os bebês considerados de risco para o desenvolvimento começaram a ser identificados logo após o nascimento, ainda na maternidade, como proposto pela Agenda de Compromissos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) e encaminhados mais precocemente para o atendimento em saúde. O que significa ganho para os serviços e para as crianças.

O conhecimento e experiências dos profissionais de saúde que atuam no Projeto Floresce uma Vida fortalece a busca pela melhoria do cuidado oferecido e a articulação com os demais setores e serviços que atendem a essa população, compreendendo a mãe e o RN de modo ampliado. Os esforços, nesse sentido, correspondem ao preconizado pela OMS em relação à necessidade de centrar a atenção nas estratégias técnicas desenvolvidas nos âmbitos dos programas de saúde materno-infantis, dando ênfase e

importância aos problemas de saúde dos RN (OMS, 2005), sendo preciso tornar claras as estratégias através das quais os serviços de saúde podem garantir que estas soluções técnicas sejam postas em prática para todos, no local certo e no momento oportuno.

5 Considerações finais

5 Considerações finais

O Projeto Floresce uma Vida, criado em 1995 e instituído em 1996, busca assegurar o atendimento do binômio mãe-filho na unidade básica de saúde dentro da primeira semana de vida. Para tanto, possui como estratégia de assistência a presença de auxiliares de enfermagem atuando nas três maternidades de Ribeirão Preto vinculadas ao SUS. Nelas, essas profissionais cadastram os recém-nascidos num sistema de informações, o sistema Hygia, e os agendam, assim como as puérperas, para atendimento nas unidades de saúde de referência, o mais precocemente possível. Buscam, ainda, identificar os RN de risco, encaminhando-os para atendimento no Serviço de Estimulação Precoce e realizam orientações de incentivo ao aleitamento materno, observando e avaliando as mamadas, bem como a mama puerperal, orientando quanto à prevenção de intercorrências.

Apesar dos recursos materiais e equipamentos necessários para desenvolvimento das ações propostas serem relativamente discretos, pois há necessidade apenas de um computador e uma linha telefônica, a análise realizada evidenciou problemas, o que pode estar prejudicando a cobertura do Programa. Se o objetivo principal da etapa 2 diz respeito ao agendamento de consulta precoce para o recém nascido, não realizá-lo por problemas com computador ou telefone nos parece inadmissível. Também é importante que se discuta a prioridade que as unidades estão dedicando, ou não, ao projeto, de forma que não deixem de ser atendidos RN precocemente por falta de vaga nas agendas de médicos e/ou enfermeiros das unidades de atenção básica.

De um modo geral, as auxiliares de enfermagem vinculadas ao Projeto mostraram-se capacitadas para a realização das atividades propostas, especialmente na interação com as puérperas para desenvolvimento de ações de educação em saúde. Nesse sentido, orientações sobre o teste do pezinho, vacinação e consulta de puericultura e de revisão de parto agendadas foram realizadas em todas as interações, enquanto a abordagem sobre aleitamento materno foi menos freqüente e sobre anticoncepção foi rara. Pela relevância dos temas, faz-se necessário uma rediscussão da equipe, de forma a valorizar suas abordagens.

Os problemas identificados nas planilhas utilizadas no gerenciamento do Projeto evidenciam que as auxiliares de enfermagem envolvidas estão apresentando dificuldades no preenchimento, o que também precisa ser revisto, de forma a fornecer informações confiáveis sobre os nascimentos no município de Ribeirão Preto, cumprindo seu papel de auxiliar os gestores e profissionais responsáveis pelo cuidado no planejamento das atividades voltadas aos recém-nascidos.

Com a ausência de pessoal qualificado para atuação nos finais de semana, férias ou licenças, estagiárias atendem esses períodos, tendo contratos com duração de um ou dois anos. Como o treinamento delas demanda aproximadamente três meses, consideramos que o tempo de efetiva atuação nas maternidades é relativamente curto, o que é desfavorável, já que ocorre uma constante troca de pessoal, implicando na necessidade de novos treinamentos.

As auxiliares de enfermagem que atuam nas maternidades vinculadas ao Projeto realizam suas atividades sem interrupções e são solicitadas, muitas vezes, a discutirem com médicos, equipe de enfermagem e/ou assistente social dos hospitais sobre determinados cuidados para a alta hospitalar, como necessidade de acompanhamento da puérpera por dificuldades relacionadas a amamentação ou mesmo sobre o cuidado dos RN de risco nas unidades de saúde. Merece ser destacado que a boa relação entre todos os profissionais envolvidos pode favorecer o estabelecimento de vínculo entre a puérpera e o profissional de saúde e otimizar o cuidado desenvolvido nas diferentes instituições de saúde.

A avaliação do processo evidenciou de um modo geral, fortalezas, como: as freqüentes articulações intra e extra-hospitalares; os encaminhamentos para serviços preventivos estão sendo realizados, da mesma forma que os agendamentos para início de puericultura; visitas domiciliares estão sendo solicitadas e realizadas quando da identificação de riscos e a interação e comunicação entre os diferentes serviços envolvidos tem sido viabilizada.

Porém, também observamos ainda certa fragilidade nas relações entre algumas unidades de saúde e outros serviços disponibilizados à criança. A falta de conhecimento do que cada serviço está oferecendo pode fazer com que não seja enfatizada a necessidade de continuidade da assistência em dois ou mais serviços, numa

complementaridade de cuidado. Recomendamos, portanto, que os serviços disponibilizados para o cuidado em saúde da criança no município sejam de conhecimento de todos os profissionais que atuam com essa clientela, para que possam oportunizar a assistência, melhorando a qualidade dos resultados.

A realização de reuniões mensais, o preenchimento de relatórios e comunicações de outras naturezas, são estratégias utilizadas pela equipe de Coordenação do Projeto Floresce uma Vida para sua operacionalização. Nas reuniões existe a oportunidade de discutir as dificuldades, tanto as internas quanto as decorrentes da interação com outros setores ou serviços. Desse modo, é possível que soluções sejam propostas e discutidas, para que os atendimentos às crianças possam acontecer de modo adequado.

Ressaltamos que apesar das dificuldades apontadas, muito se avançou com o Projeto, desde o seu início até os dias atuais, mas muito mais ainda terá que avançar para que consiga, de fato, viabilizar o atendimento à criança em sua integralidade, proporcionado, após o nascimento, acesso imediato aos serviços de atenção básica, como continuidade da assistência ao parto e, assim, contribuir para que as crianças de Ribeirão Preto tenham condições de se desenvolver até fase adulta de forma digna e com potencial para participar efetivamente do processo de construção social em igualdade de condições.

Com relação às limitações do estudo, consideramos que a não devolução das planilhas enviadas pelo Projeto Floresce uma Vida às Unidades de Saúde e NSF impossibilitou que dados importantes fossem estudados, inclusive não se pode determinar a cobertura da assistência ao RN na rede básica de saúde (consultas médica e de enfermagem, teste do pezinho, vacina BCG, entre outros). Destacamos, ainda, o fato de terem sido incluídos como sujeitos da investigação profissionais de apenas dois Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto.

Para uma avaliação completa do Projeto Floresce uma Vida dentro da metodologia que utilizamos, faz-se necessário avaliar as demais etapas do Projeto, os atendimentos domiciliares e em outras unidades de saúde, bem como os resultados da atenção, incluindo o impacto das ações sobre os indicadores locais e a satisfação dos

usuários dos serviços de saúde, o que pretendemos abordar com a continuidade desse estudo.

O Projeto Floresce uma Vida no município de Ribeirão Preto busca atender a criança em sua integralidade, proporcionando acesso aos serviços de saúde, ofertando uma continuidade da assistência na rede básica de saúde iniciada na maternidade, articulando-se com outros setores no sentido de favorecer a coordenação dos serviços para essa população.

Consideramos que os profissionais de saúde envolvidos na atenção à criança dentro do Projeto Floresce uma Vida estão construindo a saúde integral com responsabilidade profissional diante dos direitos humanos.

Nosso desafio atual é revitalizar as articulações entre os serviços de saúde na perspectiva do cuidado integral à saúde, procurando garantir acesso aos níveis de atenção à saúde e a efetividade dos princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, em um constante processo reconstrutivo.

6 Referências

6 REFERÊNCIAS

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto (Portugal): Porto Editora, 1994.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília. Ministério da Saúde, 1996. 20p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A mortalidade perinatal e neonatal no Brasil**. Brasília: UNICEF, 1998.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde. 1999. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. **Informe da Atenção Básica**, Ano 5, n. 22, maio/junho 2004a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> Acesso em: 06 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção da saúde**. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRUNACCI, J.M.; CARNEIRO, R. M. M. Indicadores de saúde para a infância e adolescência. In: COSTA, M.C.O.; SOUZA, R. P. **Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 15-24.

CECILIO, L. C. A. As necessidades da saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; RUBENS, M. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 113-126.

CESAR, C. L. G.; TANAKA, O. U. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, supl. 2, p. 59-70, 1996.

CHIESA, A. M. **Autonomia e resiliência**: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da promoção da saúde. 2005. São Paulo. 102 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

COSTA, M. C. C. **Sociologia**: introdução à ciência e sociedade. 3.ed. São Paulo: Moderna, 2005.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p.103-107, 1997.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica**: definición y métodos de evaluación. México: Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, 1984.

DONABEDIAN, A. The quality of care – how come it be assessed? **J. Am. Med. Assoc.**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

ESCUDER, M. M. L.; VENANCIO, S. I.; PEREIRA, J. C. R. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 319-325, 2003.

FELIBERTO, E.; CARVALHO, E.F.; MAGG, R.S.; SAMICO, I. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no Programa de Saúde da Família, no Estado de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.6, 2002.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa**. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 11, n. 4, p. 544-551, 2003.

FRANCESCHINI, T. R. C. **Observação da relação mãe-bebê-família como ferramenta para o aprendizado da integralidade**. 2005. Ribeirão Preto, 241 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FRANCO, S. C.; CAMPOS, G. W. S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria num hospital universitário. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.1, p. 61-70, 1998.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FRIAS, P.G.; SCHEIBEL, I.M., TAVARES, M.R.G.; TAKEDA, S.M.P. Avaliação da cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida. **Rev. Saúde Pública**, v. 29, n. 3, p. 208-214, 1995.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades/O Brasil município por município**. 2006. [online] Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 02 jul. 2007.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). SP Demográfico. **Resenha de Estatísticas Vitais do Estado de São Paulo**, Ano 6, n. 2, jul. 2005. [online] Disponível em <http://www.seade.gov.br> Acesso em: 06 out. 2006.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação da infância brasileira 2006**. [online] Disponível em: <http://www.unicef.org.br>
Acesso em: 06 out. 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4ed. São Paulo: Atlas, 1994.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, v.20, supl. 2, S331-S336, 2004.

KOFFMAN, M.D., BONADIO, I.C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Rev. Brás. Saúde Matern. Infant.**, v. 5, Supl.1, S23-S32, 2005.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; CESAR, C.C.; MONTEIRO NETO, L.C.; LEAL, M.C. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.1, p.117-130, 2006.

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

MALLET, A. L. R. Qualidade em saúde: tópicos para discussão. **Rev. SOCERJ**, v. 18, n. 5, p. 449-456, set./out. 2005.

MCNAUGHTON, D.B. Nurse home visits to maternal-child clients: a review of intervention research. **Publ. Health Nurs.**, v.21, n.3, p.207-219, 2004.

MELLO, D. F.; ROCHA, S. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; LIMA, R. A. G. Brazilian mothers: experiences of home care for their low birth weight infants. *Neonatal Network*, v. 21, n. 1, p. 30-34, 2002.

MELLO, D. F. **Entre a prática e a técnica: experiências de mães e de profissionais no cotidiano de serviços de atenção primária**. 2006. Ribeirão Preto. 173 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1996.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1999.

MIRANDA, A.S.; SCHEIBEL, I.M.; TAVARES, M.R.G.; TAKEDA, S.M.P. Avaliação da cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida. **Rev. Saúde Publ.**, v.29, n.3, p. 208-214, 1995.

MISHIMA, F. C.; SCOCHI, C. G. S.; FERRO, M. A. R.; LIMA, R. A. G.; COSTA, I. A. R. Declaração de nascido vivo: análise do seu preenchimento no município de Ribeirão Preto, SP. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 387-395, 1999.

MONTEIRO, C. A.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CONDE, W. L. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev. Saúde Publ.**, v.34, supl.6, p. 19-25, 2000.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Publ.**, v.34, n.5, p. 547-559, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial da saúde 2005** – para que todas as crianças contem. 2005. Disponível em: <http://www.oms.org.br> Acesso em: 06 out. 2006.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia**: teoria e prática. 6ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PINTO, I.C. **Os sistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão – rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto-SP**. 2000. Ribeirão Preto. 338 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 566-568, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Trad. Ana Thorrel. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Projeto Floresce uma vida.** Ribeirão Preto, 1995.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Programa de Aleitamento Materno. Núcleo de Aleitamento Materno da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. **PALMA. Programa de Aleitamento materno. Álbum seriado sobre cuidados com amamentação.** Ribeirão Preto, 1997.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta.** 1999.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Serviço de estimulação e intervenção precoce.** 2000. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.asp?pagina=/ssauade/programas/i16indice.htm>. Acesso em: 06 out. 2006.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento. **Boletim Sicaev 2003.** Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/SSAUDE/Vigilancia/vigep/Tabnet/MortalidadeInfantil2003.pdf>. Acesso em: 07 out. 2006.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 2.ed. São Paulo: Atlas, 1989.

SANTOS, I. S.; VICTORA, C. G. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. S337-S341, 2004.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica.** São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29-47.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v.10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SILVA, A.A.M.; RIBEIRO, V.S.; BORBA JÚNIOR, A.F. COIMBRA, L.C.; SILVA, R.A. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em 1997-1998. **Rev. Saúde Publ.**, v.35, n.6, p. 508-514, 2001.

SILVEIRA, D.S., SANTOS, I.S., COSTA, J.S.D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n. 1, p. 131-139, 2001.

SIMÕES, C. C. S. **Perfis de saúde e mortalidade no Brasil**: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 141 p.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

SUCUPIRA, A. C. S. L.; BRESOLIN, A. M. B. Princípios do atendimento à criança. In: SÃO PAULO (Estado). Prefeitura Municipal de São Paulo. **Caderno temático da criança**: princípios do atendimento à criança. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 2003. 260 p.

TAKEDA, S.; TALBOT, Y. Avaliar, uma responsabilidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 569-571, 2006.

TEIXEIRA, C.F. Institucionalizando a prática de avaliação em saúde: significado e limites. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 572-574, 2006.

TEIXEIRA, C. F. et al. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiol. SUS**, Ano 7, n. 2, p1-2, abril-junho 1998.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Declaration of Alma Ata 1978**. Disponível em: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1. Acesso em: 06 out. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Care in normal birth**: a practical guide. Geneva: WHO, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **World health statistics 2007**. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat2007.pdf>. Acesso em: 16 julho 2007.

Anexos

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 051/2007

Ribeirão Preto, 22 de março de 2007

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 93ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de março de 2007.

Protocolo: nº 0745/2006

Projeto: AVALIAÇÃO DO PROJETO FLORESCE UMA VIDA NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO NA PERSPECTIVA DO CUIDADO INTEGRAL À CRIANÇA.

Pesquisadores: Carmen Gracinda Silvan Scochi
Maria Cândida de carvalho Furtado

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª Drª Carmen Gracinda Silvan Scochi
Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO 2

Ocorrência	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Nº nascidos vivos residentes em Rib. Preto													
Nº de RN cadastrados													
Nº RN agendados													
Nº de RN não agendados-motivo													
Computador Quebrado													
Escala descoberta													
Óbito do RN													
RN Convênio													
RN internado													
Transf. RN de Hospital													
UBS – agenda fechada													
UBS sem sistema Hygia													
Nº crianças Risco													
Nº agendamento Estimulação Precoce													

G/ NALMA/ PLANILHA MENSAL FUV

ANEXO 3

FLUXO DN na S.M.S. DE RP

Apêndices

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Coordenadores do Projeto Floresce uma Vida, Enfermeiros das Unidades de Saúde e responsáveis pelos setores de articulação com o Floresce uma Vida

Código: _____

Título da Pesquisa: Avaliação do Projeto Floresce uma Vida no município de Ribeirão Preto na perspectiva do cuidado integral à criança

Pesquisador: Maria Cândida de Carvalho Furtado – Doutoranda EERP-USP

Orientador: Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi – EERP-USP

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que eu, Maria Cândida de Carvalho Furtado, enfermeira (COREn-SP 72884), aluna de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, estou desenvolvendo, sob orientação da Profa. Carmen Gracinda Silvan Scochi. O **objetivo da pesquisa** é avaliar o atendimento aos recém-nascidos nas maternidades e serviços de atenção básica de saúde de Ribeirão Preto, onde se encontra implantado o Projeto Floresce uma Vida nos componentes: estrutura, processo e resultado. Desta forma, convidamos você para participar dessa pesquisa. Sua colaboração será na realização de uma entrevista, que será gravada se você concordar, com duração estimada de 30 minutos, com questões acerca das atividades do Projeto Floresce uma Vida. Esclareço que:

- Sua participação é voluntária e há liberdade para retirar seu consentimento, e deixar de participar da pesquisa, em qualquer momento da realização da mesma, sem sofrer qualquer prejuízo;
- Os dados desse trabalho serão utilizados somente para esta pesquisa, ficarão sob a guarda da pesquisadora e mantidos em segredo. Assim, na divulgação dos resultados deste trabalho, em eventos e revistas científicas, não haverá a identificação dos nomes dos participantes.
- Nada além do que está sendo explicado será feito e não há riscos ou outras despesas por você estar participando dessa pesquisa.
- Ao final da pesquisa, se for de seu interesse, você terá livre acesso aos resultados da mesma, podendo discutir junto à pesquisadora.
- Caso você sinta necessidade de falar com a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados, você poderá fazê-lo pelo telefone (16) 3602-4408 (Maria Cândida) ou na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Av. Bandeirantes 3900, Campus Universitário.

Obrigada pela sua colaboração.

Eu _____ portador do RG
_____ aceito participar voluntariamente dessa pesquisa, após ser esclarecido
sobre o objetivo da mesma, como será feita a coleta dos dados e como será a minha
participação. Estou ciente dos meus direitos e autorizo a gravação da entrevista.

Participante da pesquisa

Maria Cândida de Carvalho Furtado
Enfa. COREn-SP 72884
pesquisadora

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 200_.

Apêndice 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Auxiliares de enfermagem do Projeto Floresce uma Vida nas maternidades

Código: AE__

Título da Pesquisa: Avaliação do Projeto Floresce uma Vida no município de Ribeirão Preto na perspectiva do cuidado integral à criança

Pesquisador: Maria Cândida de Carvalho Furtado – Doutoranda EERP-USP

Orientador: Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi – EERP-USP

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que eu, Maria Cândida de Carvalho Furtado, enfermeira (COREn-SP 72884), aluna de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, estou desenvolvendo, sob orientação da Profa. Carmen Gracinda Silvan Scochi. O **objetivo da pesquisa** é avaliar o atendimento aos recém-nascidos nas maternidades e serviços de atenção básica de saúde de Ribeirão Preto, onde se encontra implantado o Projeto Floresce uma Vida nos componentes: estrutura, processo e resultado. Desta forma, convidamos você para participar dessa pesquisa. Sua colaboração será na realização de uma entrevista, que será gravada se você concordar, com duração estimada de 30 minutos, com questões acerca das atividades do Projeto Floresce uma Vida. Também acompanharemos você durante dois turnos de trabalho completos (6 horas/dia) observando as atividades que você realiza na maternidade. Essas observações serão registradas em meu caderno de anotações, sem identificar o nome dos observados, nem interromper suas atividades. Esclareço que:

- Sua participação é voluntária e há liberdade para retirar seu consentimento e deixar de participar da pesquisa, em qualquer momento da realização da mesma, sem sofrer qualquer prejuízo.
- Os dados desse trabalho serão utilizados somente para esta pesquisa, ficarão sob a guarda da pesquisadora e mantidos em segredo. Assim, na divulgação dos resultados deste trabalho, em eventos e revistas científicas, não haverá a identificação dos nomes dos participantes.
- Nada além do que está sendo explicado será feito e não há riscos ou outras despesas por você estar participando dessa pesquisa.
- Ao final da pesquisa, se for de seu interesse, você terá livre acesso aos resultados da mesma, podendo discutir junto à pesquisadora.
- Caso você sinta necessidade de falar com a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados, você poderá fazê-lo pelo telefone (16) 3602-4408 (Maria Cândida) ou na

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Av. Bandeirantes 3900, Campus
Universitário.

Obrigada pela sua colaboração.

Eu _____ portador do RG
_____ aceito participar voluntariamente dessa pesquisa, após ser esclarecido
sobre o objetivo da mesma, como será feita a coleta dos dados e como será a minha
participação. Estou ciente dos meus direitos e autorizo a gravação da entrevista.

Participante da pesquisa

Maria Cândida de Carvalho Furtado
Enfa. COREn-SP 72884
pesquisadora

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 200_.

Apêndice 3

Entrevista com responsáveis pelo Projeto Floresce uma Vida

I. Identificação

Iniciais: _____ Código: C _____
Sexo: fem () masc () Idade: _____
Formação: _____
Especialização: não () sim () Qual? _____
Pós-Graduação stricto sensu: Mestrado () Doutorado () Área: _____
Cargo/função na SMS: _____
Cargo/função no Projeto Floresce: _____

II. Dados do Floresce uma Vida

Qual a sua atuação no Floresce uma Vida?

Procurar saber sobre:	Trabalho desenvolvido no Floresce (administrativo, papel dentro da hierarquia do projeto; confecção de escala de trabalho; responsável pela execução de determinadas atividades; elaboração de relatórios)
------------------------------	--

Quais os objetivos e metas do Floresce uma Vida?

Procurar saber sobre:	Como surgiu o Floresce, o que ele se propõe a fazer, quais as atividades que ele desenvolve para alcançar seus objetivos e metas
------------------------------	--

Quais os recursos (humanos, materiais e físicos) disponíveis para o Floresce uma Vida?

Procurar saber sobre:	<u>Recursos humanos</u> : Quem são as pessoas que atuam no projeto (coordenadores, funcionários); quantos são; qual a formação; como são contratados. <u>Recursos físicos</u> : Tem sede própria; rede, sistema informatizado <u>Recursos materiais</u> : utiliza recursos próprios; de onde vem os recursos a serem utilizados no Projeto (verba do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual, Secretaria Municipal de Saúde)
------------------------------	---

Como ele funciona?

Procurar saber sobre:	Como se dá o fluxo de informação e comunicação; Descrição das ações desenvolvidas; Como se dá a articulação entre setores e serviços (quem entra em contato com quem, como se comunicam – ofício, telefonemas, reuniões) Como é sistema de acompanhamento das ações e atividades do Projeto (como planejam as ações e avaliam as mesmas)
------------------------------	--

Como é feito o preparo e supervisão dos recursos humanos envolvidos no projeto?

Procurar saber sobre:	Existe treinamento, por quanto tempo, quem ministra e onde se dá este treinamento; Como é feita a supervisão das atividades desenvolvidas (relatórios, reuniões, visitas aos locais onde o Projeto desenvolve atividades, ligação telefônica)
------------------------------	--

Como você avalia, hoje, o Floresce uma Vida?

Procurar saber sobre:	Quais os avanços; o que considera avanços; Quais são as debilidades (dificuldades); Quais são as fortalezas (facilidades); Considera que o Projeto alcança seus objetivos e metas
------------------------------	--

Em sua avaliação, que conceito atribuiria a este desempenho do Projeto, hoje?

1[] excelente 2[] bom 3[] regular 4[] ruim 5[] péssimo 6[] não sei

Espaço para sugestões.

Apêndice 4

Entrevista com os Auxiliares de Enfermagem – Floresce uma Vida

I. Identificação

Iniciais: _____ Sexo: _____ Idade: _____
Formação/categoria profissional: _____ tempo de formado: _____
Cargo/função (na SMS): _____
Tempo de atuação no Floresce: _____

II. Dados do Floresce

Descreva o seu trabalho no Floresce

Procurar saber sobre:	Ações na maternidade; Como se dá a articulação destas ações com outros serviços da rede; Fortalezas (facilidades) encontradas Debilidades (dificuldades) encontradas
------------------------------	---

Descreva as orientações que você realiza

Procurar saber sobre:	Orientações ministradas Quando faz? Onde faz?
------------------------------	---

Como é feito o agendamento?

Procurar saber sobre:	Como faz? Para quais serviços é feito o agendamento da mãe e RN? Quais os critérios utilizados para fazer estes agendamentos? Quais são as situações de risco levantadas para decidir sobre os agendamentos? Qual o prazo entre o nascimento e estes agendamentos realizados? Quais as dificuldades nos agendamentos?
------------------------------	--

Como é utilizada a Declaração de Nascido Vivo?

Procurar saber sobre:	Qual o uso? Confere preenchimento correto? Caso o preenchimento esteja incorreto, o que você faz?
------------------------------	---

Como se dá o contato com os serviços?

Procurar saber sobre:	Quais são os serviços que entra em contato Como se dá o contato (contato telefônico, relatório, outro tipo) Qual a finalidade deste contato
------------------------------	---

Em sua opinião, que conceito atribuiria ao desempenho do Projeto, hoje?

1[] excelente	2[] bom	3[] regular	4[] ruim	5[] péssimo	6[] não sei
----------------	----------	--------------	-----------	--------------	--------------

Espaço para sugestões.

Apêndice 5

Roteiro para observação do trabalho das auxiliares de enfermagem nas maternidades

Data: _____ Início: _____ Término: _____
Iniciais da auxiliar observada: _____ Local: _____

Roteiro para Observação:

- Atividades e procedimentos realizados;
- Recursos /materiais utilizados;
- Registros e sistemas de informação/comunicação utilizados;
- Relacionamento (com mães/RN, equipe da maternidade e de outros serviços da maternidade e SMS). Diálogos estabelecidos (anotar falas e interações);
- Período do agendamento da consultas (entre nascimento e consulta);
- Registro e documentos entregues às mães;
- Organização e formas de controle de informação realizados (livro, relatório);
- Preenchimento do cartão da criança.

Check list da orientações ministradas:

Aleitamento Materno (importância, AME até 6 meses)	()	Consultas agendadas no Amb. de Estimulação precoce	()
Aleitamento Materno (cuidados com as mamas)	()	Registro de Nascimento	()
Teste do Pezinho	()	Outras - Especifique	
Vacinação	()		()
Consultas agendadas na Unidade de Saúde (puericultura)	()		()
Consultas agendadas na Unidade de Saúde (puerpério)	()		()

Cadastramento de RN no Hygia	()	Documentos entregue à mãe: Retorno do agendamento	()
Cadastramento da mãe no Hygia	()	Documentos entregue à mãe: Cartão da Criança	()
Contato com outros profissionais de saúde da maternidade	()	Contato com outros profissionais de saúde da Unidade de Saúde	()
Médico	()	Enfermeira	()
Enfermeira	()	Técnica de Enfermagem Auxiliares de Enfermagem	()
Auxiliares de enfermagem	()	Agente Comunitário de Saúde	()
Assistente social	()		()

Outras atividades – Especifique: _____

Nº médio de agendamentos de puericultura/mês: _____
Nº médio de agendamentos de consulta do binômio com enfermeira/mês: _____
Nº médio de agendamentos no ambulatório de estimulação precoce/mês: _____

Nº médio de agendamentos em outros serviços/mês: _____
Especificar o serviço: _____

Dados de estrutura:

Recursos Humanos	Qtde	Recursos Materiais	Qtde
Auxiliar de Enfermagem		Computador	
Estagiária		Livro de Registro	
		Telefone	

Impressão do observador:

Apêndice 6

Roteiro de entrevista com os enfermeiros e médicos das UBDS e NSF

I. Identificação do entrevistado

Nome (iniciais): _____ Código: E_____

Sexo: fem () masc () Idade: _____

Formação: _____

Especialização: não () sim () Qual? _____

Pós-Graduação stricto sensu: Mestrado () Doutorado () Área: _____

Cargo/função no serviço: _____

☐ NSF ☐ CSE ☐ UBDS Quintino Facci II ☐ UBDS Vila Virgínia

II. Dados do Floresce uma Vida

Qual é a atuação/papel deste serviço com relação ao Projeto Floresce uma Vida?

Procurar saber sobre:	Trabalho desenvolvido no Floresce (coordenação, monitoramento, execução de atividades assistenciais – consulta gestante, puérpera, RN, vacinação, coleta de exames, etc.)
------------------------------	---

Qual a sua atuação no Floresce uma Vida?

Procurar saber sobre:	Trabalho desenvolvido no Floresce (administrativo, papel dentro da hierarquia do projeto; responsável pela execução de determinadas atividades; elaboração de relatórios
------------------------------	--

Como é feita a comunicação entre a Unidade de Saúde e o Projeto?

Procurar saber sobre:	Como é feito o agendamento de consultas de puericultura; Como recebem a comunicação de recém-nascidos de risco (ligação telefônica, relatório)
------------------------------	---

O que você acha desta articulação?

Procurar saber sobre:	Quais são as fortalezas (facilidades) encontradas (funciona, é bem articulada, a comunicação é fácil, os resultados são visíveis Quais são as debilidades (dificuldades) encontradas (difícil comunicação entre a unidade de saúde e o Projeto, falta informações a respeito das crianças, difícil agendamento de consultas, difícil conhecimento das crianças de risco)
------------------------------	---

Quais os benefícios que o Projeto Floresce uma Vida trazem para a criança, no seu ponto de vista?

Procurar saber sobre:	Conhecimento básico do projeto; suas metas e objetivos Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; Garantia de atendimento do RN (agendamento da 1ª consulta); atendimento do binômio Busca de RN de risco para avaliação e intervenção; Estímulo ao aleitamento materno
------------------------------	---

Como você avalia a implantação do Projeto Floresce uma Vida?

Procurar saber sobre:	Quais os avanços; o que considera avanços; Quais são as debilidades (dificuldades); Quais são as fortalezas (facilidades); Considera que o Projeto alcança seus objetivos e metas; Como seria se não tivesse o Projeto
------------------------------	--

Em sua avaliação, qual o conceito atribuiria a este Projeto, hoje?

1[] excelente	2[] bom	3[] regular	4[] ruim	5[] péssimo	6[] não sei
----------------	----------	--------------	-----------	--------------	--------------

Espaço para sugestões.

Dados obtidos da planilha do Projeto Floresce uma Vida:

Número de gestantes atendidas/mês:
Número de nascimentos/mês:
Número de recém-nascidos de risco/mês:
Número de recém-nascidos < 2.500g:
Número de recém-nascidos < 37semanas de gestação:
Número de recém-nascidos de mãe adolescente:
Número de consultas de puericultura/mês:
Número de visitas domiciliares para RN/mês:
Número de consultas de puericultura realizadas pela enfermeira/mês:
Número de consultas do binômio mãe-filho realizadas pela enfermeira/mês:
Número de testes do pezinho coletados/mês:
Número de RN vacinados/mês:
Idade pós-natal média por ocasião da 1ª vacina:
Idade pós-natal média por ocasião do teste do pezinho:
Idade pós-natal média por ocasião da 1ª consulta de puericultura:
Idade pós-natal média por ocasião da 1ª consulta de enfermagem:

* dados relativos ao último mês compilado

Apêndice 7

Entrevista com responsáveis pelos serviços articulados ao Projeto Floresce uma Vida

I. Identificação

Nome (iniciais): _____ Código: PS _____
Sexo: fem () masc () Idade: _____
Formação: _____
Especialização: não () sim () Qual? _____
Pós-Graduação stricto sensu: Mestrado () Doutorado () Área: _____
Nome do setor/serviço: _____
Cargo/função no serviço: _____

II. Dados do Floresce uma Vida

Qual a sua atuação no Floresce uma Vida?

Procurar saber sobre:	Trabalho desenvolvido no Floresce (administrativo, papel dentro da hierarquia do projeto; confecção de escala de trabalho; responsável pela execução de determinadas atividades; elaboração de relatórios)
------------------------------	--

Qual é a atuação/papel deste serviço com relação ao Projeto Floresce uma Vida?

Procurar saber sobre:	Trabalho desenvolvido no Floresce (administrativo, papel dentro da hierarquia do projeto; confecção de escala de trabalho; responsável pela execução de determinadas atividades; elaboração de relatórios)
------------------------------	--

Quem são as pessoas que fazem parte desta equipe que atuam junto ao Floresce uma Vida? Qual é a atuação delas?

Procurar saber sobre:	Quais são os profissionais (formação acadêmica) e respectiva atuação
------------------------------	--

Como é feita a comunicação entre este setor e o Projeto?

Procurar saber sobre:	Como é feito o agendamento de consultas; Como recebem a comunicação de recém-nascidos de risco (ligação telefônica, relatório) Como retornam as informações para a unidade de saúde de referência do RN
------------------------------	---

O que você acha desta articulação? (facilidades/ dificuldades encontradas)

Procurar saber sobre:	Quais são as fortalezas (facilidades) encontradas (funciona, é bem articulada, a comunicação é fácil, os resultados são visíveis) Quais são as debilidades (dificuldades) encontradas (difícil comunicação e articulação entre o serviço e o Projeto, falta informações a respeito das crianças, difícil agendamento de consultas, difícil conhecimento das crianças de risco)
------------------------------	---

Quais os benefícios que esta articulação entre os serviços e o Projeto Floresce uma Vida trazem para a criança, no seu ponto de vista?

Procurar saber sobre:	Conhecimento básico do projeto; suas metas e objetivos Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; Garantia de atendimento do RN (agendamento da consulta); Busca de RN de risco para avaliação e intervenção;
------------------------------	--

Como você avalia a implantação do Projeto Floresce uma Vida?

Procurar saber sobre:	Quais os avanços; o que considera avanços; Quais são as debilidades (dificuldades); Quais são as fortalezas (facilidades); Considera que o Projeto alcança seus objetivos e metas; Como seria se não tivesse o Projeto
------------------------------	--

Em sua opinião, que conceito atribuiria a este desempenho do Projeto, hoje?

1[] excelente 2[] bom 3[] regular 4[] ruim 5[] péssimo 6[] não sei

Espaço para sugestões.

Dados dos atendimentos encaminhados pelo funcionário do Floresce uma Vida na maternidade:

Número de recém-nascidos agendados / mês:
Assiduidade desta clientela nos agendamentos: [] boa [] regular [] péssima
O serviço faz busca ativa dos faltosos: [] não [] sim Especifique as situações:
Tempo médio de acompanhamento destes bebês: