UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

POLIANA REMUNDINI DE LIMA

**Acesso a serviços de saúde e cuidado de enfermagem a partir de um programa municipal
de atenção ao recém-nascido**

Ribeirão Preto

2017

POLIANA REMUNDINI DE LIMA

**Acesso a serviços de saúde e cuidado de enfermagem a partir de um programa municipal
de atenção ao recém-nascido**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde
Pública

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cândida de
Carvalho Furtado

Ribeirão Preto

2017

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.

Catálogo da Publicação
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Lima, Poliana Remundini de.

Acesso a serviços de saúde e cuidado de enfermagem a partir de um programa municipal de atenção ao recém-nascido / Poliana Remundini de Lima; orientadora, Maria Cândida de Carvalho Furtado. - 2017

56 p. : il.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017

Versão original

1. Recém-Nascido. 2. Cuidado Pós-natal. 3. Cuidados de Enfermagem. 4. Avaliação em Saúde. 5. Análise Espacial.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: LIMA, Poliana Remundini de.

Título: Acesso a serviços de saúde e cuidado de enfermagem a partir de um programa municipal de atenção ao recém-nascido

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me dado sabedoria para lidar com os obstáculos e fazer com que esse trabalho se concretizasse.

Aos meus pais, que sempre estiveram ao meu lado, me incentivando e me apoiando, principalmente nos momentos mais difíceis.

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria Cândida de Carvalho Furtado, pelos ensinamentos, conselhos, apoio, confiança e dedicação.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela concessão da bolsa de Mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa (Programas Regulares - Bolsa de Mestrado, Processo 2015/08154-2).

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pela oferta de serviços e pessoal técnico de apoio para desenvolvimento da pesquisa.

E, finalmente, a todos aqueles que acreditaram no meu potencial e torceram por mim e pelo sucesso do meu trabalho.

RESUMO

LIMA, Poliana Remundini de. **Acesso a serviços de saúde e cuidado de enfermagem a partir de um programa municipal de atenção ao recém-nascido**. 2017. 56 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Estudo transversal, analítico que objetivou analisar o acesso do recém-nascido (RN), após o nascimento, ao atendimento de enfermagem na rede básica em um município paulista. Participaram RN usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) nascidos e residentes no município de Ribeirão Preto-SP no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2014. Os dados foram obtidos das planilhas do Programa Floresce uma Vida, do Programa de Saúde da Criança da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Variáveis estudadas foram: tipo de unidade de atendimento, idade do RN, peso ao nascer, idade materna, paridade, número de consultas pré-natal realizadas, encaminhamento do RN para serviço especializado, realização da triagem neonatal e da vacina BCG. O processamento foi realizado a partir do gerenciamento do banco de dados do Floresce uma Vida, sendo utilizado o programa Statistica versão 12.0. Na fase descritiva da análise, buscou-se informações que identificassem melhoria no acesso aos serviços de saúde, contemplando o atendimento da criança na primeira semana de vida. Na fase analítica, foram verificadas associações entre as variáveis peso ao nascer, idade materna e paridade e a variável acesso dos RN às ações de enfermagem na rede básica. Para a distribuição espacial dos dados referentes ao acesso às ações de enfermagem, procedeu-se ao cálculo da porcentagem das ações de enfermagem ocorridas segundo as áreas de abrangência dos serviços de saúde da Atenção Primária do município. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CAAE nº 47836115.5.0000.5393) (Ofício nº 152/2015). No período estudado, nasceram 41.267 crianças, das quais 22.463 (54,4%) são usuárias SUS. Foram registradas 19.234 (85,6%) consultas de enfermagem, 19.376 (86,3%) vacinas BCG e 19.769 (88,0%) triagens neonatais. Através da análise espacial, observou-se que os Distritos de Saúde Leste e Central foram os que apresentaram menor porcentagem de realização das ações de enfermagem, inclusive quando se analisa a realização dos três procedimentos no mesmo dia. Ações preconizadas para a primeira semana de vida, como triagem neonatal, vacina BCG e consulta de enfermagem, apresentaram cobertura inferior ao esperado, principalmente quando se analisa a realização destas três ações no mesmo dia. Dentre as crianças que não realizaram esses três procedimentos no mesmo dia, identificou-se, como maioria, aquelas que apresentaram peso adequado ao nascer e cujas mães, com idade entre 20 e 34 anos, realizaram sete ou mais consultas de pré-natal. As informações obtidas através do estudo constituem-se instrumento para gestores e equipes de saúde identificarem as fragilidades que são passíveis de intervenções e reavaliarem as estratégias de atendimento ao RN, qualificando a assistência prestada, mediante a garantia do acesso em tempo oportuno e do cuidado integral, transpondo resultados para realidades semelhantes a nível regional e/ou nacional.

Descritores: Recém-nascido. Cuidado pós-natal. Cuidados de enfermagem. Avaliação em saúde. Análise espacial.

SUMMARY

LIMA, Poliana Remundini de. **Access to health services and nursing care from a newborn care municipal program**. 2017. 56 f. Thesis (MS) - School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Cross-sectional and analytical study that aimed to analyze the newborns (RN) access, after birth, to the nursing care in basic health network at an inner city of São Paulo state. We included RN, users of Brazilian Health System (SUS) that was born and lived in Preto Ribeirão from January 1st 2010 to December 31th 2014. Data were obtained from spreadsheets of the Floresce uma Vida Programme, belonging to Child Health Programme of Municipal Health Department (SMS). Variables studied were type of care unit, the newborn age, birth weight, maternal age, parity, and number of prenatal consultations, referral for specialized service, neonatal screening and BCG vaccine. Data were processing from the Floresce uma Vida database, using the Statistica software version 12.0. In descriptive analysis, we sought information that could identify improvement on access to health services, considering the child's care in the first week of life. In analytical analysis, we sought possible associations between the variables birth weight, maternal age and parity and the variable newborns access to nursing actions in the basic health network. For the spatial distribution of data related to access to nursing actions, we calculated the percentage of nursing actions that occurred according to the areas covered by the health services of Primary Care. The Research Ethics Committee approved the research (CAAE N° 47836115.5.0000.5393, Ofício n° 152/2015). During the study period, 41,267 children were born; 54.4% are SUS users. We identified the occurrence of 19,234 (85.6%) nursing visits, 19,376 (86.3%) BCG vaccines and 19,769 (88.0%) neonatal screening. Through spatial analysis, we observed that Eastern and Central Health Districts showed the lowest percentage of achievement of nursing actions, even when we analyzed the performance of the three procedures on the same day. Recommended actions for the first week of life, such as newborn screening, BCG vaccine and nursing consultation, had lower coverage than expected, especially their performance on the same day. Among the children who did not have these three procedures on the same day, we identified, as most, those who had adequate weight at birth and whose mothers, aged 20 to 34, had seven or more prenatal consultations. The information obtained through the study, are a tool for managers and healthcare teams to identify the weaknesses that are amenable to intervention and re-evaluate the newborn care strategies, qualifying the assistance provided, through the guarantee of timely access and comprehensive care, transposing results for similar realities in the regional and / or national level.

Keywords: Newborns. Postnatal care. Nursing care. Health evaluation. Spatial analysis.

RESUMEN

LIMA, Poliana Remundini de. **El acceso a los servicios de salud y cuidados de enfermería a partir de un programa municipal de atención al recién nacido**. 2017. 56 f. Tesis (MS) – Escuela de Enfermería de La Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Estudio transversal y analítico que tuvo como objetivo analizar el acceso de los recién nacidos (RN), después del parto, a la atención de enfermería en la red básica de salud en una ciudad del estado de São Paulo. Se incluyeron los RN, usuarios del Sistema Brasileño de Salud (SUS) nacidos y vividos en Ribeirão Preto entre 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2014. Los datos fueron obtenidos de hojas de cálculo del Programa Floresce una Vida, pertenecientes al Programa de Salud Infantil del Departamento Municipal de Salud. Las variables estudiadas fueron: tipo de unidad de cuidado, edad del recién nacido, peso al nacer, edad materna, paridad, número de consultas prenatales, referencia para la atención en el servicio especializado, Screening neonatal y vacuna BCG. Los datos se procesaron a partir de la base de datos del Floresce uma Vida, utilizando el software Statistica versión 12.0. En el análisis descriptivo, buscamos información que pudiera identificar mejoras en el acceso a los servicios de salud, considerando el cuidado del niño en la primera semana de vida. En el análisis analítico, buscamos posibles asociaciones entre las variables peso al nacer, edad materna y paridad y la variable neonatal acceso a las acciones de enfermería en la red básica de salud. Para la distribución espacial de los datos relacionados con el acceso a las acciones de enfermería, se calculó el porcentaje de acciones de enfermería que se produjeron en función de las áreas cubiertas por los servicios de salud de Atención Primaria. El Comité de Ética en Investigación aprobó la investigación (CAAE N° 47836115.5.0000.5393, Oficio n° 152/2015). Durante el período de estudio, nacieron 41.267 niños; 54,4% son usuarios del SUS. Se identificaron 19.234 (85.6%) visitas de enfermería, 19.376 (86.3%) vacunas BCG y 19.769 (88.0%) Screening neonatales. A través del análisis espacial, se observó que los Distritos de Salud del Este y del Centro mostraron el menor porcentaje de logro de las acciones de enfermería, aun cuando se analizó el desempeño de los tres procedimientos el mismo día. Las acciones recomendadas para la primera semana de vida, como lo Screening neonatal, la vacuna BCG y la consulta de enfermería, tuvieron una cobertura inferior a la esperada, especialmente su desempeño el mismo día. Entre los niños que no tenían estos tres procedimientos el mismo día, identificamos, como la mayoría, aquellos que tenían un peso adecuado al nacer y cuyas madres, de 20 a 34 años, tenían siete o más consultas prenatales. La información obtenida a través del estudio es una herramienta para que los gestores y equipos sanitarios identifiquen las debilidades susceptibles de intervenir y reevalúen las estrategias de atención del recién nacido, calificando la asistencia prestada, garantizando el acceso oportuno a la asistencia en salud y la atención integral, transponiendo los resultados para realidades similares a nivel regional y / o nacional.

Palabras clave: Recién nacidos. Atención posnatal. Los cuidados de enfermería. Evaluación de la salud. Análisis espacial.

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Porcentagem bruta referente ao acesso dos recém-nascidos às ações de enfermagem, segundo total de nascidos por áreas de abrangência dos serviços de saúde.....	36
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Acesso às ações de enfermagem dentro da primeira semana de vida, segundo ano de ocorrência.....	33
Tabela 2 -	Acesso às ações de enfermagem, segundo ano de ocorrência.....	34
Tabela 3 -	Variáveis relacionadas ao acesso do recém-nascido às três ações de enfermagem	35

LISTA DE SIGLAS

CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
DNV	Declaração de Nascido Vivo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
PAISCA	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
RN	Recém-nascido
SMS - RP	Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBDS	Unidade Básica e Distrital de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 A saúde dos recém-nascidos e o acesso aos serviços de saúde.....	13
1.2 Políticas Públicas de atenção ao recém-nascido no Brasil: ações na rede básica de serviços públicos de saúde.....	15
2 OBJETIVOS	22
2.1 Objetivo Geral.....	23
2.2 Objetivos específicos.....	23
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	24
3.1 Tipo de estudo.....	25
3.2 Local do estudo.....	25
3.3 Participantes.....	25
3.4 Coleta de dados e registro.....	26
3.5 Variáveis do estudo.....	27
3.6 Análise dos resultados.....	29
3.7 Aspectos éticos.....	31
4 RESULTADOS.....	32
5 DISCUSSÃO.....	37
6 CONCLUSÕES	43
7 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	46
REFERÊNCIAS.....	48
ANEXOS.....	54

1 INTRODUÇÃO

O problema tratado nesse estudo diz respeito à assistência ofertada ao recém-nascido no âmbito da Atenção Básica de Saúde, tendo sua importância residida na questão da identificação do acesso dessas crianças às ações em saúde e ao cuidado de enfermagem nesse nível de atenção, após o nascimento.

Para enunciá-lo, faz-se importante destacar aspectos relacionados à saúde dos RN e ao acesso aos serviços, bem como as políticas públicas brasileiras de atenção à saúde desta clientela.

1.1 A saúde dos recém-nascidos e o acesso aos serviços de saúde

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), indicador de saúde relacionado a fatores sócio-econômico-culturais, vem apresentando queda contínua na maioria dos países no último século. Em 1970, no Brasil, esse coeficiente era de 115 mortes por mil nascidos vivos (/1000 NV), apresentando queda para 34/1000 NV em 1994 e 14/1000 NV em 2010 (RIBEIRÃO PRETO, 2012).

No estado de São Paulo, durante o período de 2000 a 2015, houve uma redução de 37,1% em relação aos óbitos de menores de um ano, com queda de 37,9%, nesses últimos 15 anos, no que se refere ao risco de morte durante a primeira semana de vida. Já Ribeirão Preto que, dos municípios do Estado de São Paulo, representa 2,4% dos óbitos infantis identificados e cuja taxa de mortalidade é a segunda menor, registrou uma queda de 38,0% nos óbitos de menores de um ano durante o período de 2000 a 2015 (FUNDAÇÃO SEADE, 2016). A maior ocorrência de óbitos nesse município concentra-se no período neonatal (71% em 2012), especificamente no neonatal precoce (até o sexto dia de vida) que, em 2012, representou 57% dos óbitos nessa faixa etária (RIBEIRÃO PRETO, 2012).

As altas taxas do CMI encontradas são consideradas uma violação dos direitos humanos de mulheres e de crianças e um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2004a; VICTORA *et al.*, 2011a; PAIM *et al.*, 2011). Mesmo apresentando queda importante na última década, nota-se que esses índices ainda continuam elevados, sendo a maioria na primeira semana de vida e, muitas vezes, decorrentes de causas evitáveis, principalmente no que diz respeito ao acesso às ações prestadas por serviços de saúde, dentre elas, a atenção ao pré-natal, ao parto e ao RN, atendimentos que possibilitam diagnóstico e tratamento precoce (BRASIL, 2004b, 2012a, 2014; VICTORA *et al.*, 2011a; PAIM *et al.*, 2011; FUNDAÇÃO SEADE, 2016).

De acordo com documento do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a cobertura de intervenções voltadas para a saúde materna e neonatal é significativamente baixa e cerca de metade das mulheres em todo o mundo tem acesso ao mínimo recomendado de consultas pré-natais (UNICEF, 2014).

Mundialmente, as complicações relacionadas a nascimentos (prematturos), trabalho de parto e parto (complicações perinatais) são responsáveis por cerca de 60% das mortes no período neonatal. Durante o parto, a ocorrência dessas complicações é responsável por aproximadamente 1/4 de todas as mortes neonatais (UNICEF, 2014). Este documento aponta, ainda, que em 2012, um em cada três trabalhos de parto não foi assistido por um profissional de saúde qualificado, expondo os RN a um risco acrescido, considerando que, neste período, a criança encontra-se extremamente vulnerável. Soma-se a isso, o fato de que nas regiões onde as taxas de mortalidade neonatal são mais elevadas, o acesso a cuidados pós-natais é significativamente baixo (UNICEF, 2014).

Nesse sentido, mortalidade infantil, acesso e qualidade dos serviços de saúde prestados à criança, configuram-se como problemas discutidos em nível mundial (ADEDINI *et al.*, 2014; MILNER, 2013).

Segundo estudos internacionais, o acesso aos serviços e às ações em saúde durante a gravidez, o parto e o período neonatal, possui um papel muito importante em relação à detecção precoce de agravos, prevenção de complicações para a mãe e o RN e, consequentemente, redução da mortalidade infantil, com melhoria na qualidade de vida das crianças (ADEDINI *et al.*, 2014; WHO, 2016). A dificuldade ou ausência desse acesso é citada como obstáculo para a ocorrência do cuidado integral (ADEDINI *et al.*, 2014; ZUCHERMANN *et al.*, 2011, ZUCHERMANN *et al.*, 2013).

Estudos trazem a persistência da mortalidade infantil evitável por ações e serviços de saúde e sua relação com a exclusão social das famílias que se apresentam em situação de pobreza, ou seja, condições socioeconômicas e localização geográfica de moradia (urbana/rural) continuam sendo um determinante importante em relação às desigualdades em termos de mortalidade neonatal. O óbito infantil decorrente dessa exclusão social poderia ser minimizado por uma atenção básica eficiente e qualificada, com cumprimento das diretrizes governamentais de atenção infantil e implantação das políticas de atenção integral à saúde da criança (NETO *et al.*, 2010; UNICEF, 2014; VANDERLEI, 2013).

1.2 Políticas Públicas de atenção ao recém-nascido no Brasil: ações na rede básica de serviços públicos de saúde.

Frente ao perfil de morbimortalidade apresentado, o Brasil tem definido o grupo materno-infantil como prioritário para o desenvolvimento de políticas públicas diferenciadas, que têm como compromisso a promoção da saúde e bem-estar das crianças, a redução da mortalidade infantil e a qualificação da assistência prestada, com ampliação do acesso a bens e serviços (BRASIL, 2004a, 2014, 2015; PAIM *et al.*, 2011).

Nesse sentido, no ano de 2004, foi proposto o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, cujo objetivo foi reorganizar e qualificar a assistência à gestante e ao RN e reduzir mortalidade de ambos em cerca de 5%, anualmente (BRASIL, 2004b).

Os avanços apresentados pelo Brasil em relação à organização de serviços de saúde na última década têm afetado positivamente a saúde materno-infantil, uma vez que houve redução dos coeficientes de mortalidade e das desigualdades regionais, além da ampliação no acesso às ações e serviços de saúde. Destaca-se nesse caso, a ampliação da cobertura vacinal, do pré-natal, parto e puericultura proporcionada pela expansão da atenção básica através das equipes de saúde da família (BARROS *et al.*, 2010; BRASIL, 2004b; VICTORA *et al.*, 2011b). Porém, ainda existem muitos desafios a serem superados.

Autores apontam que a criança tem o direito a ser atendida em suas necessidades (ANDRADE *et al.*, 2013a) e o Estado deve prover meios para que os serviços de saúde sejam organizados de modo a cumprir esta condição de atender tal população (SOUZA *et al.*, 2013a; ANDRADE *et al.*, 2013b).

Nesse âmbito, o Ministério da Saúde brasileiro, em documento também lançado em 2004 - Agenda de Compromisso para Atenção Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil - traça estratégias para ações voltadas à promoção do nascimento saudável, ao acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e imunização e a promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, com enfoque prioritário para a vigilância da saúde das crianças de maior risco e os cuidados às doenças prevalentes no período (BRASIL, 2004a).

No ano de 2010, foi apresentado ao governo e à sociedade civil, pela Rede Nacional Primeira Infância, o Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI). Este plano se constitui em uma articulação de organizações da sociedade civil, do governo, do setor privado e de outras redes e organizações multilaterais que atuam na promoção da primeira infância, com

prioridade na defesa dos direitos da criança e do adolescente. O PNPI revalida a importância de ações amplas e articuladas de modo a promover e realizar os direitos da criança até os seis anos de idade. No documento, constam diretrizes gerais, objetivos e metas que o país deverá realizar em cada um dos direitos da criança, firmados pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, tendo como período de pactuação os anos de 2010 a 2022. Assim, a intenção é fazer-se cumprir os compromissos internacionais (Convenção dos Direitos da Criança, Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência), como também os compromissos nacionais já pactuados (Planos Nacionais de Educação, Saúde, Assistência Social, Cultura, Combate à Violência contra a Criança, e Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária) (REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA, 2010).

Como linhas e ações estratégicas, são apresentados o atendimento pré-natal; a atenção obstétrica e neonatal humanizadas; o aleitamento materno e alimentação infantil; a alimentação saudável, combate à desnutrição e anemias carenciais e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; a vigilância à saúde pela equipe de Atenção Básica; o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento; o controle e assistência; o cuidados para grupos específicos e crianças com deficiência; as ações conjuntas e intersetoriais (REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA, 2010).

O PNPI amplia as questões relacionadas à saúde da criança, revelando também a importância de outros setores para consolidar o cuidado na primeira infância, entre eles, a educação, a família, a assistência social, o acolhimento institucional (família acolhedora e adoção), o direito de brincar, a criança inserida em uma sociedade sustentável, o atendimento à diversidade (crianças negras, quilombolas e indígenas), a proteção contra a violência, o direito à cidadania (registro de nascimento), a prevenção contra acidentes. Ressalta a importância da pesquisa e da formação de profissionais com ênfase na primeira infância, como recursos elementares a serem trabalhados em prol de um cuidado qualificado a esta fase da vida (REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA, 2010).

Em 2012, o Caderno da Atenção Básica nº 33 apresenta caminhos para o cuidado do RN na rede básica de saúde, conjugando esforços para que os profissionais de saúde possam atender a criança e sua família de modo ampliado, considerando o cuidado integral (BRASIL, 2012).

A portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015, institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e apresenta, em seu artigo 2º, o objetivo de:

... promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

As medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde nos primeiros anos de vida são consideradas fundamentais para que o crescimento e desenvolvimento infantil se processe de modo adequado (BRASIL, 2004a, 2012a, 2015).

Uma das estratégias para efetivar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é a consulta de puericultura, considerada instrumento capaz de proporcionar à criança as avaliações necessárias nos primeiros anos de vida, com intervenções e encaminhamentos realizados, mediante identificação de alterações nos padrões de crescimento e desenvolvimento. Uma importante finalidade consiste em garantir equidade no acesso e atenção integral, com pronta intervenção, como também referenciar a criança, quando necessário, para outros serviços de saúde, oferecendo resolubilidade para os casos (BRASIL, 2004a, 2012a, BARROS *et al.*, 2012; RAMIREZ-TIRADO, TIRADO-GOMES, LÓPEZ-CERVANTES, 2014).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) que, segundo a Política Nacional de Atenção Básica, deve possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, tem apresentado impacto sobre os indicadores relativos à Saúde da Criança, com ascensão de cobertura vacinal e de pré-natal e significativo declínio nas taxas de morbimortalidade posterior à sua implantação (BRASIL, 2006; CECCON, 2014; SILVA, 2010).

Essa estratégia apresenta-se como porta de entrada para efetivação da consulta de puericultura, com ações voltadas para a promoção do crescimento e desenvolvimento saudável e redução da mortalidade infantil. Nesse sentido, o enfermeiro, também responsável pela realização da consulta de puericultura, desenvolve várias ações em relação ao cuidado à criança, incluindo a promoção de vínculos, o acolhimento e a realização de intervenções de promoção, prevenção e tratamento, contribuindo, assim, para o aumento da qualidade de vida

dessa clientela e possibilitando a melhoria dos indicadores de saúde na infância (BRASIL, 2012a; ANDRADE *et al.*, 2013b; SOUZA *et al.*, 2013b; NETO *et al.*, 2010).

Seguindo as diretrizes de atenção propostas em políticas públicas federais, municípios têm organizado suas ações em saúde a partir de necessidades de saúde locais e disponibilidade de recursos, a fim de atingir metas já destacadas por documentos oficiais relativos à atenção integral à criança e redução da mortalidade infantil. Nesse sentido, em um contexto no qual a criança chegava tardiamente à Unidade Básica de Saúde (UBS) para realização do primeiro atendimento e, considerando a alta mortalidade infantil no município de Ribeirão Preto-SP na década de 1990, foi criado o Programa Floresce uma Vida (FURTADO, 2007).

Iniciado em 1995 e inserido no Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (PAISCA) da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP), o Programa Floresce uma Vida (RIBEIRÃO PRETO, s/d) constitui-se em estratégia que se fundamenta nas recomendações da atual Política Nacional de Saúde da Criança, na perspectiva do cuidado integral do RN (BRASIL, 2011, 2012a, 2015). Esse programa possui como foco principal a articulação entre o atendimento hospitalar e o seguimento dos RN na rede básica de saúde, realizando a contra referência do binômio à unidade de saúde após o parto e nascimento, especificamente dos usuários SUS residentes no município (FURTADO *et al.*, 2010; LIMA *et al.*, 2016).

As ações do referido Programa buscam facilitar o acesso aos serviços de saúde, uma vez que possibilitam que os RN cheguem aos mesmos, mediante o agendamento da primeira consulta (de enfermagem e médica). Além disso, visam proporcionar a continuidade da assistência na rede básica de saúde iniciada na maternidade, por meio da articulação com outros setores, tendo em vista favorecer a coordenação dos serviços para essa população (FURTADO *et al.*, 2010; LIMA *et al.*, 2016; RIBEIRÃO PRETO, s/d).

O Programa conta com o trabalho de cinco auxiliares de enfermagem, alocadas nos quatro hospitais que atendem usuários SUS. Estas, após o nascimento do RN, ainda dentro da maternidade, realizam visita às puérperas a fim de informá-las acerca dos serviços oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde do município e orientá-las sobre a importância da realização do acompanhamento do binômio. Além disso, realizam o cadastramento do RN e agendamento de consulta através do sistema Hygia (sistema informatizado em saúde do município) para o primeiro atendimento do bebê na rede básica de saúde, incluindo consulta médica e de enfermagem, teste do pezinho e vacina BCG (FURTADO, 2007).

Como forma de monitorar e acompanhar a atenção à criança no município, a coordenação do Programa envia uma planilha, a ser preenchida pelo enfermeiro, à todas as unidades de saúde do município (UBS e Unidades de Saúde da Família - USF). Após o preenchimento, as planilhas são devolvidas ao Floresce uma Vida (FURTADO *et al.*, 2010; LIMA *et al.*, 2016; RIBEIRÃO PRETO, s/d).

Os dados contidos nessas planilhas são: número da Declaração de Nascido Vivo (DNV); nome da mãe; paridade; hospital e data de nascimento; peso ao nascer; unidade de saúde de referência para atendimento do RN; visitas domiciliares realizadas; realização do teste do pezinho e das vacinas BCG e contra Hepatite B; encaminhamento do RN para atendimento especializado no Serviço de Estimulação Precoce (para crianças identificadas com risco para desenvolvimento)¹; comparecimento do RN ao primeiro atendimento na rede básica de saúde (consulta de enfermagem), dentro da primeira semana de vida e à primeira consulta médica, dentro de 10 dias de vida; estas últimas têm como subdivisões: se o RN faltou ou compareceu antes, no dia ou após a data agendada para consulta (FURTADO *et al.*, 2010; LIMA *et al.*, 2016; RIBEIRÃO PRETO, s/d).

Ao retornar para a SMS-RP, os dados são digitados em uma planilha única, com as informações de todas as crianças nascidas no município.

Com base nos dados contidos na planilha do Programa, o presente estudo tem como interesse investigar a atenção ao RN a partir das ações realizadas pelo enfermeiro na rede básica de saúde. Cabe destacar que, em geral, o profissional realiza o primeiro atendimento da criança nas unidades da rede básica de serviços públicos de saúde, a fim de avaliar o crescimento e desenvolvimento dessa e realizar o teste do pezinho, a vacina BCG. Além disso, o enfermeiro também incentiva, apoia e orienta a mãe quanto ao aleitamento materno e cuidados com o RN, bem como para outras necessidades de saúde que se fizerem presentes no momento do atendimento do binômio (BRASIL, 2012a; SOUZA *et al.*, 2013a; SOUZA *et al.*, 2013b).

Tais ações são preconizadas pela Agenda de compromissos (BRASIL, 2004a), que se apresenta como um norte para todos os profissionais que prestam assistência à criança, fundamentando-se nos direitos da população infantil e buscando garantir cuidado integral e multiprofissional, com a promoção do nascimento saudável e a identificação de doenças

¹ Os critérios do Serviço de Estimulação Precoce para agendamento da criança são: baixo peso ao nascer; Apgar ≤ 4 no primeiro minuto e/ou <7 no quinto minuto; prematuridade e pós maturidade; intercorrências clínicas pré, peri e pós-natal; fatores genéticos e anomalias congênitas (fonte: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/nadef/i16precoce.php#Apresenta%C3%A7%C3%A3o>)

prevalentes na infância. Mesmo tendo sido preconizadas há mais de uma década, tais ações são pertinentes até os dias atuais, sendo reafirmadas nos documentos subsequentes do Ministério da Saúde brasileiro e garantidas por esse através de estratégias como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), a Rede Cegonha e a Primeira Semana Saúde Integral (BRASIL, 2004a, 2012a, 2015).

Visando reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, o PHPN tem como foco adotar medidas para melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, bem como da assistência ao parto e puerpério. Nesse sentido, como forma de complementar o PHPN, a Rede Cegonha foi criada com o objetivo de organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade e, consequentemente, reduzindo a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2012a).

Considerando a vulnerabilidade das crianças no período neonatal e que a maioria das mortes ocorre na primeira semana de vida, o Ministério da Saúde brasileiro lança mão da Primeira Semana Saúde Integral, uma estratégia que preconiza a realização de atendimento para o binômio dentro da primeira semana de vida do RN e tem como foco, ações voltadas para orientação sobre aleitamento materno, realização de vacinas e teste do pezinho, agendamento de consultas de puericultura e puerpério, facilitando assim, o vínculo entre a família e a unidade e realizando intervenções que visam identificar, prevenir e/ou atenuar agravos que possam afetar a saúde e qualidade de vida do RN (BRASIL, 2004a, 2004b, 2012a).

Presente como um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade em geral, a redução da mortalidade infantil foi uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (4º ODM), atingida pelo Brasil antes do prazo estipulado entre as nações signatárias. Aprovados em setembro de 2015, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), foram construídos de maneira a completar os ODM e superar novos desafios. Um dos seus objetivos está relacionado à garantia da saúde e da qualidade de vida de toda a população. Nesse caso, tem-se como meta até o ano de 2030, acabar com as mortes evitáveis de RN e crianças menores de cinco anos (VICTORA, 2011a; PNUD, 2015).

Contudo, ainda existem desafios a serem superados (VICTORA *et al.*, 2011a; PAIM *et al.*, 2011b; RASELLA *et al.*, 2013) e, nesse caso, a avaliação dos serviços de saúde que atendem a população infantil possui grande potencial na identificação de caminhos que permitam um cuidado integral e resolutivo.

Essa avaliação, permanente e sistematizada, da assistência prestada ao RN é destacada como modo de monitoramento dos princípios que norteiam o cuidado infantil, estabelecidos na Agenda de compromissos (BRASIL, 2004a) citada anteriormente. Seus resultados permitem aprimoramento de ações para promoção do bem-estar da criança, garantindo o crescimento e o desenvolvimento adequados, e minimizando possíveis agravos à saúde (BRASIL, 2012a).

A gestão de serviços e programas de saúde tem sido apoiada com avaliações desses, uma vez que estudos demonstram a importância e relevância de avaliar quando se considera o planejamento das ações em saúde e a possibilidade de mudanças nas estratégias de atenção (TANAKA, TAMAKI, 2012; COSTA et al, 2011; LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011).

Se a avaliação possui o propósito fundamental de dar suporte aos processos de decisão no sistema de saúde, ela deve, então, subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e de serviços desenvolvidos. Deve também abordar a incorporação de novas práticas de cuidado na rotina dos profissionais e mensurar o impacto de ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (TANAKA, TAMAKI, 2012).

Entende-se, portanto, que as práticas em saúde devam ser fortalecidas para proporcionar planos de responsabilização em favor da criança e, com isso, a integralidade do cuidado e o direito em saúde (ANDRADE *et al.*, 2013a).

Considerando a importância do acesso aos serviços de saúde e do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças, como ações para redução do CMI e de seus componentes, e também para proporcionar melhor qualidade de vida para essa clientela, o presente estudo se faz relevante e se justifica ao investigar ações e identificar fatores que influenciam o acesso à rede básica de saúde, a fim de potencializar o cuidado e o direito da criança no contexto da Atenção Primária à Saúde.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Analisar o acesso dos recém-nascidos, após o nascimento, ao atendimento de enfermagem na rede básica de serviços públicos de saúde do município de Ribeirão Preto - SP.

2.2 Objetivos específicos

a) Descrever o acesso dos recém-nascidos às ações de enfermagem ofertadas na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto - SP.

b) Identificar os fatores associados ao acesso dos recém-nascidos às ações de enfermagem ofertadas na rede básica de saúde do município Ribeirão Preto - SP.

c) Analisar o acesso dos recém-nascidos às ações de enfermagem ofertadas na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto – SP, considerando as áreas de abrangência do mesmo.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa. Este tipo de delineamento é apropriado quando se busca descrever a situação, o status do fenômeno ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT, BECK, HUNGLER, 2011).

A avaliação de serviços e programas de saúde consiste em fornecer informações que auxiliem durante processos de planejamento de ações e tomada de decisões no âmbito da saúde. Nesse sentido, os estudos transversais são utilizados a fim de descrever um fenômeno em um determinado momento e, no caso dos analíticos, possibilitar a identificação de fatores associados à ocorrência de um evento (TANAKA, TAMAKI, 2012; POLIT, BECK, HUNGLER, 2011).

3.2 Local do estudo

O presente estudo foi desenvolvido em Ribeirão Preto-SP, município no qual a assistência à saúde apresenta-se organizada em cinco regiões, denominadas Distritos de Saúde, caracterizados por populações e áreas definidas a fim de facilitar o acesso aos serviços prestados. Cada Distrito contém uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS) e várias UBS, que realizam atendimento básico nas áreas médicas, odontológicas e de enfermagem para a população de sua área de abrangência. Além disso, as UBDS possuem pronto atendimento para urgências e atendem especialidades como pediatria, ginecologia e obstetrícia.

No total, o município conta com 49 unidades de saúde, sendo 26 UBS, cinco UBDS e 18 USF. Além disso, possui quatro maternidades que atendem usuárias SUS, locais onde atuam as auxiliares de enfermagem do Programa Floresce uma Vida.

3.3 Participantes

No período de interesse do presente estudo, 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2014, nasceram 41.267 crianças no município. Uma vez que se buscam as ações de enfermagem ofertadas aos RN, contando com a consulta de enfermagem, somente agendada para crianças usuárias do SUS, participaram do estudo 22.463 RN usuários SUS nascidos e residentes no município.

Cabe destacar que o Programa Floresce uma Vida não acompanha a criança após o primeiro atendimento e, apesar de realizar o agendamento de consultas de usuários SUS, este Programa, por estar inserido no PAISCA, possui informações nas planilhas de todas as crianças nascidas no município, incluindo as usuárias de convênios que realizaram consultas, vacina BCG e Triagem Neonatal na rede básica de saúde (LIMA *et al.*, 2016).

3.4 Coleta e registro dos dados

Conforme apontado anteriormente, o Programa Floresce uma Vida envia, mensalmente, planilhas a cada unidade de saúde do município, contendo informações sobre os nascimentos e solicitando dados acerca do primeiro atendimento do RN na rede básica de saúde. As planilhas preenchidas são devolvidas e as informações alimentam o banco dados do referido Programa. Foi a partir destas planilhas, que os dados foram coletados.

Estudo de avaliação do Floresce uma Vida apontou que até o ano de 2007, as planilhas não estavam sendo preenchidas de modo adequado pelas unidades de saúde, nem mesmo sendo devolvidas ao Programa. A porcentagem de devolução das planilhas ficava em torno de 70%, conforme relatos, à época, da responsável técnica pelo Programa. Poucas foram as unidades de saúde do município que devolveram as planilhas mensalmente e, mesmo assim, com um atraso de dois meses, quando considerado o tempo despendido entre a entrega e a devolução (FURTADO, 2007).

Por considerar que a falha no preenchimento das planilhas, bem como que a sua não devolução à coordenação do Programa Floresce uma Vida interfere no processo de avaliação do atendimento prestado aos RN, uma vez que não se tem o conhecimento, em nível central, de como essas crianças estão sendo atendidas, nem se estão chegando às unidades de saúde, definiu-se que a coleta de dados seria feita a partir do ano de 2010, pois de acordo com o responsável técnico do Programa, a partir desta data tem-se 100% das planilhas devolvidas e das informações digitadas no banco de dados do Programa.

Contudo, cabe aqui destacar, que o Programa não possuía um profissional contratado para alimentar o banco de dados. O preenchimento desse banco com as informações provenientes das planilhas era efetuado por bolsistas de nível médio, a partir de um convênio entre empresas e escolas. Uma vez que o bolsista permanecia nessa função por tempo determinado, cerca de um ou dois anos, a todo o momento, o enfermeiro, responsável técnico pelo Floresce uma Vida necessitava treinar um novo digitador.

Porém, no ano de 2016, houve contratação de um profissional fixo para exercer tal função, o que pode possibilitar um aprofundamento na ação de alimentar esse banco de dados, tornando-o mais bem preenchido, com menor chance de dados inconsistentes ou não informados.

3.5 Variáveis do estudo

Como variáveis do presente estudo, tem-se:

- **Unidade de referência para atendimento:** variável categórica, composta pelas categorias “unidade de saúde A”, “unidade de saúde B”, ...
- **Idade em dias:** variável contínua, obtida a partir da diferença entre a data em que o primeiro atendimento de enfermagem na rede básica ocorreu e a data de nascimento;
- **Peso ao nascer:** variável contínua;
- **Idade materna:** variável contínua;
- **Paridade:** variável discreta;
- **Número de consultas de pré-natal realizadas:** variável categórica, composta pelas categorias “1” (nenhuma), “2” (1 a 3), “3” (4 a 6) e “4” (7 ou mais);
- **Encaminhamento do RN para serviço especializado:** variável categórica binária;
- **Consulta de enfermagem:** variável categórica, composta pelas categorias “antes do dia agendado”, “no dia agendado”, “após o dia agendado” ou “faltou”;
- **Realização da triagem neonatal (teste do pezinho):** variável categórica binária;
- **Realização da vacina BCG:** variável categórica binária.

Considerando o perfil de morbimortalidade brasileiro, faz-se necessária a promoção do cuidado integral à criança, que pode ser comprometido por barreiras relacionadas ao acesso a esses serviços e ações em saúde (BRASIL, 2004a; ADEDINI *et al.*, 2014; ZUCHERMAN *et al.*, 2013). Para tanto, a contribuição desse estudo está na possibilidade da identificação de fatores que dificultam ou impedem esse acesso.

Com o objetivo de viabilizar o acesso e a atenção ao RN, é indispensável que a unidade de saúde organize a agenda de atendimento dos seus profissionais, principalmente dos enfermeiros, no mesmo horário da realização da triagem neonatal e do funcionamento da sala de vacina (BRASIL, 2004a; RIBEIRÃO PRETO, s/d). Portanto, para atender ao segundo objetivo específico do estudo, o acesso dos RN às ações de enfermagem na rede básica foi

considerada a variável dependente, definida como uma variável categórica, cujas categorias foram compostas pela combinação das variáveis: consulta de enfermagem, realização da triagem neonatal e realização da vacina BCG:

- ✓ **Categoria 1:** realizou a consulta de enfermagem, a vacina BCG e a triagem neonatal na atenção básica, **no mesmo dia**;
- ✓ **Categoria 2:** realizou a consulta de enfermagem, a vacina BCG e a triagem neonatal na atenção básica **em dias diferentes**.

Cabe, ainda, ressaltar que a categoria 2, inclui crianças que realizaram um ou dois atendimentos no mesmo dia, mas não os três atendimentos. Por exemplo, consulta de enfermagem e teste do pezinho; entretanto, não realizou a vacina BCG.

Para a análise dos dados, a variável “idade materna” foi categorizada da seguinte maneira: adolescentes (menor ou igual a 19 anos), adultas jovens (20 a 34 anos) e adultas com idade tardia, ou seja, com 35 anos ou mais (BRASIL, 2012c; GRAVENA, 2013). Já para a análise da variável “peso ao nascer”, adotou-se a classificação da Organização Mundial da Saúde: baixo peso (menor ou igual a 2.499 gramas), peso adequado ao nascer (2.500 a 3.999) e peso maior ou igual a 4.000 gramas, que caracteriza excesso de peso (UNICEF, 2004).

A variável “número de consultas de pré-natal” realizadas contida no banco de dados do Programa já se apresentava categorizada, ou seja, os dados referentes a essas consultas possuíam as mesmas categorias a serem assinaladas no documento utilizado pelo município (Declaração de Nascidos Vivos).

Condições socioeconômicas como paridade e idade materna são consideradas como determinantes em relação à assistência prestada à saúde das crianças. A influência da paridade no comprometimento do acesso às ações de enfermagem pode estar relacionada à dificuldade das mães em levar a criança à consulta devido ao tempo dispensado por elas para realização de atividades domésticas e cuidados com outros filhos. Já em relação à maternidade, tem-se a questão de que a mãe traz consigo muitas responsabilidades e, no caso de mãe adolescente, soma-se o fato dela ter que transitar para a vida adulta e assumir o cuidado de uma criança (NETO *et al.*, 2010).

Muitas famílias de neonatos com risco para o desenvolvimento apresentam, após a alta hospitalar, insegurança e dúvidas em relação ao fluxo e ao processo que garante o acesso aos serviços de saúde. Isso demonstra a importância da busca ativa, das ações de referência e contra referência e da assistência de um profissional habilitado como o enfermeiro, visando a promoção de vínculo, a educação em saúde e, conseqüentemente a diminuição de dificuldades (BRASIL, 2004a; CUSTODIO *et al.*, 2013; RIBEIRÃO PRETO, 2007).

A adesão e o retorno a um serviço de saúde ocorrem quando, durante um atendimento como o de pré-natal, há acolhimento por parte de toda a equipe de saúde e a formação de vínculo desta com as gestantes (LIMA, 2013).

Nesse sentido, visando garantir o acesso aos serviços de saúde e a redução da mortalidade infantil no município de Ribeirão Preto, o Programa Floresce uma Vida promove a continuidade da assistência, precoce e integral, da mãe e do bebê em sua unidade de saúde de referência através da articulação da maternidade com as Unidades Básicas de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, s/d; FURTADO *et al.*, 2010; LIMA *et al.*, 2016).

A partir das considerações acima, destacou-se a necessidade de se classificar como variáveis independentes: idade materna, paridade, peso ao nascer e número de consultas de pré-natal realizadas.

Pelo exposto, temos como pressuposto que o peso ao nascer, o número de consultas de pré-natal realizadas, a idade materna e a paridade influenciam no comparecimento do RN para atendimento de enfermagem na unidade de saúde.

3.6 Análise dos resultados

Uma vez que o banco de dados do Floresce uma Vida encontra-se digitado em planilhas do software Excel, o processamento foi realizado a partir do gerenciamento desse banco de dados.

Cabe ressaltar que foram identificados dados inconsistentes, caracterizados pela ausência de informações digitadas nas planilhas ou erro de digitação dessas. Na apresentação das variáveis, utilizou-se o termo “Ignorado” para tais dados.

Na fase descritiva da análise dos dados os participantes do estudo foram caracterizados quanto às variáveis de interesse, buscando-se informações que identificassem melhoria no acesso aos serviços de saúde, contemplando o atendimento da criança na primeira semana de vida.

Em relação ao primeiro atendimento da criança na rede básica de saúde, buscou-se verificar a idade do RN no comparecimento à unidade para a realização das ações citadas acima. Portanto, não foi estabelecido limite de idade para esta análise.

Na fase analítica, efetuou-se análises bivariadas (teste qui-quadrado) entre cada uma das variáveis independentes e a variável dependente, ou seja, buscou-se associações entre as variáveis “peso ao nascer”, “idade materna”, “paridade” e “número de consultas de pré-natal” realizadas e a variável “acesso dos RN às ações de enfermagem na rede básica”. A partir dessa análise foram retidas apenas as variáveis que apresentaram valores $p < 0,05$. Quando necessário, foi considerado também o teste qui-quadrado com correção através do teste exato de Fisher. As medidas de associação utilizadas foram os odds ratios (OR), calculados por pontos e por intervalos com 95% de confiança (IC95%). Para tanto, foi utilizado o *software* Statistica, versão 12.0.

Para a distribuição espacial dos dados referentes ao acesso às ações de enfermagem, procedeu-se ao cálculo da porcentagem das ações de enfermagem ocorridas segundo as áreas de abrangência dos serviços de saúde da Atenção Primária do município. Portanto, procedeu-se a análise de área, que consiste na contagem de um dado evento em áreas delimitadas por polígonos, já que a visualização de um padrão espacial é de extrema valia para a identificação de agregação definida e compreensão da distribuição por meio da associação de causas mensuráveis (DRUCK *et al.*, 2004). Para este estudo, realizou-se o cálculo da porcentagem de realização das ações de enfermagem (teste do pezinho, vacina BCG e consulta de enfermagem), avaliando individualmente, bem como a ocorrência das três ações no mesmo dia, considerando o número de nascidos por área de abrangência dos serviços de saúde da Atenção Primária, que se totalizam em 46 territórios de atuação das equipes de saúde que são reconhecidos pelo software utilizado para análise.

Cabe esclarecer que para esta etapa utilizou-se o software ArcGis versão 10.1, no qual consiste em um pacote de softwares da ESRI® (*Environmental Systems Research Institute*) que possibilita a elaboração e manipulação de informações vetoriais e matriciais para o uso e gerenciamento de bases temáticas (ANDRADE, 2012).

Os resultados foram discutidos à luz das políticas públicas de atenção à saúde da criança do Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2004a, 2012a, 2015).

3.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, após anuência da Secretaria Municipal de Saúde (CAAE 47836115.5.0000.5393, Ofício nº 152/2015). Uma vez que os dados obtidos no presente estudo são provenientes do banco de dados do Programa Floresce uma Vida, não houve participação presencial das crianças. Nesse sentido, solicitou-se a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) junto ao CEP.

Entende-se que, no presente estudo, houve riscos de possível identificação dos participantes. Portanto, ressalta-se, aqui, que o manuseio do banco de dados ocorreu com total sigilo e respeito ao anonimato dos participantes, seguindo as diretrizes que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b). Além disso, o banco de dados foi mantido em local seguro, sob a posse da pesquisadora principal.

4 RESULTADOS

No período estudado, nasceram 41.267 crianças, das quais 22.463 (54,4%) são usuários SUS (4.480 em 2010; 4.457 em 2011; 4.568 em 2012; 4.324 em 2013 e 4.634 no ano de 2014). Foram registradas 19.234 (85,6%) consultas de enfermagem, 19.376 (86,3%) vacinas BCG e 19.769 (88,0%) triagens neonatais. Do total de RN, 8.313 (37,0%) tiveram acesso a essas três ações de enfermagem no mesmo dia. Ao realizar a análise dessas variáveis, identificou-se que os dados considerados como ignorados representam menos de 15% do total.

Na tabela 1, é possível observar que, dentro da primeira semana de vida, 15.976 (71,1%) RN realizaram a consulta de enfermagem, 16.136 (71,8%) o teste do pezinho e 13.005 (57,9%) a vacinas BCG.

Tabela 1 – Acesso às ações de enfermagem dentro da primeira semana de vida, segundo ano de ocorrência. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2016.

Ações realizadas	Ano de ocorrência					Total
	2010	2011	2012	2013	2014	
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Consulta de enfermagem	2.787 (17,4%)	2.966 (18,6%)	3.432 (21,5%)	3.328 (20,8%)	3.463 (21,7%)	15.976 (100%)
Teste do pezinho	2.995 (18,6%)	3.047 (18,9%)	3.458 (21,4%)	3.318 (20,6%)	3.318 (20,6%)	16.136 (100%)
Vacina BCG	2.297 (17,7%)	2.483 (19,1%)	2.870 (22,1%)	2.724 (20,9%)	2.631 (20,2%)	13.005 (100%)
Três ações no mesmo dia	1.360 (16,4%)	1.494 (18,0%)	2.040 (24,5%)	1.811 (21,8%)	1.608 (19,3%)	8.313 (100,0%)

Do total de consultas de enfermagem realizadas, verificou-se que 15.976 (83,1%) usuários SUS foram atendidos na primeira semana de vida. Além disso, foi possível identificar que 9.404 (41,9%) crianças compareceram à consulta no dia agendado, 1.470 (6,5%) faltaram, 641 (2,9%) compareceram antes e 1.993 (8,9%) depois da data marcada. Já em relação às consultas de pré-natal realizadas, verificou-se que 15.929 (70,9 %) mulheres realizaram sete ou mais consultas.

Uma vez que o presente estudo busca fortalecer a importância de a mãe comparecer à unidade de saúde com seu filho para realizar, em um só dia, as três ações de enfermagem aqui estudadas, como forma de otimizar a assistência e oportunizar o cuidado integral ao RN,

destaca-se o baixo percentual em relação a realização das três ações de enfermagem no mesmo dia, no decorrer dos anos. Na tabela 2, observa-se que o acesso do RN às ações de enfermagem não sofreu alterações significativas ao longo dos anos estudados.

Tabela 2 – Acesso às ações de enfermagem, segundo ano de ocorrência. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2016.

Ações realizadas	Ano de ocorrência					
	2010	2011	2012	2013	2014	Total
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Consulta de enfermagem	3.595 (18,7%)	3.789 (19,7%)	4.042 (21,0%)	3.788 (19,7%)	4.020 (20,9%)	19.234 (100,0%)
Teste do pezinho	3.829 (19,4%)	3.918 (19,8%)	4.150 (21,0%)	3.878 (19,6%)	3.994 (20,2%)	19.769 (100,0%)
Vacina BCG	3.692 (19,1%)	3.807 (19,6%)	4.074 (21,0%)	3.749 (19,3%)	4.054 (20,9%)	19.376 (100,0%)
Três ações no mesmo dia	1.360 (16,4%)	1.494 (18,0%)	2.040 (24,5%)	1.811 (21,9%)	1.608 (19,3%)	8.313 (100,0%)

Em relação aos óbitos de menores de um ano, em 2010 foram registrados 77 óbitos; nos anos de 2011, 2012, 2013 e 2014 ocorreram, respectivamente, 81, 71, 80 e 96 mortes de crianças nessa faixa etária. Considerando a primeira semana de vida, em 2010 foram 36 (46,8%) crianças; em 2011, 38 (46,9%); 2012 apontou 33 (46,5%) mortes; 2013, 42 (52,5%) e 2014, 40 (41,7%) óbitos com menos de uma semana de vida (RIBEIRÃO PRETO, s/d).

No período estudado, 2.381 (10,6%) RN apresentaram baixo peso ao nascer e 2.560 (11,4%) crianças com risco para desenvolvimento foram identificadas e agendadas para atendimento no Serviço de Estimulação Precoce. No que diz respeito à idade materna, 15.759 (70,2%) mães possuíam idade entre 20 e 34 anos.

Na tabela 3, são apresentados os resultados da análise bivariada, a partir da qual é possível observar que houve associação entre o acesso do RN às ações de enfermagem e o peso ao nascer, idade materna e número de consultas de pré-natal realizadas. Dentre as mães que levaram seus filhos até a unidade de saúde para realização da consulta de enfermagem, teste do pezinho e vacina BCG em dias diferentes, a maioria realizou sete ou mais consultas de pré-natal, possuía filhos com peso adequado ao nascer e idade entre 20 a 34 anos. Cabe

aqui ressaltar que durante a análise bivariada, excluíram-se os dados considerados como “Ignorados”.

Tabela 3 - Variáveis relacionadas ao acesso do recém-nascido às três ações de enfermagem. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2016.

Variáveis	Acesso do RN às ações de Enfermagem		p valor
	no mesmo dia f (%)	em dias diferentes f (%)	
Peso ao nascer (g) (n=22.463)			p < 0,001
≤ 2,499	368 (1,64%)	2.013 (8,96%)	
De 2,500 a 3,999	7.518(33,47%)	11.455 (50,99%)	
≥ 4,000	427 (1,90%)	682 (3,04%)	
Idade Materna (anos) (n=22.460)			p < 0,001
≤ 19	1.682 (7,49%)	2.738 (12,19%)	
20 a 34	5.886 (26,21%)	9.873 (43,96%)	
≥ 35	744 (3,31%)	1.537 (6,84%)	
Nº consultas de pré-natal (n=21.456)			p < 0,001
1 a 6	1.951 (9,09%)	3.576 (16,37%)	
≥ 7	6.120 (28,52%)	9.809 (45,72%)	
Nº de filhos (n=22.393)			p = 0,0623
Nenhum	3.748 (16,74%)	6.187 (27,63%)	
≥ 1	4.549 (20,31%)	7.909 (35,32%)	

A seguir, apresenta-se a análise espacial referente ao acesso às ações de enfermagem, considerando o total de nascidos por áreas de abrangência do município de Ribeirão Preto-SP. Observa-se que os Distritos de Saúde Leste e Central foram os que apresentaram menor porcentagem de realização dos três procedimentos no mesmo dia.

Unidades de saúde dos Distritos Sul e Norte responderam por maior frequência de atendimentos de enfermagem, como também teste do pezinho e vacina BCG. Porém, ao se observar a ocorrência das três ações no mesmo dia, destaca-se o Distrito Sul.

Mapa 1 - Porcentagem bruta referente ao acesso dos recém-nascidos às ações de enfermagem, segundo total de nascidos por áreas de abrangência dos serviços de saúde. Ribeirão Preto, 2016.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo identificou que, no período estudado, nasceram 41.267 crianças, a maioria usuárias SUS. Nesse sentido, cabe às unidades de saúde promover a criação de vínculo, disponibilizar vagas para atendimento e garantir o bom aproveitamento do tempo, respeitando as necessidades e particularidades de sua clientela e garantindo, com isso, o acesso e a redução de barreiras quem o impeçam (BRASIL, 2004a; SÃO PAULO, 2010).

A partir da análise dos dados referentes ao Programa Floresce uma Vida, cujo foco é buscar garantir tal acesso (RIBEIRÃO PRETO, s/d; FURTADO *et al.*, 2010; LIMA *et al.*, 2016), identificou-se a entrada de mais da metade das crianças usuárias do SUS nos serviços de saúde dentro da primeira semana de vida, ou seja, nos primeiros sete dias após o nascimento; quase 60% recebeu a vacina BCG, mais de 70% realizou a consulta de enfermagem e a triagem neonatal, caminhando ao encontro das recomendações do Ministério da Saúde brasileiro e incorporando as ações da Primeira Semana Saúde Integral (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2015). Nesse sentido, destaca-se a importância do trabalho da equipe de enfermagem do Programa que atua nas maternidades, uma vez que sua função é orientar as puérperas acerca dos serviços públicos de saúde que são oferecidos no município, bem como a importância do acompanhamento do RN, incluindo a realização da consulta de enfermagem, do teste do pezinho e da vacina BCG (FURTADO, 2007).

O acesso do RN às ações de enfermagem não sofreu alterações significativas ao longo dos anos estudados. Porém, as oscilações nos valores e a não ocorrência de aumento significativo em relação a esses atendimentos ao longo dos anos podem estar associadas ao número de nascimentos e de óbitos, ou seja, ao comparar os anos de 2012 e 2013, percebe-se uma pequena queda no número de procedimentos realizados. Isso pode estar relacionado ao fato de que em 2013, nasceram menos 244 crianças e ocorreram nove óbitos a mais quando comparado com o ano anterior.

Através do estudo, identificou-se que menos da metade das crianças estudadas tiveram acesso às três ações de enfermagem no mesmo dia e que, apesar de mais da metade ter sido realizada dentro da primeira semana de vida, os números apresentam-se aquém do desejado e do recomendado, fato que indica, ainda, desafios a serem superados, corroborando estudo de Victora *et al.* (2011). Nesse sentido, cabe refletir acerca de como se encontra a implantação de políticas públicas e da ESF, principal porta de entrada do SUS, que tem como princípios promover assistência integral e resolutiva à criança e que, no município de Ribeirão Preto, apresentou, em dezembro de 2014, cobertura de 18,37%; 5,39% maior do que a identificada em janeiro de 2010. (BRASIL, s/d, 2004a, 2006).

Estudo que objetivou avaliar a efetividade da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre indicadores de saúde da criança no Estado de São Paulo, entre 1998 e 2009, destaca que a cobertura da ESF apresentou tendência crescente ao longo de todo o período, atingindo 28,1% em 2009; porém, esse aumento foi mais acentuado nos municípios de pequeno porte (VENÂNCIO *et al.*, 2016). Da análise relacionada à mortalidade neonatal, os autores verificaram sua redução como possível efeito de proteção da cobertura da ESF; porém, destacam que tal resultado foi encontrado somente na análise não ajustada.

No que diz respeito à cobertura da ESF, o estudo revela que coberturas superiores a 50% mostraram efeito de proteção em relação à mortalidade pós-neonatal e coberturas até 50% ou superiores a 50% foram fatores de proteção para internações por pneumonia (VENÂNCIO *et al.*, 2016).

Os autores concluem que contextos locais e regionais podem apresentar variações com relação à efetividade da ESF sobre os desfechos relacionados à saúde da criança. Nesse sentido, recomendam que profissionais de saúde e gestores tenham em mente tal aspecto ao pensar em estratégias para aprimoramento da qualidade do cuidado ofertado na Atenção Básica, com repercussão nos indicadores de saúde da criança (VENÂNCIO *et al.*, 2016).

Tais resultados reforçam, portanto, a relevância de oportunizar ao RN o atendimento precoce em serviços de saúde na Atenção Básica, tão logo tenha alta da maternidade — ainda na primeira semana de vida — ação que o Programa Floresce uma Vida busca realizar desde a metade da década de 1.990.

A primeira semana de vida é caracterizada por grande parte das mortes infantis no país, coeficiente que mantém estreita relação com a assistência prestada durante a gestação e o nascimento, mostrando a importância da qualidade da atenção destinada ao pré-natal, parto e acompanhamento do neonato. Apesar da redução importante nas últimas décadas, os indicadores de óbito neonatal apresentam queda aquém do desejado, com número expressivo de mortes ocorrendo devido a causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde. Portanto, considera-se de extrema importância o acesso do RN aos serviços e às ações básicas de saúde nesse período (BRASIL, 2004a, 2012a, 2012c; ADEDINI *et al.*, 2014; MILNER, 2013; FURTADO *et al.*, 2010, 2007).

A taxa de mortalidade de crianças menores de um ano tem ocorrência desigual no município de Ribeirão Preto, sendo maior nos Distritos cuja população é mais dependente do SUS e possui condições socioeconômicas mais baixas (RIBEIRÃO PRETO, 2012), refletindo as desigualdades sociais e corroborando com outras realidades (UNICEF, 2008;

VANDERLEI, 2013). Com isso, destaca-se a necessidade de ampliar a cobertura e o acesso aos serviços e ações em saúde (VICTORA *et al.*, 2011a), especificamente para as crianças em situação de pobreza (UNICEF, 2008).

Considerando o perfil de morbimortalidade do município (RIBEIRÃO PRETO, 2012), faz-se necessária a promoção do cuidado integral à criança, que pode ser comprometida por barreiras relacionadas ao acesso à serviços e ações em saúde (ADEDINI *et al.*, 2014; ZUCHERMANN *et al.*, 2013).

Nesse sentido, a investigação de óbitos configura-se como uma estratégia que visa à redução da mortalidade infantil, uma vez que possibilita a identificação das causas e sua classificação como evitáveis ou não evitáveis (CARETI, 2014).

Assim, o município do estudo, ao coordenar a atenção à saúde da população organizando-a em Distritos de Saúde, possibilita espaços mais próximos entre usuários e serviços de saúde. Essa territorialização permite a criação de vínculos com a população, conhecendo-a e identificando seus problemas de saúde e, conseqüentemente, trazendo consigo a possibilidade de viabilizar o acesso aos serviços (PESSOA *et al.*, 2013).

Estudo realizado no município mostra que os Distritos de Saúde Leste e Central apresentaram o maior percentual de classes econômicas com maior poder aquisitivo, sendo os Distritos de Saúde Norte, Sul e Oeste, os que obtiveram os menores percentuais. Além disso, os Distritos cuja população possui maior poder aquisitivo também são os que possuem a maior utilização exclusiva da saúde suplementar/particular em detrimento dos Distritos de Saúde Norte, Sul e Oeste, que apresentaram a maior porcentagem de pessoas que utilizam exclusivamente o SUS. Essas informações podem justificar o fato de que os Distritos de Saúde Leste e Central foram os que apresentaram menor porcentagem de realização das três ações de enfermagem (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

O crescimento e desenvolvimento, cuja avaliação deve ser garantida na Atenção Básica de Saúde, é considerado o principal indicador das condições de saúde infantil. Com isso, seu acompanhamento torna-se de extrema importância, uma vez que visa a identificação de alterações e a prevenção de complicações (BRASIL, 2012a, SOUZA, 2013b).

Além disso, autores apontam a importância da Atenção Básica no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (MONTEIRO *et al.*, 2011; CAMPOS *et al.*, 2011; ASSIS *et al.*, 2011; GASPARINO, SIMONETTI, TONETE, 2013), sendo que o momento do atendimento viabiliza o compartilhamento da responsabilidade, entre profissional e mãe, pelo cuidado dessa, de modo a possibilitar que ela se desenvolva plenamente.

Nesse encontro, quando se permite o diálogo, tanto as dificuldades quanto as facilidades para o cuidado se fazem presentes; crenças, conhecimentos e atitudes são revelados e assim, se torna possível compreender as necessidades da criança e da família e oferecer assistência qualificada (MONTEIRO *et al.*, 2011; CAMPOS *et al.*, 2011; VASCONCELOS *et al.*, 2012).

Após a análise dos dados, identificou-se que uma pequena parcela de crianças estudadas (10,4%) apresentou baixo peso ao nascer, um dos principais fatores de risco relacionados com o aumento da morbimortalidade neonatal e infantil que deve ser avaliado precocemente (BRASIL, 2012c; SOUZA *et al.*, 2013b; RIBEIRÃO PRETO, 2007).

Muitas vezes, a criança com baixo peso ao nascer é considerada de risco, devido aos efeitos negativos que sua condição pode desencadear sobre o desenvolvimento. Logo após a alta, essa clientela necessita de um cuidado integral e precoce, permitido através de um processo adequado de orientação e encaminhamento para a continuidade dos cuidados de acordo com suas necessidades, seja em ambulatórios especializados ou na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2012a; RIBEIRÃO PRETO, s/d; CUSTODIO *et al.*, 2013), como no caso dos encaminhamentos para o Serviço de Estimulação Precoce realizados para crianças com risco para o desenvolvimento que, dentro do período estudado, representaram pouco mais de 10% das crianças analisadas.

Segundo estatísticas do Serviço de Estimulação Precoce do município, mensalmente, aproximadamente a mesma porcentagem acima indicada dos nascidos vivos no município possuem fatores de risco que poderiam afetar seu desenvolvimento neuropsicomotor e que são decorrentes de fatores genéticos, pré, peri e pós-natais. As auxiliares de enfermagem do Programa Floresce uma Vida, ao identificarem essas crianças de risco, realizam a articulação e o agendamento, ainda na maternidade, para atendimento nesse serviço, que tem por objetivo o acompanhamento dessa clientela, com vistas a prevenir ou atenuar atrasos que possam ocorrer durante seu desenvolvimento (FURTADO *et al.*, 2007; RIBEIRÃO PRETO, 2007).

Recém-nascidos filhos de mães muito novas ou que se apresentam em idades mais avançadas também são considerados mais vulneráveis. No período estudado, identificou-se tanto gestantes adolescentes quanto mulheres com gestações tardias, fato que remete à importância das atividades educativas e do planejamento familiar promovido pelos enfermeiros nas Unidades Básicas De Saúde, com vistas a diminuir a ocorrência dessas gestações de risco. Além disso, destaca-se a importância do seguimento pré-natal, cujo

propósito é promover um desfecho perinatal adequado para situações de risco (NAIR *et al.*, 2014; SÃO PAULO, 2010; SOUZA, 2013b; UNICEF, 2014).

Em relação ao pré-natal, cuja importância está na identificação de fatores de risco e realização de encaminhamentos que visem assegurar a saúde da mãe e do bebê, verificou-se que mais da metade das mães realizaram sete ou mais consultas, indo ao encontro com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005; SÃO PAULO, 2010). Porém, a maioria destas mães não levou seus filhos à unidade para realização dos três procedimentos no mesmo dia. Desse modo, reforça-se, aqui, que o acompanhamento da gestante nesse período, possibilita a construção do vínculo com o profissional e, consequentemente, tem potencial para facilitar a adesão às orientações e indicar, à mãe, a importância do acesso e da assistência do RN aos serviços de saúde após o nascimento (SÃO PAULO, 2010; SOUZA *et al.*, 2013b).

O estudo revelou que menos da metade das vacinas BCG e das triagens neonatais foram realizadas no mesmo dia da consulta de enfermagem. Dentre as crianças que não realizaram esses três procedimentos no mesmo dia, estão aquelas com peso adequado ao nascer e cujas mães possuem entre 20 e 34 anos e realizaram sete ou mais consultas de pré-natal.

Uma vez que o foco é a garantia do acesso e o atendimento integral ao binômio, torna-se indispensável que as unidades de saúde atentem-se para esse perfil de mães e crianças que não estão tendo acesso aos três procedimentos de enfermagem no mesmo dia e, ao considerarem as realidades locais, como por exemplo, tempo dispensado pelas mães para realização de atividades domésticas, sejam flexíveis em relação ao planejamento de ações e de organização da agenda de atendimento dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros (BRASIL, 2004a, 2012a; SOUZA *et al.*, 2013; CAMPOS *et al.*, 2011; NETO, 2010; SÃO PAULO, 2010).

Com isso, destaca-se a importância do agendamento da consulta de enfermagem no mesmo horário da realização da triagem neonatal e do funcionamento da sala de vacina e, quando isso não for possível, aproveitar todas as oportunidades de encontro com a criança e sua família para promoção do cuidado integral (BRASIL, 2004a, 2012a; SOUZA *et al.*, 2013; CAMPOS *et al.*, 2011; SÃO PAULO, 2010).

6 CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo permitiram identificar que as ações do Programa Floresce uma Vida, referentes à articulação entre a atenção hospitalar e a rede básica de saúde, facilitam o atendimento precoce da criança nas unidades de saúde, buscando com isso, a garantia do acesso em tempo oportuno e do cuidado integral a essa parcela da população, caminhando ao encontro das políticas públicas de atenção nacionais e internacionais.

O agendamento de crianças de risco para o Serviço de Estimulação Precoce encontra-se dentro do esperado para esta clientela, reforçando a ocorrência da integralidade do cuidado, pois referencia a criança, quando ela necessita de atendimento especializado.

Ações preconizadas para a primeira semana de vida, como triagem neonatal, vacina BCG e consulta de enfermagem, apresentaram cobertura inferior ao esperado, principalmente ao se analisar a realização destas três ações no mesmo dia; porém, este resultado pode ter sido comprometido pela presença de fragilidades no preenchimento das planilhas pertencentes ao Programa, o que pode levar a uma análise equivocada do atendimento das crianças no que se refere a tais ações.

Como fragilidades do estudo, estão alguns fatores que dificultaram a análise, podendo inclusive, resultar na apresentação de informações que não condizem com a realidade do município. Nesse caso, destaca-se a grande quantidade de dados inconsistentes que representam erros de digitação ou ausência de dados digitados nas planilhas utilizadas pelo Programa Floresce uma Vida. Este fato pode ter sido minimizado, a partir de 2016, pela contratação de um profissional fixo para exercer tal função. Desse modo, há chance de menor ocorrência de erros de digitação ou inconsistência de informações, tão importantes para a gestão do cuidado da criança na Atenção Básica.

Há que se destacar, ainda, que um terço das crianças faltaram à consulta, ou compareceram antes ou depois da data agendada pelo Floresce uma Vida, ou seja, essas crianças não compareceram na data preconizada para receber as ações em saúde. Aliado a isso, estão os fatores impeditivos, apresentados nesse estudo, que podem servir como indicador para analisar aspectos da saúde da criança e também orientar os gestores e a equipe de saúde a reavaliarem as estratégias de atendimento à essa clientela.

Conclui-se que há necessidade de fortalecer e adequar ações que ainda não atendem ao que está recomendado pelas políticas públicas de saúde voltadas a essa população, de modo a responder as necessidades de cada criança.

Além de buscar garantir a diminuição da morbimortalidade infantil, o atendimento adequado e em tempo oportuno de todas as ações aqui analisadas (consulta de enfermagem,

teste do pezinho e vacina BCG) significa oportunidade de oferecer, à mãe, orientações que auxiliem no cuidado do bebê; e ao RN, a possibilidade de ter minimizada ocorrências que resultem em adoecimento ou morte precoce.

O acesso dos RN aos cuidados em saúde se constitui em direito, que deve ser observado criteriosamente, por profissionais de saúde e gestores, de modo a garantir sua defesa e ocorrência. A partir dele, torna-se possível iniciar o cumprimento das diretrizes de organização das ações e dos serviços na rede de saúde, bem como das recomendações das políticas públicas de atenção à criança, orientadas por princípios, entre eles, a prioridade absoluta da criança, o acesso universal à saúde e a integralidade do cuidado.

7 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Os benefícios do presente estudo estão relacionados ao gerenciamento das informações acerca do acesso e do cuidado de enfermagem ao RN como potencial instrumento para qualificar cada vez mais a assistência prestada a esta clientela.

Seus resultados contribuem para uma análise ampliada da assistência à saúde no município e oferecem evidências que fortalecem o SUS, identificando aspectos do cuidado que precisam ser mantidos, como as ações realizadas no mesmo dia em algumas unidades de saúde e que estão sendo benéficas à criança. Além disso, identificam as fragilidades que são passíveis de intervenções, como as mães que não estão levando seus filhos nas unidades de saúde no dia agendado pelo Floresce uma Vida, fato que requer conhecer os motivos desse não comparecimento. Os resultados permitem, ainda, transposição para realidades semelhantes, auxiliando na visibilidade do cuidado de enfermagem precoce ao RN após a alta da maternidade, independente de sua localidade de origem, quer seja em pequeno município, quer seja em município de grande porte., . Desse modo, os dados aqui apresentados contribuem no processo de determinação, manutenção ou mudança nas políticas de atenção à saúde da criança.

A atenção qualificada à saúde dos RN possui importante influência na redução do CMI, aliado a aspectos sociais, afetivos e culturais. A atuação profissional adequada frente às necessidades de saúde da clientela infantil e a garantia de oferta de assistência efetiva e eficaz devem ser avaliadas para permitir manutenção ou reorganização das ações em saúde.

REFERÊNCIAS

ADEDINI, S.A. et al. Barriers to accessing health care in Nigeria: implications for child survival. **Glob. Health Action**, v.7, n.10, p.3402, 2014.

ANDRADE, F.R. **Ocorrência da dengue em Santana de Parnaíba e relação com medidas de controle**. 2012. (Aperfeiçoamento/Especialização em Curso de Especialização em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

ANDRADE, R.D. et al. Integralidade das ações entre profissionais e serviços: prerrogativa ao direito à saúde da criança. **Esc. Anna Nery**, v.17, n.4, p.772-80, 2013(a).

ANDRADE, S.R. et al. Melhores práticas na atenção básica à saúde e os sentidos da integralidade. **Esc. Anna Nery**, v.17, n.4, p.620-27, 2013(b).

ASSIS, W.D.; COLLET, N. REICHERT, A.P.S. SÁ, L.D. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas Unidades de Saúde da Família. **Rev.Bras. Enferm**, v.64, n. 1, p. 38-46, 2011.

BARROS, A.J.D. et al. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries. **Lancet**, v.379, n.9822, p.1225-33, 2012.

BARROS F.C. et al. Recent trends in maternal, newborn, and child health in Brazil: progress toward Millennium Development Goals 4 and 5. *Am J Public Health*, v.89, 100:1877, 2010.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004(b).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 650 de 05 de outubro de 2011. **Dispõe sobre os planos de ação regional e municipal da Rede Cegonha**. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012(a).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. 2012(b).

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012(c).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Ministério da Saúde. Brasília, 2014.

_____. PORTARIA Nº 1.130 do Ministério da Saúde, de 5 de agosto de 2015. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, 6 ago 2015. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=39&data=06/08/2015>. Acesso em: 15 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 24 jan. 2017.

CARETI, C.M.; SCARPELINI, A.H.P.; FURTADO, M.C.C. Perfil da mortalidade infantil a partir da investigação de óbitos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.16, n.2, p.352-60, jun. 2014.

CAMPOS, R.M.C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.45, n.3, p.566-74, 2011.

CECCON, R.F. et al. Mortalidade infantil e Saúde da Família nas unidades da Federação brasileira, 1998–2008. **Cad. Saúde Colet.**, v.22, n.2, p. 177-83, 2014.

COSTA, G.D. et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeiras, Minas Gerais. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.16, n.7, p.3229-40, 2011.

CUSTODIO, N. et al. Alta da unidade de cuidado intensivo neonatal e o cuidado em domicílio: revisão integrativa da literatura. **Rev. Min. Enferm.**, v.17, n.4, p. 984-91, 2013.

DRUCK, S. et al. **Análise espacial e geoprocessamento**. Planaltina: EMBRAPA, 2004.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Nova Iorque: Fundo das nações unidas para a infância; 2008. **Situação mundial da infância 2008: sobrevivência infantil**. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/sowc2008_br.pdf. Acesso em: 15 out 2016.

_____. Nova Iorque: Fundo das Nações Unidas para a infância; 2014. **Committing to child survival: a promise renewed**. Disponível em: http://www.unicef.pt/promessa-renovada-2014/files/APR_Report_2014_eVersion.pdf. Acesso em: 15 out. 2016.

_____. Nova Iorque: Fundo das nações unidas para a infância; 2004. **Low birth weight: country, regional and global estimates.** Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43184/1/9280638327.pdf>. Acesso em: 15 out. 2016.

FURTADO, M.C.C. **Projeto Floresce uma Vida: potencialidades para o cuidado integral ao recém-nascido** [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2007.

FURTADO, M.C.C. et al. Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.4, p.640-6, 2010.

GASPARINO, R.F.; SIMONETTI, J.P.; TONETE, V.L.P. Consulta de enfermagem pediátrica na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, v.14, n.6, p. 1112-122, 2013

GRAVENA, A.A.F et al . Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, v.26, n.2, p.130-35, 2013 .

LEÃO, C.D.A.; CALDEIRA, A.P.; OLIVEIRA, M.M.C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v.11, n.3, p.323-34, 2011.

LIMA, S.S. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família. **Aquichán**, Bogotá, v.13, n.2, 2013.

LIMA, P.R. et al. Acesso e cuidado do recém-nascido em um programa de atenção a saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v.18, e1156, 2016.

MILNER K.M., DUKE T., BUCENS I. Reducing newborn mortality in the Asia-Pacific region: Quality hospital services and community-based care. **J. Pediatr. Health Care**, v.49, n.7, p.511-8, 2013.

MONTEIRO, A.I.; SANTOS, A.D.B.; MACEDO, I.P.; GURGEL, P.K.F.; CAVALCANTE, J.M.P. A expressão de autonomia do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. **Rev. Enferm. UERJ**, v.19, n. 3, p. 426-31, 2011.

NAIR, M. et al. Facilitators and barriers to quality of care in maternal, newborn and child health: a global situational analysis through metareview. **BJM Open**, v.4, p.47-9, 2014.

NETO, F.R.G.X. et al._Por que eu não levo meu filho para a consulta de puericultura. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v.10, n.2, p.51-9, 2010.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v.377, n.9779, p.1778-97, 2011.

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA. **Plano Nacional Pela Primeira Infância**. 2010. [internet]. [acesso em 2016 Dez 12]. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf>

POLIT, D.F. HUNGLER, C.T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Artmed: 7 ed, 2011.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Acompanhando a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**: subsídios iniciais do Sistema das Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável/Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasília: PNUD, 2015; 291:Il.

RAMIREZ-TIRADO, L.A.; TIRADO-GOMEZ, L.L.; LÓPEZ-CERVANTES, M.L. Desigualdad en intervenciones de atención primaria para el cuidado de la salud materno-infantil en México. **Rev Panam Salud Publica**, v.35, n.4, p.235-41, 2014.

RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer program on childhood mortality: a Nationwide analysis of Brazilian municipalities. **Lancet**, v.382, p.57-64, 2013.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento. **Dados referentes aos nascidos vivos de Ribeirão Preto**. Disponível em: <http://www.coderp.com.br/cgi-bin/dh?tabnet26/sinasc/nasc2000.def>. Acesso em: 15 jul. 2016.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Programa de Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Floresce uma Vida**. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/floresce/i16indice.php>. Acesso em: 15 out. 2016.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Programa de Saúde da Criança e do Adolescente. Serviço de Estimulação e Intervenção Precoce. **Protocolo de atuação do Serviço de Estimulação do Desenvolvimento Infantil da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. 2007**. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/i16precoce.php>. Acesso em: 15 out. 2016.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento. **Fatores de risco relacionados à saúde da população residente na zona urbana de Ribeirão Preto (SP) 2008-2011**. 2011. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/fatores-risco.pdf>. Acesso em: 15 out. 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Comissões. Comitê de Mortalidade Materno-Infantil. **Dados gerais**. 2012. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/comissao/comite/cmminfantil/i16indice.php>. Acesso em: 15 out. 2016.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério** / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010.

SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). São Paulo, 2016. **Mortalidade infantil em São Paulo características regionais por idade e causas de morte**. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/sp-demografico/>. Acesso em: 31 out. 2016.

SILVA, V.G.; MOTTA, M.C.S.; ZEITOUNE, R.C.G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.2, p. 441-8, 2010.

SOUZA, M.H.N. et al. Integralidade como uma dimensão da prática assistencial do enfermeiro no acolhimento mãe-bebê. **Esc. Anna Nery**, v.17, n.4, p. 677-82, 2013(a).

SOUZA, R.S. et al. Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família. **Rev. Min. Enferm.**, v.17, n.2, p. 331-39, 2013(b).

TANAKA, O.U.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.17, n.4, p. 821-8, 2012.

VANDERLEI, L.C.M.; NAVARRETE, M.L.V. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso a atenção básica no Recife, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.2, p.379-89, 2013.

VASCONCELOS, V.M.; FROTA, M.A.; MARTINS, M.C.; MACHADO, M.M.T. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na Estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery**, v.16, n.2, p. 326-31, 2012.

VENÂNCIO, S.I. et al. Efetividade da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança no Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v.16, n.3, p.283-93, 2016.

VICTORA, C.G. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet**, v.377, n.9782, p.2042-53, 2011(a).

_____. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-76, 2011(b).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Genebra: World Health Organization; 2016. **Newborns: reducing mortality**. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/en/>. Acesso em: 15 jul. 2016.

ZUCHERMAN, K.E. et al. Barriers to specialty care and specialty referral completion in the community health center setting. **J Ped**, v.162, n.2, p.409-14, 2013.

ZUCKERMAN, K.E. et al. Specialty Referral Communication and Completion in the Community Health Center Setting. **Academic Pediatrics**, v.11, n.4, p.288-296, 2011.

ANEXOS

ANEXO 1 – Aprovação SMS - RP

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

Of. nº 2361/15
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 21 de junho de 2015.

Prezada Orientadora,
Profª. Drª. Maria Cândida de Carvalho Furtado
Prezada pesquisadora
Poliana Remundini de Lima

A Diretora do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – **Ilka Barbosa Pegoraro**; a Coordenadora do Programa de Saúde da Criança/Adolescente – **Márcia S. F. Motta**; bem como esta Comissão - e análise de **Fernanda Cristina Padial**; manifestaram a **concordância** para a coleta de dados do projeto de pesquisa; "**Acesso a serviços de saúde e cuidado de enfermagem a partir de um programa municipal de atenção ao recém-nascido**", nas dependências desta Secretaria da Saúde.

Conforme despachos no Processo Administrativo 02 2015 015661 4.

Como o seu campo de pesquisa se trata de Unidade de Atendimento em Saúde, ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação destas com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista as rotinas destes estabelecimentos de saúde.

Informo que a pesquisa está autorizada, sendo esta secretaria coparticipante, porém a coleta dos dados deverá acontecer quando vossa senhoria obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Cordialmente,

Fernanda Cristina Padial
CRA-8/8168

Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA
Secretaria Municipal da Saúde

ANEXO 2 – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 152/2015, de 20.10.2015

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em sua 200ª Reunião Ordinária, realizada em 07 de outubro de 2015.

Protocolo CAAE: 47836115.5.0000.5393

Projeto: Acesso a serviços de saúde e cuidado de enfermagem a partir de um programa municipal de atenção ao recém-nascido

Pesquisadores: Poliana Remundini de Lima (mestranda)
Maria Cândida de Carvalho Furtado (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, 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,

Prof.ª Dra. Cláudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Maria Cândida de Carvalho Furtado
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP