

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Faculdade de Medicina de Botucatu

Departamento de Enfermagem

**Avaliação da atenção ao recém-nascido de risco no município de
Botucatu-SP**

Mestranda: Ana Lúcia Forti Luque

Orientadora: Prof^ª Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Co- Orientadora: Dr^ª Célia Mara Garcia de Lima

**Dissertação Apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem – Mestrado
Profissional – da Faculdade de Medicina de
Botucatu da Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho” para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem**

Botucatu

2008

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Luque, Ana Lúcia Forti.

Avaliação da atenção ao recém nascido de risco no município de Botucatu-
SP / Marina de Oliveira e Souza. – Botucatu : [s.n.], 2008

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Medicina de Botucatu, 2008.

Orientadora: Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Co-orientadora: Célia Maria Garcia de Lima

Assunto CAPES: 40602001

1. Recém-nascido - Baixo peso 2. Recém-nascido - Mortalidade –
Botucatu (SP) 3. Neonatologia

CDD 618.39

Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde; Grupos de risco; Recém-
nascido; Vulnerabilidade

*“Aquele que tem poder...
Para realizar por nós em tudo
Infinitamente além do que
Pedimos ou pensamos”...
Ef.3,20*

Dedicatória

Aos meus pais, Rosa e Alberto

A experiência de vida de vocês, me fazem acreditar que é possível vencer com humildade, oração, dignidade e simplicidade.

Ao meu esposo Márcio

Na alegria, na tristeza, na saúde e na doença, te amarei, sempre....

Aos meus filhos: Letícia, Gabriel e Rafael

Vocês preenchem a minha vida de paz, serenidade e alegria por mostrarem que basta um sorriso para transformar o coração de qualquer pessoa.

À minha irmãzinha Lú

Com a delicadeza de uma flor e a força de um leão, está sempre ao meu lado em todos os momentos.

Obrigada porque são minha família, presente de Deus em minha vida

Agradecimentos

Aos meus amigos....

Para aquelas pessoas que fazem o meu coração sorrir...

Para as pessoas que fizeram a diferença em minha vida...

Para as pessoas que amei...

Para as pessoas que abracei...

Para as pessoas que encontro apenas nos meus sonhos...

Para as pessoas que encontro todos os dias e não tenho a chance de dizer tudo o que sinto olhando nos olhos....

Para a minha Orientadora Prof^ª Dr^ª Cristina, que, atenção com toda segurança, sabedoria e conhecimento, soube em todos os momentos realmente me orientar e às vezes me conduzir e até “carregar no colo”.

Para a minha Co-orientadora Dr^ª Célia que no meio do caminho soube me mostrar rumos valiosos.

À Enfermeira Sharlene, pela grande colaboração, na coleta de dados qualitativos.

Ao Prof^º Dr Valdemar Pereira de Pinho, pelo incentivo na realização deste trabalho e proporcionar o meu crescimento profissional.

As Enfermeiras Nereide, Rosana e Heloisa e Assessora Rose, pelo estímulo constante, carinho e compreensão.

Aos meus queridos amigos da Políclínica Cecap, por toda paciência na minha ausência, pelo apoio nos momentos difíceis, carinho, palavras de incentivo.

A todos os funcionários das unidades básicas de saúde pela colaboração nas coletas de dados, por todo trabalho acumulado.

Aos meus colegas enfermeiros pelo apoio e colaboração no levantamento de dados.

Aos amigos da Secretaria de Saúde, em especial às meninas do NUVE (Enfr^ªMara, Fátima, Sandra e Lúcia) e Expediente (Iara, Vanessa).

Ao Marco D’Luque, pela execução desenho e pela amizade.

RESUMO

Trata-se de um estudo epidemiológico populacional, do tipo avaliação de serviços e programas de saúde ou tecnologias, focado na avaliação de estrutura, processo e resultados, com o objetivo geral de avaliar a assistência prestada ao recém-nascido de risco inscrito no Programa Crescer Feliz, desenvolvido no município de Botucatu-SP. Foi utilizado o modelo de avaliação proposto por Donabedian e os resultados foram discutidos considerando-se a Política Nacional de Saúde da Criança e, mais especificamente, a Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Utilizou-se também o conceito de vulnerabilidade, o qual fornece sentido prático e objetivo para aferir os sucessos e fracassos das ações de saúde. As Fontes de dados utilizadas foram as Declarações de Nascidos Vivos; prontuários das unidades de atenção básica dos recém-nascidos do Programa; informações do Sistema Municipal de Informação em Saúde (SIMIS); instrumento elaborado e preenchido pela pesquisadora, com dados relativos ao processo de atenção do Programa; questionário sobre a estrutura do Programa, respondido pelas enfermeiras responsáveis pelas Unidades Básicas e entrevistas com as mães das crianças atendidas pelo Programa. Para análise dos dados de estrutura e processo, foi construído banco no software Excel, que permitiu a entrada de dados e o intercâmbio de informações com o EpiInfo e, para a avaliação dos resultados, visando à compreensão das falas das mães, trabalhou-se com a idéia central, expressões-chave e discurso do sujeito coletivo, tomando por base a Teoria da Representação Social. A vulnerabilidade institucional das ações relacionadas ao Programa Cresce Feliz pôde ser observada em decorrência de problemas relacionados à sua estrutura, processo e resultados. A abordagem construída a partir da noção de vulnerabilidade reconheceu a necessidade de obediência aos princípios do SUS para se produzir modificações

importantes na saúde da população estudada, o que fortaleceria o processo de trabalho fundado na complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, de pronto-atendimento e programática, com vistas a uma assistência integral, humanizada, resolutiva e de qualidade, colaborando para a construção da cidadania. Desse modo, ampliar-se-iam as possibilidades de cuidado, criando condições para o atendimento das necessidades das crianças, visando à promoção de sua saúde.

Palavras chaves: Avaliação de serviços de saúde; grupos de risco; recém-nascido; vulnerabilidade.

SUMMARY

This is an epidemiological population-based study of the type which evaluates health care services and programs or technologies. It focuses on the evaluation of structures, processes and results with the main goal of assessing the care given to newborns at risk enrolled in the *Crescer Feliz* Program developed in the city of Botucatu-SP. The evaluation model proposed by Donabedian was used, and the results were discussed with basis on the National Policies for Children's Health Care and, more specifically, on the Program of Commitments for Children's Integral Health Care and Child Mortality Reduction. The concept of vulnerability, which provides a practical meaning and an objective to measure the success and failures of health care actions, was also used. The data sources utilized were the Declarations of Liveborn Infants; medical charts from the basic health care units for newborns in the Program; the Municipal System of Health Care Information (SIMIS); an instrument designed and completed by the researcher with data concerning the Program's health care process; a questionnaire on the Program's structure which was answered by the nurses in charge of the Basic Units and interviews with the mothers of children assisted by the Program. In order to analyze the structure and process, a database was constructed in the Excel software, which allowed for entering data and exchanging information with EpiInfo and, in order to evaluate the results aiming at understanding the mothers' statements, the main ideas, key-expressions and the collective discourse were worked on based on the Theory of Social Representation. The institutional vulnerability of the actions related to the *Crescer Feliz* Program could be observed as result of the problems related to its structure, process and results. The approach constructed from the notion of vulnerability acknowledged the need for compliance with the SUS principles in order to produce important changes to the health of the studied population, which would strengthen the work process grounded on the complex integration of individual and collective, curative and preventive, emergency and programmed actions aiming at providing integral, humanized, resolute and quality health care, thus contributing to the

Summary

construction of citizenship. Hence, care possibilities would be expanded, and conditions for meeting children's needs with the purpose to promote their health would be created.

Key words: health services evaluation; newborn; vulnerability; risk groups.

RESUMEN

Es un estudio epidemiológico poblacional, del tipo evaluación de servicios y programas de salud o tecnologías. Este estudio se enfoca en la evaluación de estructura, proceso y resultados, con el objetivo general de evaluar la asistencia prestada al recién nacido de riesgo inscrito en el Programa Crecer Feliz, desarrollado en el municipio de Botucatu-SP. Fue utilizado el modelo de evaluación propuesto por Donabedian y los resultados fueron discutidos considerándose la Política Nacional de Salud del Niño y, más específicamente, la Agenda de Compromisos para Salud Integral del Niño y Reducción de la Mortalidad Infantil. Se utilizó también el concepto de vulnerabilidad, el cual fornece sentido práctico y objetivo para comparar los éxitos y fracasos de las acciones de salud. Las fuentes de datos utilizadas fueron las Declaraciones de Nacidos Vivos; prontuarios de las unidades de atención básica de los recién nacidos del Programa; informaciones del Sistema Municipal de Información en Salud (SIMIS); instrumento elaborado y rellenado por la investigadora, con datos relativos al proceso de atención del Programa; cuestionario sobre la estructura del Programa, respondido por las enfermeras responsables de las Unidades Básicas y entrevistas con las madres de los niños atendidos por el Programa. Para análisis de los datos de estructura y proceso fue construido un banco en el programa Excel, que permitió la entrada de datos y el intercambio de informaciones con EpiInfo y, para la evaluación de los resultados, deseando la comprensión de las hablas de las madres, se trabajó con la idea central, expresiones clave y discurso del sujeto colectivo, tomando por base la Teoría de la Representación Social. La vulnerabilidad institucional de las acciones relacionadas al Programa Crece Feliz pudo ser observada como resultado de problemas relacionados con su estructura, proceso y resultados. El enfoque construido a partir de la noción de vulnerabilidad reconoció la necesidad de obediencia a los principios del SUS para que se produzcan modificaciones importantes en la salud de la población estudiada, lo que fortalecería el proceso de trabajo fundado en la compleja integración de acciones individuales y colectivas, curativas y preventivas, de pronta

atención y programática, con vistas a una asistencia integral, humanizada, resolutive y de calidad, colaborando para la construcción de la ciudadanía. De ese modo se ampliarían las posibilidades de cuidado y se crearían condiciones para la atención de las necesidades de los niños interesadas en la promoción de su salud.

Palabras claves: evaluación de servicios de salud; recién nacido; vulnerabilidad; grupos vulnerables.

SUMÁRIO

Resumo	-
Abstract	-
Resumen	-
Lista de figuras	-
Lista de quadros	-
Lista de tabelas	-
Lista de Siglas	-
APRESENTAÇÃO	19
1. INTRODUÇÃO	21
1.1. Política Nacional de Saúde da Criança	24
1.2. Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança	32
1.3. A Proposta de Avaliação de Donabedian	36
1.4. Vulnerabilidade Programática ou Institucional	39
2. OBJETIVOS	42
2.1. Objetivo Geral	42
2.2. Objetivos Específicos	42
3. MATERIAL E MÉTODO	44
3.1. Desenho do Estudo	44
3.2. Local do Estudo	45
3.3. Fontes de Dados	49
3.4. Variáveis Estudadas	50
3.5. População do Estudo	52
3.6. Análise dos Dados	52
3.7. Procedimentos Éticos	53
4. RESULTADOS	55
4.1. Estrutura do Programa Crescer Feliz	55
4.2. Processo de Atenção no Programa Crescer Feliz	60
5. DISCUSSÃO	72
6. REPRESENTAÇÃO DAS MÃES SOBRE O CUIDADO	103
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
8. REFERÊNCIAS	115

9. ANEXOS	128
9.1. Anexo 1 - Instrumento para Identificação de Risco	128
9.2. Anexo 2 - Instrumento para Consulta de Enfermagem Domiciliar	129
9.3. Anexo 3 - Instrumento para Identificação de Risco (VERSÃO ATUAL)	131
9.4. Anexo 4 - Questionário sobre o processo de atenção no Programa Crescer Feliz	132
9.5. Anexo 5 – Questionário sobre a estrutura do Programa Crescer Feliz	135
9.6. Anexo 6 – Declaração de nascidos vivos	138
9.7. Anexo 7 – Roteiro para entrevista com as mães	139
9.8. Anexo 8- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	140

Lista de Figuras	
Figura 1 – Mapa das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde de Botucatu, 2007.	48

Lista de quadros	
Quadro 1 – Fatores de risco propostos pela Agenda da Criança e Programa Crescer Feliz.	34
Quadro 2 – Caracterização dos recém-nascidos de risco estudados que faleceram no primeiro ano de vida. Botucatu, 2007.	70

Lista de Tabelas	
Tabela 1 – Operacionalização do Programa Crescer Feliz na Unidade de Atenção Básica. Botucatu, 2007.	56
Tabela 2 – Recursos humanos e conhecimento de médicos e enfermeiros sobre o Programa Crescer Feliz nas Unidades de Atenção Básica. Botucatu, 2007.	57
Tabela 3 – Recursos físicos e materiais relacionados ao Programa Crescer Feliz nas Unidades de Atenção Básica. Botucatu, 2007.	59
Tabela 4 - Caracterização dos recém-nascidos de risco estudados. Botucatu, 2007.	60
Tabela 5 – Condições dos recém-nascidos de risco ao nascer. Botucatu, 2007.	61
Tabela 6 – Características das mães dos recém-nascidos de risco. Botucatu, 2007.	62
Tabela 7 – Avaliação do processo assistência do Programa. Botucatu, 2007.	63
Tabela 8 – Vacinação dos recém-nascidos de risco estudados. Botucatu, 2007	64
Tabela 9 – Internação dos recém-nascidos de risco estudados. Botucatu, 2007.	65
Tabela 10 – Realização de visita domiciliar para as crianças do Programa, segundo unidade básica de saúde de referência. Botucatu, 2007.	66
Tabela 11 – Realização de visita domiciliar para as crianças do Programa até o 10º dia de vida, segundo unidade básica de saúde de referência. Botucatu, 2007.	66
Tabela 12 – Unidade de referência, tipo de risco e fatores de risco biológico, para os recém-nascidos de melhor e pior desfecho. Botucatu, 2007.	67
Tabela 13 – Fatores de risco social, para os recém-nascidos de melhor e pior desfecho. Botucatu, 2007.	68
Tabela 14 – Variáveis do processo de atenção, considerando os recém-nascidos de melhor e pior desfecho. Botucatu, 2007	69

Lista de Abreviaturas

ABHS – Associação Beneficente de Hospitais Sorocabana

AIDS – Síndrome da imunodeficiência adquirida

AIDPI- Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

AM – Aleitamento Materno

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

ARE – Ambulatório Regional de Especialidades

ASAJ – Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem

BCG – Bacilo Calmet Guerin

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CMS – Centro Municipal de Saúde

CRIE – Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais

CSE – Centro de Saúde Escola

DTP – Tétano, difteria e coqueluche

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

E - Entrevista

HC – Hospital das Clínicas

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM – Índice de desenvolvimento humano

IHAC – Hospital Amigo da Criança

IUBAAM – Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação

IRA – Infecções Respiratórias Agudas

JD – Jardim

NBCAL – Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários

PC – Policlínica

PHPN – Programa de Imunização do Pré-natal e Nascimento

PIB – Produto Interno Bruto

PNI – Programa Nacional de Imunizações

PPI – Programação Pactuada Integrada

PRMI – Programa de Redução da Mortalidade na Infância

PSF – Programa de Saúde da Família

RN – Recém-nascido

RNs – Recém-nascidos

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SSC – Serviço de Saúde Comunitária

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNESP – Universidade Estadual Paulista

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência

Lista de siglas

USF – Unidade Saúde da Família

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VD – Visita Domiciliar

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Em qualquer momento de nossas vidas, é de extrema importância ter saúde integral e está comprovado cientificamente que a primeira infância influi marcadamente sobre a saúde do adulto potencialmente sadio ⁽¹⁾, o que justifica a prioridade para esta etapa nos discursos oficiais, embora nem sempre esta prioridade se traduza em ações efetivas.

Os cenários de saúde no país e no município de Botucatu/SP evidenciam inúmeras dificuldades para garantir atendimento de qualidade, especialmente na atenção básica, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Universalidade, equidade, integralidade, amplo acesso e acolhimento nem sempre são garantidos ⁽²⁾. A atenção à saúde da criança, inserida neste contexto, também enfrenta desafios para se efetivar a contento. Entre as iniciativas municipais, para aprimorar o serviço público de saúde a este grupo da população, encontra-se o Programa Crescer Feliz, criado em 1997 e voltado para os recém-nascidos de risco.

Neste mesmo ano, passei a colaborar com a implantação desta proposta de vigilância à saúde da criança, por sua relevância dentro da assistência e por interesse pessoal. Desde o início, pareceu-me um instrumento que poderia viabilizar a melhoria da atenção básica no primeiro ano de vida.

Considerando que em 2006 mudanças foram realizadas no projeto em foco, para torná-lo mais efetivo, pareceu-me oportuno desenvolver o presente estudo, voltado a sua avaliação.

Apesar das dificuldades para se medir a qualidade de um programa ou serviço, contando com o apoio teórico de Donabedian ⁽³⁾, pretende-se apontar fragilidades e fortalezas deste Programa, com a apresentação de sugestões para sua reestruturação, de forma a subsidiar os gestores municipais na elaboração da política de assistência à saúde da criança em Botucatu.

Introdução

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem a proposta de avaliar a assistência prestada ao recém-nascido de risco inscrito no Programa Crescer Feliz, desenvolvido no município de Botucatu/SP, desde sua admissão nas Unidades de Atenção Básica após o nascimento, até completar um ano de idade.

A palavra risco tem sido utilizada para representar a probabilidade de ocorrência de determinado evento, podendo aqui se entender evento não apenas com conotação negativa, um fato não desejado, como por exemplo, o aparecimento de uma doença ou seqüela, mas quaisquer outras evoluções possíveis de um indivíduo, positiva inclusive, como a cura de uma doença ⁽⁴⁾. Neste estudo, risco será utilizado como evento adverso e adotar-se-á a definição clássica de recém-nascido: toda criança do nascimento até o 28º dia de vida ⁽⁵⁾.

A proposta de implantação do Programa Crescer Feliz surgiu devido ao reconhecimento do limitado alcance das ações até então executadas no município de Botucatu na atenção ao recém-nascido de risco. Mesmo que elas fossem desenvolvidas no seu limite máximo, tentando resolver ou minimizar os problemas prevalentes e relevantes, não eram suficientes para evitar agravos evidentes para essas crianças.

As complicações à saúde se revelavam especialmente quando a criança chegava tardiamente à unidade de atenção básica, na maioria das vezes apresentando desmame precoce, dificuldades em relação à higiene e a outros cuidados básicos. A partir desta constatação, um grupo de profissionais passou a discutir formas de implementar ações de vigilância voltadas aos recém-nascidos.

Assim, a primeira versão do Programa Crescer Feliz foi apresentada em 1997, como proposta do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu e da Secretaria de Saúde do mesmo município. Nesta, recomendava-se a identificação dos fatores de risco de doença ou das condições adversas a que estavam expostos os recém-nascidos, a partir da análise das informações contidas nas Fichas de Classificação de Risco (Anexo 1 – Primeira

Versão), com o intuito de identificar e priorizar as crianças que deveriam receber visita domiciliar pela equipe da unidade de saúde de referência logo após seu nascimento. Tais fichas eram preenchidas nas duas maternidades do município que atendiam ao SUS: na Associação Beneficente de Hospitais Sorocabana (ABHS) e no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (HC-UNESP), por profissionais que trabalhavam nestes locais. Após o preenchimento, eram enviadas à Secretaria Municipal de Saúde, já com classificação do risco, para em seguida serem encaminhadas à unidade de referência da criança.

As visitas eram realizadas quando o bebê não comparecia ao serviço de saúde para matrícula, condição necessária para que ele passasse por consulta médica ou de enfermagem, recebesse vacinas ou realizasse o teste do pezinho. Nesta situação, a unidade de saúde de referência ficava responsável pela convocação da criança e pela visita domiciliar. Se o bebê fosse espontaneamente à Unidade, não era visitado, pois se subentendia que ele já estava sendo assistido ⁽⁶⁾.

Esse projeto foi mantido incipiente e sem integração entre todos os níveis envolvidos: maternidades, unidades de atenção básica e Secretaria Municipal de Saúde, ocorrendo diversos problemas operacionais, especialmente o atraso no envio das fichas e a ausência de comunicação do nascimento de criança de risco à unidade de saúde.

No ano de 2001, ocorreu a implantação efetiva do Programa Crescer Feliz em todo município. Era um momento político favorável e esta estratégia foi considerada prioritária. Somou-se a isso a percepção pela equipe multiprofissional, de que muitos problemas no cotidiano dos atendimentos poderiam ser evitados com uma intervenção precoce, de preferência no domicílio e, com isso, o Programa recebeu um impulso.

Em 2002, a dissertação de mestrado “Crianças de risco: ações de vigilância à saúde desenvolvidas no Centro de Saúde Escola de Botucatu”, apresentou recomendações para oferta diferenciada de assistência, de acordo com o risco apresentado ⁽⁷⁾, subsidiando nova

reformulação no Programa. Porém, dois anos após, novo estudo evidenciou que alguns casos deixavam de ser notificados à central de visitas, comprometendo, assim, a proposta de atendimento de 100% dos recém-nascidos ⁽⁸⁾. Em 2006, o Programa sofreu outra reestruturação e passou a ser considerada a existência de dois fatores sociais para classificação do recém-nascido como de risco. Assim, o risco biológico passou a ser considerado prioritário e as crianças que o apresentavam passaram a ser assistidas de uma forma mais criteriosa.

A partir desta reestruturação, a captação dos recém-nascidos de risco passou a ser realizada por busca ativa, pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde semanalmente, pois este tem acesso às Declarações de Nascidos Vivos do município, as quais contém os dados necessários para avaliar os riscos, inclusive das crianças nascidas na maternidade particular do município.

O Programa atual tem como lema: “Nascer e viver bem e saudável em Botucatu”. A propedêutica de atendimento inclui a realização de visita domiciliar ao recém-nascido classificado como de risco, desenvolvida por equipe treinada e composta por enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos pediatras e assistente social, nos primeiros dez dias de vida da criança. Deve seguir-se a ela um acompanhamento especial nas unidades de saúde, até que o risco desta criança seja nulo. Nas áreas de atuação das unidades básicas de saúde de modelo tradicional (Centros de Saúde e Policlínicas), as visitas são realizadas em dias pré-estabelecidos, em forma de escala e envolvem os profissionais citados de todas as unidades do município e onde há unidade de saúde da família, a equipe desta é responsável por realizar as visitas na sua área de abrangência ⁽⁹⁾.

Embora seja preconizada a realização da visita domiciliar antes do décimo dia de vida da criança, na impossibilidade, esta deve ser viabilizada até o 15º dia. Nesta oportunidade, a mãe é orientada a comparecer à unidade de atenção básica de saúde de sua área de abrangência para inscrever a criança no serviço e iniciar a vacinação programada, fazer o teste

do pezinho, e iniciar o seguimento de puericultura, a partir de consulta médica e/ou de enfermagem. O instrumento utilizado durante a Consulta no Domicílio é apresentado em anexo (Anexo 2).

Pretende-se utilizar como referencial para análise do Programa a proposta de Avaliação de Donabedian ⁽³⁾ e os resultados serão discutidos considerando-se a Política Nacional de Saúde da Criança e, mais especificamente, a Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Será utilizado, também, o conceito de vulnerabilidade, o qual fornece sentido prático e objetivo para aferir os sucessos e fracassos das ações de saúde ⁽¹⁰⁾. Assim, esse conceito norteará a avaliação das ações referentes à estrutura, ao processo e resultado do Programa Crescer Feliz, com o propósito de contribuir para que mães e bebês obtenham maiores proveitos das estratégias estabelecidas pelo Programa.

1.1. Política Nacional de Saúde da Criança

De acordo com documentos oficiais do Ministério da Saúde do Brasil ^(11, 12, 13), a Política de Saúde brasileira está fundamentada na Constituição Federal de 1988, que fixou os princípios e diretrizes para a atenção à saúde no País, prestada por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS). Este Sistema, regulamentado em 1990 ⁽²⁾, tem como princípio básico o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, regionalização e hierarquização da prestação de serviços, sob a responsabilidade dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal, cabendo à iniciativa privada a prestação de serviços à população em caráter complementar. O SUS tem como diretrizes operacionais a descentralização da gestão, a integralidade da atenção e a participação da comunidade.

Em relação à política de saúde da criança e adolescente, as ações se inscrevem em uma reorientação geral das políticas focais desenvolvidas pelo governo, que passa a enfatizar a

abordagem multissetorial. Neste sentido, são programas governamentais federais em andamento para proteção e promoção à saúde destes grupos populacionais:

Programa de Redução da Mortalidade na Infância (PRMI): iniciado em 1995 e posteriormente incorporado ao Projeto Alvorada, que inclui objetivos mais amplos de integração de vários ministérios, sem especificação de faixa etária de atuação, privilegiando-se as famílias pobres que vivem em municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano ou em áreas de estiagem prolongada. Tal Programa visou ampliar a capacidade do setor saúde em atender de forma integral a criança de zero a cinco anos, elegendo-se a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) prioridade em todo o país.

A AIDPI é uma estratégia de atenção à saúde que tem por finalidade promover uma rápida e significativa redução da mortalidade na infância e foi desenvolvida originalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF) e passou a ser adotada pelos estados brasileiros em 2002. Esta estratégia caracteriza-se pela consideração simultânea e integrada do conjunto de doenças de maior prevalência na infância, ao invés do enfoque tradicional que busca abordar cada doença isoladamente, como se ela fosse independente das demais doenças que atingem a criança e do contexto em que ela está inserida. Cabe ao profissional de saúde acolher a criança e seu acompanhante; compreender a extensão do problema, propor procedimentos de fácil aplicação e comprovada eficácia e estabelecer um canal de comunicação com a mãe ou responsável, de modo que ela apreenda as recomendações referentes aos cuidados no domicílio, memorizando os sinais indicativos de gravidade que exigem o retorno imediato da criança ao serviço de saúde. Essa abordagem baseia-se no diagnóstico preciso e na adequada sistematização do atendimento, dotada de forma e seqüência bem encadeadas que priorizam a gravidade, com um potencial de flexibilidade capaz de se adequar às mais diversas situações epidemiológicas. A estratégia AIDPI se alicerça em três pilares básicos: capacitação de recursos humanos no nível primário de atenção, com a conseqüente melhoria da qualidade da assistência prestada;

reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva da AIDPI e a educação em saúde, na família e na comunidade, de modo que haja uma participação de todos na identificação, condução e resolução dos problemas de saúde dessa família, especialmente aos menores de cinco anos de idade. Preconiza todas as normas do Ministério da Saúde relativas à promoção, prevenção e tratamento dos problemas infantis mais freqüentes, como aqueles relacionados ao aleitamento materno, à promoção da alimentação saudável, ao crescimento e desenvolvimento e à imunização, assim como o controle dos agravos à saúde, como desnutrição, doenças diarréicas, infecções respiratórias agudas e malária, entre outros.

Considerando a crescente relevância do componente neonatal na mortalidade infantil, a partir da segunda metade da década, o Programa de Redução da Mortalidade na Infância (PRMI) passou a enfatizar as condições de atenção ao parto e nascimento, incorporando iniciativas como:

- Atenção à Gestação e ao Parto – inclui medidas para acolhimento das gestantes, humanização da atenção ao parto e estímulo ao parto normal, além da montagem de unidades de cuidado perinatal intermediário e intensivo e acreditação de maternidades, como forma de ampliar a disponibilidade de leitos neonatais e melhorar a qualidade do cuidado;
- Triagem Neonatal – oferta de exame para diagnosticar condições mórbidas que podem ter seqüelas graves no desenvolvimento do neonato, caso não sejam diagnosticadas e tratadas precocemente. Implantado em três fases, atualmente viabiliza o diagnóstico do hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, hemoglobinopatias e fibrose cística. Até 2002, estavam cadastrados no PRMI 24 dos 27 estados, com 30 serviços de referência em Triagem Neonatal, sendo estabelecidas as condições para o atendimento às crianças com diagnósticos positivos, com o fornecimento de medicamentos e alimentos especiais.

Estimou-se, para o mesmo ano, cobertura de 71% dos nascidos vivos do país;

- Método Mãe Canguru – assistência humanizada ao recém-nato de baixo peso, propicia a formação do vínculo mãe-filho, a participação ativa da mãe no cuidado e alta mais precoce do hospital. É voltado ao recém-nascido de baixo peso, que fica em contato pele-a-pele precoce e constante com sua mãe, sendo aquecido e amamentado por ela de modo mais confortável e freqüente. No Brasil, há atualmente 260 maternidades de atenção à gestação de alto risco capacitadas neste Método.
- Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno – criado em 1981, articulou ações governamentais e da sociedade civil nas áreas da saúde, nutrição, educação, comunicação, legislação e trabalho. Inclui várias ações voltadas ao incentivo, proteção e apoio a esta prática, como: Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), Rede de Bancos de Leite Humano, Projetos Carteiro Amigo e Bombeiros da Vida, Semana Mundial da Amamentação e a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL).

Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento – eixos referenciais para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social. As normas para este acompanhamento foram gradativamente incorporadas às atividades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), estratégias consideradas pelo Ministério da Saúde como prioritárias e capazes de resgatar o vínculo de co-responsabilidade entre os serviços e a população, favorecendo não só a cura e a prevenção de doenças, mas também a valorização do papel das pessoas, das famílias e da comunidade na melhoria das condições de saúde e de vida. Pretende-se, assim, potencializar os esforços para a vigilância à saúde da criança.

O crescimento é considerado como um dos melhores indicadores de saúde da criança, em razão de sua estreita dependência de fatores ambientais, como alimentação, ocorrência de

doenças, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação e saneamento básico e acesso aos serviços de saúde, entre outros, refletindo as condições de vida da criança, no passado e no presente. A avaliação periódica do ganho de peso permite o acompanhamento do progresso individual de cada criança, identificando aquelas de maior risco de morbi/mortalidade, sinalizando o alarme precoce para a desnutrição, causa básica da instalação ou do agravamento da maior parte dos problemas de saúde infantil. Desenvolvimento psicossocial é o processo de humanização que inter-relaciona aspectos biológicos, psíquicos, cognitivos, ambientais, socioeconômicos e culturais, mediante o qual a criança vai adquirindo maior capacidade para mover-se, coordenar, sentir, pensar e interagir com os outros e o meio que a rodeia; em síntese, é o que lhe permitirá incorporar-se, de forma ativa e transformadora, à sociedade em que vive. Ressalta-se que a partir da análise do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, torna-se possível estabelecer condutas curativas dirigidas aos processos patológicos presentes, condutas preventivas adequadas a cada idade sobre vacinação, alimentação, estimulação e cuidados gerais com a criança, em um processo contínuo de educação para a saúde.

Programa Nacional de Imunização (PNI) – responsável pela implementação do calendário básico de vacinação, ação fundamental para o controle epidemiológico de doenças imunopreveníveis de interesse prioritário, disponibilizados à população desde o nascimento até a terceira idade e distribuídos gratuitamente nas salas de vacinação da rede pública de saúde. No período de 1995 a 2002, registrou-se no país incremento nas coberturas vacinais entre menores de um ano, atingindo 95% para a vacina tríplice (DPT) e 100% para as vacinas antipoliomielite, BCG e antisarampo. Inclui os Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), que objetiva prover apoio à investigação clínica e laboratorial especializada dos casos em que forem reportados eventos adversos graves associados aos procedimentos de vacinação e garantir o acesso à imunização as populações especiais.

Política Nacional de Alimentação e Nutrição – tem como diretrizes gerais o estímulo ao acesso universal aos alimentos através de ações intersetoriais: garantia e segurança da qualidade dos alimentos; ampliação e aperfeiçoamento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis. Neste sentido, destacam-se as ações de rotulagem nutricional dos produtos comercializados e a elaboração e divulgação de guias alimentares para a população brasileira; a capacitação de recursos humanos na operacionalização de atividades específicas na área de alimentação e nutrição e a prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição.

Com o propósito de enfrentar a desnutrição protéico-energética, foi lançada em 2001 a Bolsa Alimentação, que no ano seguinte cobria 3032 municípios brasileiros, transferindo recursos para que as famílias adquirissem alimentos, a qual está, atualmente, englobada no Programa Bolsa Família.

Buscando controlar a ocorrência de carências relacionadas à hipovitaminose A, são distribuídas cápsulas dessa vitamina às crianças residentes em áreas de risco, com utilização de agentes comunitários de saúde em ações educativas para a promoção do consumo de alimentos ricos em retinol e carotenóides. Para o controle da anemia por deficiência de ferro, a estratégia adotada foi a promoção de suplementação com Sulfato Ferroso, o desenvolvimento de ações educativas para a promoção do consumo de alimentos ricos em ferro e a regulamentação da obrigatoriedade de suplementação das farinhas de trigo e milho com ferro. O controle da deficiência de iodo é feito através da Iodetação Universal do Sal.

Programa de Saúde Oral – criado em 1989, baseia-se nos mesmos princípios do SUS e prioriza o combate à cárie dentária. Inclui atividades como expansão da fluoretação da água de consumo, aplicação tópica semestral de gel-flúor-fosfato-acidulado para crianças e apoio ao consumo de dentifrícios fluoretados. Experiências importantes foram desenvolvidas em alguns estados e municípios na integração com as escolas e, mais recentemente, o odontólogo

foi inserido na equipe do PSF, abrindo oportunidade para a interiorização da atenção odontológica no país.

Planejamento Familiar – desde 2002, os municípios com PSF implantado estão aptos a receber *kits* de contraceptivos, com cartela de anticoncepcional oral, preservativo masculino, dispositivo intra-uterino e ampolas de anticoncepcional injetável. Destaca-se, porém, que a cobertura deste Programa está bastante aquém das necessidades da população feminina em idade fértil, havendo uma grande lacuna na atenção às adolescentes, apesar da crescente taxa de fecundidade dessas mulheres.

Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis: AIDS e Sífilis – várias ações estão sendo realizadas, como o Projeto Nascer-Maternidades, que busca disponibilizar a profilaxia da transmissão vertical do HIV, além de proporcionar o diagnóstico da sífilis e seu tratamento; a política brasileira de acesso universal aos medicamentos anti-retrovirais; o monitoramento laboratorial dos indivíduos vivendo com HIV/AIDS no Sistema Público de Saúde e a rede de serviços especializados para o atendimento a indivíduos que vivem com HIV/AIDS, com o credenciamento e capacitação de hospitais, ambulatórios e demais ambientes assistenciais. Todas estas alternativas oferecem assistência às crianças infectadas ou expostas à transmissão vertical do HIV. Ressalta-se a existência de estratégias de prevenção, com a cooperação estabelecida entre o Ministério da Educação e a Coordenação Nacional de DST/Aids, que prevê a inserção de questões relativas à sexualidade e uso de drogas nos Parâmetros Curriculares Nacionais e o financiamento de inúmeros projetos formulados e coordenados por Organizações Não-Governamentais.

Combate ao Hábito de Fumar – é desenvolvido a partir de quatro grandes estratégias: prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público-alvo crianças e adolescentes; estímulo aos fumantes a deixarem de fumar; proteção à saúde dos não-fumantes da exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados e medidas que regulam os produtos de tabaco e sua comercialização. Viabilizado a partir de ações educativas pontuais, como campanhas de

conscientização e divulgação de informações por parte da mídia, e continuadas, essenciais para traduzir as informações disseminadas em mudanças de atitudes e de comportamento. Tais ações são potencializadas por outras, das áreas legislativa e econômica, que visam informar aos cidadãos sobre os riscos do tabagismo e protegê-los da exposição à poluição tabagística ambiental e da indução ao consumo pela publicidade. Busca-se, também, dificultar o acesso dos jovens a produtos derivados do tabaco e capacitar recursos humanos dos estados e municípios para atuarem contra o tabagismo.

Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem (ASAJ) – ampliação do Programa de Saúde do Adolescente, ocorrida em 1999, tem como objetivo principal a diminuição da morbimortalidade juvenil e a promoção de seu desenvolvimento saudável. Entre as diretrizes básicas estabelecidas para tal fim, estão a descentralização e a municipalização do atendimento, o controle social, a participação comunitária, a destinação de recursos específicos e a integração entre os diversos órgãos. Prioriza ações que estruturam a rede de saúde para a atenção específica dessas populações, de forma a garantir maior acesso dos adolescentes e jovens às informações sobre saúde, considerando que tais informações têm mais utilidade quando associadas à educação voltada para a construção de habilidades para a vida, para a auto-estima, para o senso de responsabilidade e confiança, sendo úteis na prevenção do consumo de drogas, na capacidade de lidar com a ansiedade, na avaliação de situações de risco e na negociação de situações conflituosas.

Para o Ministério da Saúde brasileiro, apesar dos avanços alcançados nos últimos anos, os indicadores de saúde demonstram que ainda falta um longo caminho a percorrer para garantir às crianças brasileiras o direito integral à saúde, como legalmente assumido na Constituição Federal ⁽¹⁴⁾ e Estatuto da Criança e do Adolescente ⁽⁵⁾. Os índices de mortalidade infantil, embora bastante reduzidos na última década – ainda são altos. Na maioria dos casos, os óbitos poderiam ser evitados se as crianças fossem encaminhadas para um serviço de saúde

qualificado, com uma equipe profissional preparada para atender com eficiência e agilidade (13).

Entendendo que este quadro poderia ser revertido caso houvesse um esforço concentrado na organização da assistência à população infantil, que contemplasse desde o primeiro atendimento, nas unidades básicas de saúde, até a atenção especializada dos casos mais graves, que exigissem internação nas unidades de média e alta complexidade, o referido ministério lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, com intuito de organizar as principais diretrizes a serem seguidas no desenvolvimento de políticas de atenção à criança (13).

1.2. Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança

Esta Agenda orienta a todos os profissionais da saúde que trabalham com crianças, cada profissional dentro de sua missão, a não perderem oportunidades, na unidade de saúde, no domicílio ou em espaços coletivos, como creche, pré-escola e escola, de forma a beneficiar a criança com cuidado integral e multiprofissional, perante a compreensão de todas as suas necessidades e direitos como indivíduo (13).

Parte do princípio que o cuidado em saúde demanda uma visão integral do usuário em todos os aspectos, contemplando uma postura acolhedora, com escuta atenta, olhar zeloso e estabelecimento de vínculo e responsabilização. Propõe o trabalho voltado às linhas de cuidado, que pressupõem uma visão global das dimensões da vida dos usuários, com respostas também mais globais, fruto de um trabalho em equipe. Da mesma maneira, indica a necessidade de visão integral da rede de assistência, com os recursos disponíveis para oferecer a resposta mais adequada, completa e resolutiva à necessidade do usuário (13).

A organização da assistência à saúde em linhas de cuidado coloca-se como uma estratégia para superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde, como o distanciamento entre a atenção básica e a atenção hospitalar e a garantia de

continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção até as de tratamento e reabilitação, com fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção, com referência e contra-referência responsável, até a recuperação completa do indivíduo ⁽¹³⁾.

Considerando-se as principais causas de morbidade e mortalidade infantil no país, as linhas de cuidado que devem ser priorizadas nas ações de saúde dirigidas à atenção à criança são: 1- Promoção do Nascimento Saudável; 2- Acompanhamento do Recém-Nascido de Risco; 3- Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento e Imunização; 4 - Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Saudável: atenção aos Distúrbios Nutricionais e Anemias Carenciais e 5 - Abordagem das Doenças Respiratórias e Infecciosas ⁽¹³⁾.

Pelo exposto, o Programa Crescer Feliz que se pretende avaliar, está contemplado em uma das linhas de cuidado da Agenda da Criança, ao voltar-se ao acompanhamento dos recém-nascidos de risco.

As crianças de risco, identificadas ao nascimento, devem ser priorizadas para o desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde, com captação precoce e manutenção da atenção a partir de busca ativa. Deve-se seguir a proposta de acompanhamento e desenvolvimento dos menores de cinco anos, mas com avaliação constante da assistência e com retornos mais frequentes, viabilizando-se os demais cuidados de que necessitem ⁽¹³⁾.

É conhecida a relevância da pobreza e sua associação a outros aspectos, como escolaridade e origem étnica, entre outros, que sempre devem ser ponderados como indicadores de vulnerabilidade das crianças a agravos. ⁽¹⁵⁾. Porém, desde a reformulação do Programa Crescer Feliz realizada em 2006, para definição de risco, aspectos biológicos passaram a ter maior peso que os sociais.

A Agenda de Compromissos aponta como fatores de risco do recém-nascido ao nascer, o desenvolvimento de patologias, como anemias e desnutrição e a necessidade de internação. Esses aspectos são também considerados pelo Programa Crescer Feliz, como estão

sintetizados no Quadro 1. O instrumento atualmente utilizado pelo programa para identificação de risco é apresentado em anexo (Anexo 3).

Quadro 1 – Fatores de risco propostos pela Agenda da Criança e Programa Crescer Feliz.

Agenda	Programa Atual
Risco Biológico	
Baixo peso ao nascer (< 2.500g) Prematuridade (<37 semanas de idade gestacional) Asfíxia grave (Apgar < 7 no 5º minuto de vida) Crianças internadas ou com intercorrências na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido Orientações especiais à alta da maternidade/unidade de cuidados do recém-nascido	Baixo peso ao nascer (< 2.500g) Prematuridade (<37 semanas de idade gestacional) Asfíxia grave (Apgar < 7 no 5º minuto de vida) Patologia com internação em Unidade de Terapia Intensiva ou Cuidados Intermediários Malformação congênita Filho de mãe HIV + Gemelaridade
Risco Social	
Recém-nascido de mãe adolescente (≤ 18 anos) Recém-nascido de mãe com baixa instrução (<8 anos de estudo) História de morte de crianças < 5 anos na família Residir em área de risco	Recém-nascido de mãe adolescente (≤ 18 anos) Recém-nascido de mãe com baixa instrução (analfabeta ou 1ª série incompleta). Nº de filhos mortos ≥ 2 (ou um se evitável por vigilância ao recém-nascido) Residir em área de risco Nº filhos vivos ≥ 3 Chefe da família sem emprego ou mãe como “chefe” da família Mãe sem companheiro/ apoio Pais usuários de droga (lícitas ou ilícitas) Parto fora do ambiente hospitalar Mãe sem seguimento pré-natal (≤ 3 consultas)

Sabe-se que algumas variáveis biológicas relacionadas à mãe ou à criança, como prematuridade, baixo peso ao nascer e intercorrências perinatais, entre outras e variáveis sociais, como estrutura familiar desfavorável, renda baixa, desemprego, baixa escolaridade e local de moradia, podem influenciar o risco de morte perinatal.

Entre esses indicadores, o peso ao nascer e a prematuridade são incluídos, universalmente, como importantes fatores de risco do recém-nascido, o que se mostra verdadeiro também para o Estado de São Paulo ⁽¹⁶⁾.

Especificamente no município de Botucatu, estudo realizado em 2000 evidenciou que 69,9% dos recém-nascidos classificados como de risco pelo Programa tinham peso inferior a 2500g ao nascer ⁽⁷⁾ e, com relação ao risco social, no mesmo município, estudo de 2004 apontou taxa de 80,7% ⁽⁸⁾.

Sabe-se que depois de realizado o levantamento dos fatores de risco, alguns deles podem ser evitados ou anulados, mas, para outros, isso é impossível, como por exemplo, os fatores hereditários. Neste momento, é que devem intervir os serviços de qualidade ⁽¹⁷⁾.

Para operacionalizar a avaliação do risco, é preciso que se estabeleça um protocolo, ou seja, uma padronização, pois a utilização destes instrumentos na rotina assistencial sistematiza a avaliação e estabelece parâmetros para a assistência à criança de risco. Tais protocolos devem conter, obrigatoriamente, uma definição previamente estabelecida, conforme a frequência da gravidade dos riscos que podem ser encontradas em determinadas comunidades ou serviços ⁽⁴⁾.

A Agenda de Compromissos propõe a Primeira Semana de Saúde Integral, voltada ao cuidado da mãe e do recém-nascido na unidade de saúde. Para operacionalizá-la, após o parto, a unidade de atenção deve: conhecer o número de puérperas e recém-nascidos da área de abrangência, para programar as ações de saúde e realizar visita domiciliar na primeira semana após o parto; avaliar a saúde da mãe; checar o relatório de alta/cartão de pré-natal; verificar o cartão da criança e o relatório de alta da maternidade/unidade de assistência ao recém-nascido; identificar o recém-nascido de risco; avaliar a saúde do recém-nascido; orientar e incentivar o aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido; realizar o teste do pezinho; aplicar as vacinas (BCG e contra hepatite para o recém-nascido, dupla tipo adulto e tríplice viral para a mãe, se necessário); checar e orientar sobre o registro de nascimento e agendar consulta para o recém-nascido e para a puérpera 30 dias após o parto ⁽¹³⁾.

Destaca-se que nos primeiros meses de vida, o Ministério da Saúde preconiza a realização de no mínimo seis consultas, a serem realizadas com um, dois, quatro, seis, nove e

12 meses, de forma que em um mesmo atendimento à criança se beneficie de um maior número de ações, como avaliação do crescimento e desenvolvimento, vacinação, incentivo ao aleitamento materno e introdução de alimentos no momento do desmame ⁽¹²⁾.

Esses atendimentos devem ser realizados a partir de consulta médica ou de enfermagem. A sistematização da assistência por meio da consulta de enfermagem na área infantil tem como objetivo principal assistir à criança, atendendo às suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais, espirituais e de sua família, proporcionando-lhe atendimento individual em sua comunidade ⁽¹⁸⁾.

A propedêutica de atendimento dos recém-nascidos de risco, segundo o Programa Crescer Feliz, prevê que com um mês de idade a criança deva estar em seguimento com o médico pediatra ou de saúde da família da unidade e, a partir daí, intercalam-se quinzenalmente, ou até mesmo semanalmente, se houver necessidade, consultas médicas e consultas de enfermagem.

A criança de risco sempre deverá ter prioridade de atendimento nas unidades de atenção básica, devendo ser acolhida no serviço, de forma que nunca fique sem atendimento ⁽¹⁹⁾. Além da garantia de acesso, o aumento da resolubilidade e qualidade do atendimento deve ser garantido, de forma a evitar a ocorrência de mortes precoces ⁽¹³⁾.

A avaliação relativa a todos esses pressupostos será realizada a partir de modelo proposto por Donabedian ⁽³⁾, que propõe a análise da estrutura, processo e resultados dos serviços ou programas de saúde.

1.3. A Proposta de Avaliação de Donabedian

A avaliação de programas públicos surge no mundo após a Segunda Guerra Mundial, frente à necessidade de melhorar a eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado e, com essa finalidade, foram desenvolvidos vários métodos para possibilitar a análise das vantagens e custos de programas ⁽²⁰⁾.

No Brasil, durante muitos anos, não houve preocupação em avaliar os programas públicos em geral e programas sociais em particular. Preocupava-se mais com os processos de formulação de programas do que com sua efetiva implementação e avaliação ^(21, 22).

A partir da década de 1980, porém, a área de avaliação de serviços de saúde passou a ser mais desenvolvida ⁽²⁰⁾.

O Ministério da Saúde em seu caderno de monitoramento da atenção básica em saúde define avaliação como a formulação de um juízo de valor sobre algo: as políticas de saúde, as necessidades de saúde da população, a organização e a operacionalidade do trabalho em saúde, os resultados das ações, entre outros aspectos ⁽²³⁾.

Um modelo de avaliação de qualidade, simples e útil, é o apresentado por Donabedian e que apresenta três categorias para avaliação: estrutura, processo e resultados ⁽²⁴⁾.

Vários autores têm descrito o modelo proposto por Donabedian ^(25, 26, 27, 28, 24). Para eles, o componente **estrutura** contém informações sobre recursos físicos, humanos, materiais, formas de organização e funcionamento (normas e procedimentos), especificação de equipamentos e tecnologias disponíveis, comparando-os com outros serviços ou sistemas ou a padrões estabelecidos como desejáveis. Baseia-se no princípio de que a qualidade de um programa, serviço ou intervenção está em direta relação com a infra-estrutura de que dispõe, isto é, com os recursos existentes ou aplicados para fazer a estrutura funcionar. A lógica é: uma boa estrutura propicia bom atendimento aos clientes, o que leva a bons resultados. Porém, essa afirmação pode não ser verdadeira, já que pode ocorrer de recursos crescentes serem aplicados para manter a estrutura ou ampliá-la sem que haja, em contrapartida, qualquer impacto nos resultados.

O estudo dos **processos** se dirige às atividades realizadas pelos provedores da intervenção, incluindo-se os componentes técnicos e as relações interpessoais. A questão central, neste tipo de avaliação, versa sobre a utilização dos recursos empregados: se as pessoas fazem o que deve ser feito, à vista do conhecimento disponível, os resultados da

assistência à saúde serão melhores do que nas situações em que as pessoas não seguem os procedimentos recomendados. A análise processual está direcionada, então, a identificar os procedimentos necessários e verificar se eles foram realmente aplicados como deveriam ter sido e a detectar procedimentos desnecessários, que podem ser limitados e abandonados, apontando alternativas melhores a serem recomendadas. Ao lado da melhoria da assistência, um outro efeito esperado é a economia de recursos. Esses estudos podem utilizar para comparação, padrões que expressam o conhecimento científico e tecnológico alcançado e que representam consenso entre os estudiosos. Os padrões são expressão da amplitude das variações aceitáveis de um indicador ou critério e constituem o nível desejado de excelência a ser alcançado. O ponto mais vulnerável da avaliação de processo reside na impossibilidade de inferir, apenas pela análise isolada dos procedimentos, se as ações a esse nível são responsáveis pela melhoria das condições de saúde das pessoas. Somente estudos controlados poderiam avaliar, com maior propriedade, a relação causal entre processos e resultados.

A análise de **resultados** se refere aos efeitos e aos produtos que as ações e os procedimentos provocam, de acordo com os objetivos da intervenção. Avaliar resultados significa saber o que ocorre com as pessoas após passarem pelos serviços de saúde. Inclui a satisfação dos usuários e alteração nos níveis de saúde/doença das pessoas e da coletividade (avaliada pelos indicadores de impacto). O grau de satisfação do usuário em relação ao serviço a ele prestado está concatenado com a quantidade e qualidade dos cuidados e à atenção recebida, e muitos aspectos podem ser enfocados: cortesia e competência dos profissionais de saúde, presteza no primeiro contato, tempo de espera, entrosamento das unidades, a burocracia, o horário, o ruído ambiental, a limpeza do prédio, a adequação de equipamentos, a alimentação, o alívio de sintomas, a solução de problemas, os custos e muitos outros. Os níveis de mortalidade e morbidade são os mais usados indicadores de impacto dos serviços de saúde. Como toda avaliação em epidemiologia se baseia em comparações, os eventos devem estar, preferencialmente, expressos em coeficientes, acompanhados de dados

sobre variáveis que permitam neutralizar o confundimento. Deve-se partir do princípio de que a saúde é produto de múltiplos fatores, muitos dos quais precisam ser neutralizados, para que os resultados encontrados em uma avaliação possam ser devidamente valorizados.

1.4 – Vulnerabilidade Programática ou Institucional

O conceito de vulnerabilidade adentra ao campo da saúde particularmente a partir da epidemia da Aids. Ele foi proposto no sentido de avaliar suscetibilidade e condições de resposta ao HIV e à Aids, imprimindo aos estudos, ações e políticas, a ampliação de horizontes na direção do controle da epidemia. No campo da intervenção, parece claro que as aplicações do quadro conceitual de vulnerabilidade podem fornecer subsídios que vão desde o desenvolvimento de ações e instrumentos tecnológicos, até o planejamento e avaliação de programas e serviços de saúde. Contudo, esse quadro não deve ser confundido com uma teoria ou método de planejamento e gestão, na condição de uma propedêutica, uma disciplina do pensamento. Ele pode instruir sua concepção ou aplicação, mas jamais substituí-lo. ⁽²⁹⁾

Esta abordagem utiliza três planos analíticos interligados: individual, social e programático⁽³⁰⁾. A **dimensão individual** da vulnerabilidade refere-se ao grau e à qualidade da informação que as pessoas dispõem sobre problemas de saúde, sua elaboração e aplicação prática; a **dimensão social** avalia a obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais e o poder de participar de decisões políticas e em instituições e, por fim, a **dimensão programática** consiste na avaliação de programas para responder ao controle das enfermidades, assim como para identificar o grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos disponíveis, dos valores e competência da gerência e técnicos, do monitoramento, avaliação e retroalimentação das ações, da sustentabilidade das propostas e, especialmente, da permeabilidade e estímulo à participação e autonomia dos diversos sujeitos sociais no diagnóstico da situação e no encontro dos caminhos para sua superação ⁽³¹⁾.

Essa maneira de focalizar o problema sugere que, do ponto de vista programático, a análise da vulnerabilidade busca avaliar como, em que circunstâncias sociais, as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultura, atuam como elementos que reproduzem, quando não mesmo aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade; quanto os serviços de saúde estão propiciando e, nestes contextos, sejam percebidos e superados por indivíduos e grupos sociais ou o quanto eles propiciam a esses sujeitos transformar suas relações, valores e interesses, para emanciparem-se dessas situações desfavoráveis. Conseqüentemente, a elaboração de propostas de intervenção deve sempre considerar a mediação exercida (e a ser exercida) entre os sujeitos e seus contextos sociais pelos programas e serviços disponíveis ⁽³¹⁾.

Considerando todos esses pressupostos, apresentamos a seguir os objetivos deste estudo.

Objetivos

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar o Programa Crescer Feliz, desenvolvido com recém-nascidos de risco do município de Botucatu/SP.

2.2. Objetivos Específicos

1. Caracterizar as crianças inscritas no programa no período de 3 de março a 6 de setembro de 2006 quanto a: peso ao nascer, hospital de nascimento, idade da mãe, tipo de parto e patologias adquiridas no primeiro ano de vida;
2. Descrever a estrutura disponível para atendimento ao recém-nascido de risco com relação a recursos humanos, físicos, materiais (equipamentos, instrumentais, medicamentos essenciais e exames laboratoriais), normas e procedimentos e educação em saúde.
3. Identificar, no período de estudo, a incidência de recém-nascidos de risco e os fatores de risco mais frequentes, assim como a cobertura efetiva do Programa;
4. Descrever a trajetória das crianças de risco identificadas no período do estudo, com relação à internação e óbitos;
5. Descrever as ações de vigilância à saúde, realizadas no primeiro ano de vida destes recém-nascidos;
6. Identificar a situação vacinal das crianças de risco durante seu primeiro ano de vida;
7. Apreender a representação materna sobre o cuidado recebido por seus filhos, inscritos no Programa.

Material e método

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1. Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico populacional, do tipo avaliação de serviços e programas de saúde ou tecnologias, focado na avaliação de estrutura, processo e resultados⁽³⁾.

Para identificar a incidência, os fatores de risco mais frequentes, a cobertura efetiva do Programa e caracterizar as crianças inscritas (objetivos específicos n^{os} 1 e 3), considerou-se o total de recém-nascidos do município; para os demais objetivos específicos: descrição da estrutura disponível, da trajetória das crianças com relação à internação e óbitos, das ações de vigilância à saúde, identificação da situação vacinal e número de atendimentos médicos e de enfermagem (objetivos específicos n^{os} 2 e 4 a 6), foram considerados apenas os recém-nascidos acompanhados pela rede básica municipal de saúde.

A análise de resultados (objetivo específico n^o 7), utilizou abordagem qualitativa, definida como aquela que se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que, por sua vez, correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis⁽³²⁾.

Pesquisas que exploram os aspectos qualitativos na área da saúde apontam as representações sociais como possível referencial a ser utilizado, definindo-as como senso comum, idéias, imagens, concepções e visão de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade⁽³³⁾.

Para a realização deste estudo, adotou-se a perspectiva sociológica das representações sociais. Sob essa perspectiva, considera-se que a realidade vivida é representada e, por meio dela, os atores sociais se movem, constroem sua vida e a explicam mediante o seu estoque de conhecimentos. Sendo as representações sociais fruto da vivência das contradições que

permeiam o dia-a-dia dos grupos sociais, sua expressão marca o entendimento deles com seus pares, seus contrários e com as instituições, possuindo núcleos de transformação e de resistência na forma de conceber a realidade⁽³³⁾.

Destaca-se que a mediação privilegiada para a compreensão das representações sociais é a linguagem, tomada como forma de conhecimento e interação social. Por sua veiculação dialética com a realidade, a compreensão da fala exige ao mesmo tempo a compreensão das relações sociais que ela expressa, pois as palavras não são a realidade, apenas a representam⁽³³⁾.

O referencial metodológico utilizado para análise de dados foi o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁽³⁴⁾. Destaca-se que a aplicação da técnica do DSC a um grande número de pesquisas empíricas tem demonstrado sua eficácia para o processamento e expressão de opiniões coletivas⁽³⁵⁾.

3.2. Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Botucatu, localizado na região central do Estado de São Paulo, com uma população estimada de 120.533 habitantes para o ano de 2006⁽³⁶⁾, área de 1.496 Km² e densidade demográfica de aproximadamente 78 habitantes por Km². No ano de 2006, apresentava taxa de natalidade de 14 por 1.000 nascidos vivos, de mortalidade infantil de 10,8 por 1.000 nascidos vivos e cobertura de sete ou mais consultas pré-natal para 80,7% das gestantes. No mesmo ano, 47,4% dos partos realizados no município foram cesárea e 9,9% das crianças nasceram prematuras e com baixo peso⁽³⁷⁾.

Com relação às condições de vida, o índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) e a renda *per capita*, 0,822 e 2,8 salários mínimos, respectivamente, são muito próximos daqueles apontados para o estado como um todo: 0,814 e 2,92. Destaca-se que o IDHM é um indicador que focaliza o município como unidade de análise, a partir das dimensões de longevidade, educação e renda e o valor obtido pelo município de Botucatu permite sua classificação como de alto nível de desenvolvimento humano⁽³⁷⁾.

A taxa de analfabetismo da população com idade igual ou superior a 15 anos é de 5,6% e 47,7% da população na faixa etária entre 18 e 24 anos tem ensino médio completo⁽³⁷⁾.

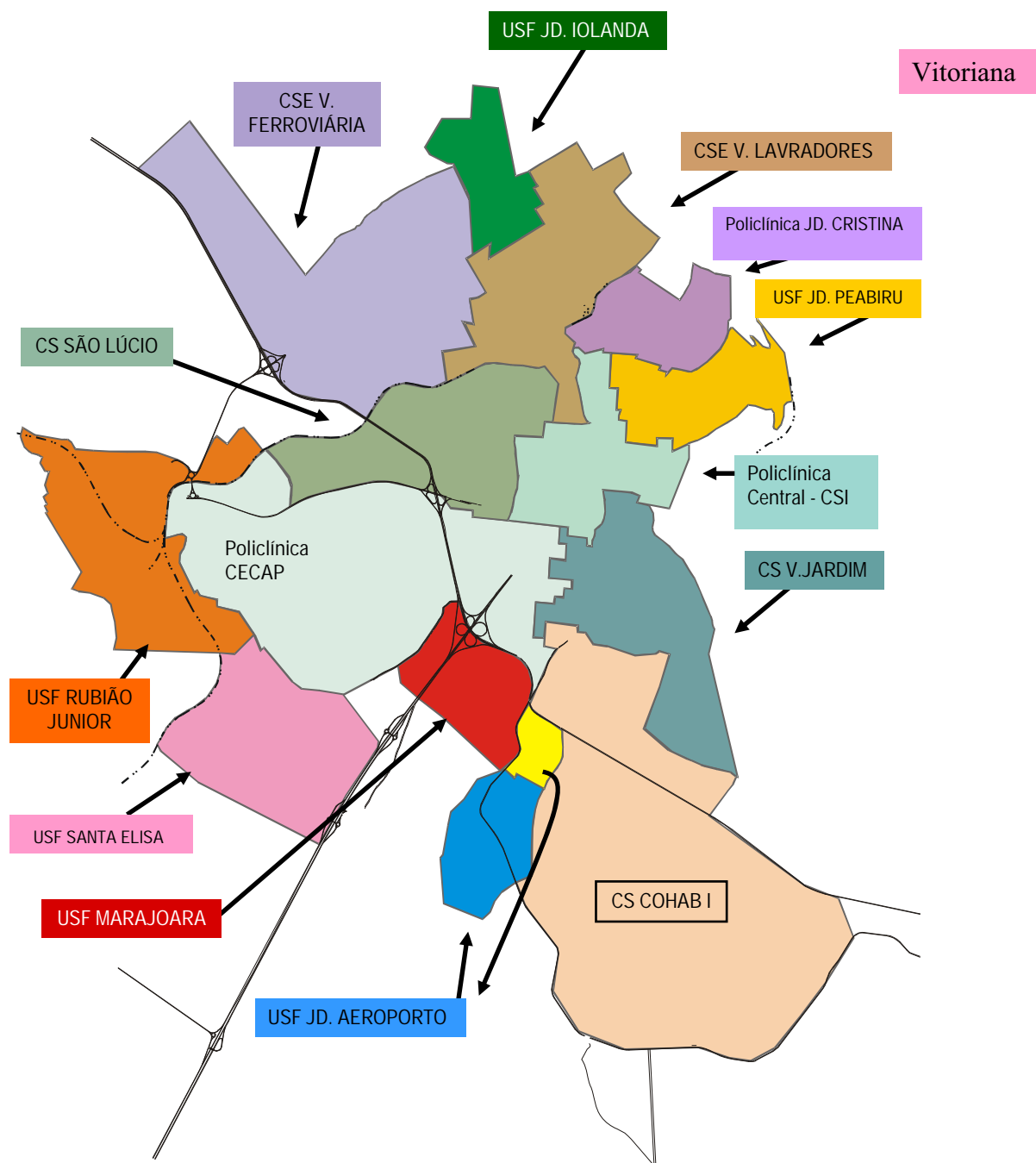
O município de Botucatu encontra-se administrativamente na região de Sorocaba, que se caracteriza por possuir desenvolvimento industrial e agropecuário, caracterizando um enorme potencial econômico, mas ainda atada a problemas da área de saúde e relacionados à baixa escolaridade. A região possui 79 municípios, distribuídos por cerca de 16,5% do território paulista, com uma população estimada em quase 2,7 milhões de habitantes, ou 6,8% do total do Estado, quarto lugar na geração do PIB paulista⁽³⁸⁾.

O serviço público de atenção básica à saúde de Botucatu é constituído por três Policlínicas (PC): CECAP, Jardim Cristina e Central; três Centros Municipais de Saúde (CMS): Vila Jardim, Cohab e Vila São Lúcio e duas unidades do Centro de Saúde Escola (CSE): Vila dos Lavradores e Vila Ferroviária, que trabalham na forma tradicional dos centros de saúde e oito Unidades de Saúde da Família (USF) que abrigam 10 equipes: Rubião Júnior (com 2 equipes), Parque Marajoara, Santa Elisa, Jardim Peabiru (com duas equipes), Jardim Iolanda, Jd Aeroporto (com duas equipes, sendo que uma atende ao distrito de César Neto) e Vitoriana. Ressalta-se que atualmente as policlínicas, além de realizarem o atendimento básico para a sua área de abrangência, são referências em pediatria, ginecologia e obstetrícia e clínica geral para as Unidades de Saúde da Família e os Centros de Saúde e Unidades de Saúde da Família são responsáveis pela atenção básica, também de sua área de abrangência.

Os recursos humanos que atuam na área de assistência à saúde da criança e do adolescente na rede básica de saúde são: auxiliares de enfermagem e de consultório dentário, dentistas, médicos pediatras e enfermeiros e nas unidades de saúde da família são enfermeiros, médicos, dentistas, auxiliares de enfermagem e de consultório dentário e agentes comunitários de saúde.

A Figura 1 apresenta esquematicamente, no mapa municipal, a localização das Unidades de Saúde.

Figura 1 – Mapa das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde de Botucatu, 2007.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu, 2007.

3.3. Fontes de dados

Utilizaram-se as seguintes fontes de dados:

- Instrumento para consulta de enfermagem domiciliar, elaborado para facilitar o registro de dados e que permanece arquivado no Prontuário da Criança (Anexo 2);
- Fichas atualmente utilizadas para notificação do recém-nascido de risco (Anexo 3), as quais ficam arquivadas na central de vagas da Secretaria Municipal da Saúde;
- Instrumento para coleta de dados relativos ao processo de atenção no Programa Crescer Feliz, elaborado pela pesquisadora e preenchido por ela com auxílio das fontes de dados anteriores (Anexo 4);
- Questionário sobre a estrutura do Programa Crescer Feliz, elaborado pela pesquisadora e respondido pela enfermeira de todas as unidades de atenção básica e policlínicas (Anexo 5);
- Prontuários das crianças matriculadas nas Unidades de Atenção Básica: Centro de Saúde, Policlínica ou Unidade de Saúde da Família, dependendo da área de procedência da criança;
- Declarações de Nascidos Vivos (Anexo 6), arquivadas na Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde;
- Sistema Municipal de Informação em Saúde, que forneceu dados sobre a situação vacinal das crianças;
- Realização de entrevista semi-estruturada com as mães, cujo roteiro é apresentado em anexo (Anexo 7). Como técnica de coleta de dados, empregou-se a entrevista semi-estruturada, a qual possibilita, partindo de questões norteadoras relacionadas ao objetivo do estudo, a ampliação para outras, que surgem à medida que as respostas vão sendo obtidas, permitindo aos entrevistados participar da elaboração do conteúdo da pesquisa⁽³⁹⁾. Destaca-se que as entrevistas foram gravadas e as fitas foram transcritas na íntegra, preservando-se o anonimato dos sujeitos.

3.4. Variáveis do estudo

Estrutura

As variáveis estudadas relativas à estrutura do Programa Crescer Feliz foram: Unidade de referência (nome); **Quanto à Operacionalização do Programa:** identificação do recém-nascido inscrito no programa pela unidade (sim/não), existência de cópia do Programa na unidade (sim/não), livro de registro (sim/não); arquivamento das fichas de visitas em prontuários (sim/não), prioridade para consulta médica e de enfermagem (sim/não); realização e participação de médicos e enfermeiros em grupos de gestantes e grupos de recém-nascidos (sim/não); realização de atividades específicas com os recém-nascidos de risco (sim/não) e tipo de atividade. **Quanto aos recursos humanos:** atendimento do recém-nascido de risco como parte das atividades do enfermeiro assistencial e administrativo, dos médicos pediatras e médicos das USF (sim/não); capacitação dos auxiliares de enfermagem para atendimento ao RN de risco (sim/não); número de visitas domiciliares feitas pelos enfermeiros assistenciais e administrativos no mês que antecedeu a coleta de dados; número de consultas médicas de rotina e eventuais realizadas nas unidades para os recém-nascidos de risco no mês que antecedeu a coleta de dados; conhecimento e número de recém-nascidos de risco na Unidade, segundo os enfermeiros assistenciais e administrativos, médicos pediatras e médicos das USF (sim/não e qual o número). **Quanto aos recursos físicos:** forma de identificar e arquivar os prontuários dos recém-nascidos de risco; existência e características adequadas de: sala de acolhimento (sim/não); consultórios de pediatria (sim/não) e sala de vacinas (sim/não). **Quanto aos recursos materiais:** existência e disponibilidade rotineira de régua toesa (sim/não); fita métrica (sim/não); termômetro clínico (sim/não); ambu (sim/não); drogas adequadas para uso infantil de emergência (sim/não), antibióticos (sim/não), antitérmicos (sim/não), vitaminas do protocolo (sim/não), anti-inflamatórios (sim/não) e antialérgicos (sim/não).

Processo

As variáveis estudadas para avaliar o processo foram:

- Para todos os RNs do município nascidos vivos e inscritos no Programa Crescer Feliz:

Quanto à caracterização do recém-nascido: sexo (feminino/masculino), hospital de nascimento (ABHS/HC-UNESP/Misericórdia/domicílio), tipo de parto (vaginal normal/cesárea/vaginal com fórceps), idade gestacional ao nascimento (semanas, dias), peso ao nascer (g), necessidade de UTI/UCI ao nascer (sim/não), se sim qual a doença, fototerapia precoce ou por mais de 24 horas (sim/não), existência de malformação congênita (sim/não), Índice de Apgar no 1º e 5º minuto de vida, vacinação comprovada primeiro ano de vida: BCG (dose única, sim/não), Hepatite B (três doses, sim/não), Tetravalente (três doses, sim/não), Poliomielite (três doses, sim/não), Rotavírus (duas doses, sim/não), Tríplice viral (dose única, sim/não).

- Para todos os RNs nascidos vivos do município, inscritos no Programa Crescer Feliz e que fizeram acompanhamento nas unidades básicas de saúde:

Referentes à internação no 1º ano de vida: Idade (mês), local de internação (HC-UNESP/ABHS/Misericórdia), causa da internação e tempo de internação (dias). **Referentes ao Acompanhamento da criança na unidade de saúde:** idade (dias), tipo de atendimento (eventual/rotina), tipo de consulta (enfermagem/médica/odontológica/ atendimento de enfermagem/outro), diagnóstico médico, medicamentos prescritos (sim/não), alimentação (aleitamento materno exclusivo-AME/aleitamento materno-AM/ fórmulas infantis/alimentação de sal/outros leites), percentil peso/altura, exames laboratoriais (sim/não, quais), cuidador (mãe/avó/irmão/pai/vizinho/outros), necessidade interconsulta (sim/não) e local da interconsulta (HC-UNESP/ABHS/ Ambulatório Regional-ARE/outros). **Quanto à Classificação do risco:** biológico/social/ ambos, área de risco pré-estabelecida (sim/não), recebimento de visita domiciliar (sim/não), data da visita (dias de vida do RN). **Quanto à caracterização das mães dos recém-nascidos:** idade materna no momento do parto (anos),

escolaridade materna (anos de aprovação escolar), óbito infantil anterior com menos de cinco anos de idade (sim/não), chefe de família sem emprego ou mãe chefe de família (sim/não), mãe sem companheiro/apoio (sim/não), mãe sem seguimento pré-natal (sim/não), número de consultas pré-natais, mãe com problema psiquiátrico (sim/não), pais com dependência química (sim/não) e mãe com sorologia positiva para HIV (sim/não).

3.5. População do estudo

Para análise de processo, foram incluídas no estudo todas as crianças de risco nascidas entre 3 de março de 2006 e 5 de setembro de 2006, sendo estas acompanhadas até completarem um ano de vida, totalizando 298 crianças. Destaca-se que, no período estudado, o número de recém-nascidos vivos em Botucatu foi 563. Este período foi escolhido por permitir a avaliação da última versão do Programa, implementada em 1º de março de 2006.

Com relação aos sujeitos da pesquisa qualitativa, 15 mães, a seleção considerou a quantidade, variabilidade e qualidade dos sujeitos a serem entrevistados, a fim de que pudessem fornecer dados ricos, interessantes e suficientes para compor e reconstituir o pensamento sobre o atendimento recebido por seus filhos a partir do Programa Crescer Feliz. Assim, trabalhou-se com amostra intencional e com critérios eminentemente qualitativos de coleta e processamento de dados⁽³⁴⁾.

3.6. Análise dos dados

Para análise dos dados de estrutura e processo foi construído banco no software Excel, que permitiu a entrada de dados e o intercâmbio de informações com o EpiInfo. Toda digitação foi realizada pela autora e a consistência dos dados foi testada a partir de questões associadas.

Dois subgrupos foram constituídos durante a análise de dados: o de recém-nascidos com melhor e pior desfecho (n=96). Os critérios de inclusão neste último subgrupo foram: terem passado por duas ou mais consultas eventuais no ano, apresentando diagnóstico

diferente de eutrofia, ou seja, com alguma patologia; ter evoluído para óbito ou ter passado por internação no primeiro ano de vida por problemas clínicos.

As demais crianças compuseram o subgrupo com melhor desfecho. Com relação à avaliação de resultados, para possibilitar a compreensão das falas apreendidas, foram utilizadas as seguintes figuras metodológicas: idéia central, expressões-chave e discurso do sujeito coletivo. Tomando por base a Teoria da Representação Social, a idéia central pode ser entendida como a(s) afirmação(ões) que permite(m) traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos em seus depoimentos, sendo as expressões-chave constituídas por transcrições literais de parte dos depoimentos, que permitem o resgate do que é essencial no conteúdo discursivo e o discurso do sujeito coletivo (DSC) é a reconstrução, a partir de discursos individuais, de tantos discursos-síntese quantos forem necessários, para expressar um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno ⁽³⁴⁾.

3.7. Procedimentos éticos

Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” e respeitou todas as orientações para pesquisas envolvendo seres humanos. O Parecer emitido pelo CEP é apresentado em anexo (Anexo 8).

Resultados

4. RESULTADOS

Inicialmente, serão apresentados dados sobre a estrutura e o processo da atenção desenvolvida no Programa Crescer Feliz. A análise qualitativa sobre os resultados deste Programa será apresentada no item 6 deste estudo.

4.1. Estrutura do Programa Crescer Feliz

A operacionalização do Programa na Unidade de Atenção Básica é apresentada na Tabela 1. Ressalte-se que as informações foram obtidas a partir das respostas das enfermeiras, responsáveis pelos serviços, a questionário elaborado para obtenção de dados estruturais.

Metade das unidades atende no modelo tradicional (policlínicas e centros de saúde) e a outra metade, na estratégia saúde da família; na maior parte delas, as crianças do Programa não são especialmente identificadas, mas são registradas em livro próprio e têm suas fichas de visita domiciliar arquivadas no seu prontuário, havendo prioridade nos serviços para atendimento aos recém-nascidos de risco para consultas médica e de enfermagem (Tabela 1).

Em metade das unidades, os grupos de gestante são realizados rotineiramente, porém, a participação de médicos e enfermeiros nesta atividade no mês que antecedeu à coleta de dados foi pequena, sendo a situação dos grupos de recém-nascidos pior que esta. Também se observou que em metade das unidades são desenvolvidas atividades específicas com crianças do Programa, sendo que, em pouco mais de um terço delas a partir de visita domiciliar (Tabela 1).

Tabela 1 – Operacionalização do Programa Crescer Feliz na Unidade de Atenção Básica. Botucatu, 2007.

Operacionalização	Nº	%
Tipo de Unidade		
Centro de Saúde	5	31,3
Unidade de Saúde da Família	8	50,0
Policlínica	3	18,7
Total	16	100,0
Identificação das Crianças do Programa		
Sim	2	12,5
Não	14	87,5
Total	16	100,0
Como são identificados os RNs de risco na Unidade		
Prontuário guardado separado	1	6,2
Outro – marcado na matrícula	1	6,2
Não é identificado	14	87,6
Total	16	100,0
Cópia do Programa na Unidade		
Sim	4	25,0
Não	12	75,0
Total	16	100,0
Livro de Registro na Unidade		
Sim	11	68,7
Não	5	31,3
Total	16	100,0
Arquivo das Fichas de Visita no Prontuário		
Sim	15	93,7
Não	1	6,3
Total	16	100,0
Prioridade de Consulta Médica aos RNs de Risco		
Sim	13	81,3
Não	3	18,7
Total	16	100,0
Prioridade de Consulta de Enfermagem aos RNs de Risco		
Sim	13	81,3
Não	3	18,7
Total	16	100,0
Grupo de Gestante Rotineiramente		
Sim	8	50,0
Não	8	50,0
Total	16	100,0
Participação do Enfermeiro no Grupo de Gestante (mês)		
Nenhuma	9	56,3
1 ou 2	3	18,7
3 ou 4	3	18,7
5 ou mais	1	6,3
Total	16	100,0
Participação do Médico no Grupo de Gestante (mês)		
Nenhuma	15	93,8
Sem informação	1	6,2
Total	16	100,0
Grupo de RN Rotineiramente		
Sim	6	37,5
Não	10	62,5
Total	16	100,0
Participação do Enfermeiro no Grupo de RN (mês)		
Nenhuma	11	68,9
1 ou 2	3	18,7
3 ou 4	1	6,2
Sem informação	1	6,2
Total	16	100,0
Participação do Médico no Grupo de RN (mês)		
Nenhuma	15	93,8
Sem informação	1	6,2
Total	16	100,0
Atividades Específicas para RN de Risco		
Sim	8	50,0
Não	8	50,0
Total	16	100,0
Tipo de Atividade Específica para RN de Risco		
Visitas domiciliares	6	37,1
Visitas domiciliares e grupos educativos com mães	1	6,2
Nenhuma	8	50,0
Convocação de faltosos	1	6,2
Total	16	100,0

Tabela 2 – Recursos humanos e conhecimento de médicos e enfermeiros sobre o Programa Crescer Feliz nas Unidades de Atenção Básica. Botucatu, 2007.

Recursos e Conhecimentos	Nº	%
Atendimento ao RN de risco pela enfermeira assistencial		
Sim	15	93,8
Não	1	6,2
Total	16	100,0
Atendimento ao RN de risco pela enfermeira administrativa		
Sim	7	43,7
Não	1	6,2
Não corresponde (USF)	8	50,1
Total	16	100,0
Atendimento ao RN de risco pelo médico		
Sim	16	100,0
Não	0	0
Total	16	100,0
Auxiliares de Enfermagem capacitados para atender RN de risco		
Nenhum	4	25,0
1 ou 2	3	18,8
3 ou 4	2	12,5
5 ou mais	5	31,2
Não sabe	2	12,5
Total	16	100,0
VD realizada pelo enfermeiro assistencial no Programa (mês)		
Nenhuma	10	62,5
1 ou 2	2	12,5
3 ou 4	2	12,5
Não sabe	2	12,5
Total	16	100,0
VD realizada pelo enfermeiro administrativo no Programa (mês)		
Nenhuma	10	62,5
1 ou 2	2	12,5
Não sabe	4	25,0
Total	16	100,0
Consultas médicas de rotina no Programa (mês)		
Nenhuma	2	12,5
1 a 10	5	31,3
11 a 20	1	6,2
21 ou mais	1	6,2
Não sabe	7	43,8
Total	16	100,0
Consultas médicas eventuais no Programa (mês)		
Nenhuma	1	6,2
1 a 10	7	43,8
11 a 20	2	12,5
Não sabe	6	37,5
Total	16	100,0
Enfermeiro conhece o número de RNs de risco do Programa		
Sim	9	56,2
Não	7	43,8
Total	16	100,0
Quanto são os RNs de Risco do Programa, segundo o enfermeiro		
1 a 10	1	6,2
11 a 20	1	6,2
21 ou mais	1	6,2
Não sabe	13	81,4
Total	16	100,0
Médico conhece o número de RNs de risco do Programa		
Sim	2	12,5
Não	14	87,5
Total	16	100,0
Quanto são os RNs de Risco do Programa, segundo o médico		
30	1	6,2
Nenhum	1	6,2
Não sabe	14	87,6
Total	16	100,0

Todos os médicos atendem aos recém-nascidos de risco, uma enfermeira assistencial e uma enfermeira administrativa referiram não atendê-los. Havia auxiliar de enfermagem

capacitado para atuação no Programa em aproximadamente dois terços das unidades. Poucos enfermeiros realizaram visita domiciliar a essas crianças no mês que antecedeu a coleta de dados. Médicos e enfermeiros tiveram dificuldade em apontar o número de recém-nascidos de risco e de consultas médicas de rotina ou eventuais do Programa (Tabela 2).

Os recursos físicos e materiais constam da Tabela 3, a qual evidencia que, de uma maneira geral, estavam disponíveis recursos físicos e materiais para o Programa.

Tabela 3 – Recursos físicos e materiais relacionados ao Programa Crescer Feliz nas Unidades de Atenção Básica. Botucatu, 2007.

Recursos	Nº	%
Sala para acolhimento na Unidade		
Sim	13	81,3
Não	3	18,7
Total	16	100,0
Adequação da sala de acolhimento (mesa, cadeira, impressos, maca)		
Sim	16	100,0
Não	0	0
Total	16	100,0
Adequação dos consultórios de pediatria (mesa, cadeira, impressos, maca)		
Sim	16	100,0
Não	0	0
Total	16	100,0
Adequação das salas de vacina		
Sim	15	93,8
Não	1	6,2
Total	16	100,0
Disponibilidade de régua toesa, fita métrica e termômetro na Unidade		
Sim	16	100,0
Não	0	0
Total	16	100,0
Disponibilidade de ambu na Unidade		
Sim	16	100,0
Não	0	0
Total	16	100,0
Disponibilidade de aspirador na Unidade		
Sim	13	81,3
Não	3	18,7
Total	16	100,0
Disponibilidade de drogas de emergência*		
Sim	16	100,0
Não	0	0
Total	16	100,0
Disponibilidade de antitérmicos, antiinflamatórios e antibióticos		
Sim	16	100,0
Não	0	0
Total	16	100,0
Disponibilidade de antialérgicos		
Sim	16	100,0
Não	0	0
Total	16	100,0
Disponibilidade de vitaminas constantes do protocolo**		
Sim	16	100,0
Não	0	0
Total	16	100,0

*Inclui:Drogas injetáveis: Epinefrina 1mg/ml, Fenitoína 50mg/ml, Furosemida 10mg/ml, Haldol 5mg/ml, Lidocaína sem vasoconstrictor, Metoclopramida 20mg/ml, Midazolam 5mg/ml, Solu-cortef 500ml, Atropina 0,25mg/ml, Cloreto Potássio 19,1%, Dexametazona 0,02%, Diazepam 10mg/dl, Dipirona 500mg/dl, Dopamina 5mg/dl, Dobutamina 12,5 mg/dl,

**Vitaminas do Protocolo: Ad til, Sulfato Ferroso, Polivitamínico e Vitamina C.

4.2. Processo de Atenção no Programa Crescer Feliz

A seguir, são apresentados dados relativos ao processo de atenção no Programa Crescer Feliz, iniciando-se, na Tabela 4, pela caracterização das crianças e suas mães.

Tabela 4 - Caracterização dos recém-nascidos de risco estudados. Botucatu, 2007.

Caracterização	Nº	%
Unidade de Referência		
CSE – Vila Lavradores	44	14,8
CMS Vila Jardim	36	12,1
USF Jardim Peabiru	25	8,4
USF Rubião Júnior	25	8,4
Policlínica Jd Cristina	22	7,4
CSE – Vila Ferroviária	21	7,0
CMS Cohab	20	6,7
Policlínica Cecap	18	6,1
USF Jd Aeroporto	16	5,4
USF Jardim Iolanda	15	5,0
USF Parque Marajoara	14	4,7
USF Santa Elisa	12	4,0
CMS Vila São Lúcio	12	4,0
USF Vitoriana	8	2,7
Policlínica Central	7	2,3
USF César Neto	3	1,0
Total	298	100,0
Morador em Área de Risco		
Sim	261	87,6
Não	37	12,4
Total	298	100,0
Sexo		
Feminino	148	49,7
Masculino	149	50,0
Não consta	1	0,3
Total	298	100,0
Fatores de Risco		
Biológico	52	17,5
Social	178	59,7
Biológico e Social	68	22,8
Total	298	100,0
Local do Parto		
ABHS	155	52,0
HC	109	36,6
Misericórdia	32	10,7
Domicílio	2	0,7
Total	298	100,0
Tipo de Parto		
Vaginal normal	181	60,7
Cesárea	111	37,3
Vaginal com Fórceps	1	0,3
Não consta	5	1,7
Total	298	100,0

As unidades com maior número de recém nascidos de risco são CSE – Vila dos Lavradores e CMS Vila Jardim. A maioria das crianças estudadas pertence à área de risco pré-estabelecida, são do sexo masculino, portadores de risco social, nascidos na ABHS, de parto vaginal normal (Tabela4).

As condições das crianças de risco ao nascer constam da Tabela 5.

Tabela 5 – Condições dos recém-nascidos de risco ao nascer. Botucatu, 2007.

Condições ao Nascer	Nº	%
Idade Gestacional		
< 22 s	3	1,0
22s a 27s6d	4	1,3
28s a 31s6d	9	4,3
32s a 36s6d	46	15,0
37s a 41s6d	232	77,0
≥ 42 sem	2	0,7
Não consta	2	0,7
Total	298	100,0
Peso		
< 1000g	6	2,0
1000g a 1499g	15	5,0
1500g a 2499g	73	24,6
2500g a 2999g	66	22,1
3000g a 3999g	127	42,6
≥ 4000g	11	3,7
Total	298	100,0
Apgar no 1º minuto		
0 a 3	35	11,7
4 a 6	29	9,7
7 ou mais	223	74,9
Não consta	11	3,7
Total	298	100,0
Apgar no 5º minuto		
0 a 3	4	4,4
4 a 6	10	3,4
7 ou mais	274	92,0
Não consta	10	3,3
Total	298	100,0
Malformações Congênicas		
Sim	6	2,0
Não	292	98,0
Total	298	100,0
Internação em UTI/UCI		
Sim	13	4,4
Não	285	95,6
Total	298	100,0
Motivo da Internação em UTI/UCI		
Prematuridade	7	53,8
Múltiplas malformações	1	7,7
Síndrome a esclarecer	2	15,4
Não consta	3	23,1
Total	13	100,0
Tipo de Malformação		
Aberrações cromossômicas	3	50,0
Polidactilia bilateral	2	33,3
Cardíaca	1	16,7
Total	6	100,0

A maioria dos recém-nascidos de risco nasceu de termo, com peso adequado e índice de Apgar de primeiro e quinto minutos igual ou superior a sete. Entre aqueles que apresentaram patologias que justificavam internação em UTI/UCI (13 casos), mais da metade

era prematuro. As malformações ocorreram esporadicamente, com destaque para as aberrações cromossômicas (Tabela 5).

As características maternas são apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6 – Características das mães dos recém-nascidos de risco. Botucatu, 2007.

Características das Mães	Nº	%
Idade (anos)		
14 a 18	84	28,3
19 a 25	104	35,0
26 a 30	53	17,8
31 a 40	54	18,0
41 ou mais	3	0,9
Total	298	100,0
Anos de Aprovação Escolar		
Nenhum	5	1,7
1 a 3	10	3,4
4 a 7	92	30,9
8 a 11	165	55,3
12 ou mais	21	7,0
Sem informação	5	1,7
Total	298	100,0
Óbito infantil anterior		
Sim	25	8,4
Não	273	91,6
Total	298	100,0
Apoio do pai da criança		
Sim	178	59,4
Não	120	40,6
Total	298	100,0
Desemprego do chefe da família		
Sim	32	10,7
Não	266	89,3
Total	298	100,0
Dependência química		
Sim	2	0,7
Não	296	99,3
Total	298	100,0
Patologia psiquiátrica		
Sim	2	0,7
Não	296	99,3
Total	298	100,0
Consulta pré-natal		
Nenhuma	11	3,7
1 a 3	26	8,7
4 a 6	67	22,5
7 ou mais	187	62,8
Não consta	7	2,3
Total	298	100,0

A maior parte das mães tinha até 25 anos, entre oito e 11 anos de aprovação escolar, contavam com apoio do pai da criança, a pessoa considerada chefe da família estava empregada e tiveram sete ou mais consultas de pré-natal. A frequência de óbito infantil foi 8,4%, e em dois casos havia dependência química do pai e/ou da mãe (Tabela 6).

Da Tabela 7 constam dados referentes ao processo de assistência propriamente dito.

Tabela 7 – Avaliação do processo assistência do Programa. Botucatu, 2007.

Processo	Nº	%
Realização de VD		
Sim	161	54,0
Não	83	27,8
Mãe procurou a Unidade	44	14,8
Não consta	10	3,4
Total	298	100,0
Idade ao Receber VD (dias)		
Até 10	63	21,1
11 a 15	63	21,1
16 a 20	26	8,7
21 ou mais	9	3,0
Não visitados	137	46,1
Total	298	100,0
Situação Vacinal		
Em dia	204	68,5
Faltoso	36	12,1
Não consta	58	19,4
Total	298	100,0
Internação		
Sim	14	4,7
Não	163	54,7
Óbito	8	2,7
Não consta	113	37,9
Total	298	100,0
Atendimentos em UBS		
Nenhum	113	38,0
1 ou 2	40	13,4
3 ou 4	43	14,4
5 ou mais	102	34,2
Total	298	100,0
Atendimentos eventuais em UBS		
Nenhum	133	45,0
1 ou 2	89	29,0
3 ou 4	47	16,5
5 ou mais	29	9,5
Total	298	100,0
Todos os atendimentos em UBS eventuais		
Sim	53	17,8
Não	132	44,3
Não atendido em UBS	113	37,9
Total	298	100,0
Alimentação na última consulta		
Adequado	57	19,1
Inadequado	82	27,5
Não consta	159	53,4
Total	298	100,0
Idade na última consulta (meses)		
Não consultou	8	2,7
1 ou 2	5	1,7
3 ou 4	5	1,7
5 ou 6	12	4,0
7 ou 8	14	4,7
9 ou 10	61	20,5
11 ou 12	88	29,5
Não consta	105	35,2
Total	298	100,0

Foi visitada a maior parte das crianças, sendo que para aproximadamente 21% delas isso ocorreu nos primeiros 10 dias de vida. Estavam com vacina em dia 68,5% das crianças de

risco e cerca de um terço delas teve cinco ou mais consultas em unidade básica de saúde no primeiro ano de vida. Com relação à idade na última consulta, a maior parte delas a realizou com nove meses ou mais e, sendo que em aproximadamente 20% dos casos, a alimentação nesta consulta era adequada (Tabela 7).

A situação vacinal das crianças é apresentada na Tabela 8.

Tabela 8 – Vacinação dos recém-nascidos de risco estudados. Botucatu, 2007.

Vacinas	Nº	%
BCG (dose única)		
Sim	230	77,1
Não/Não consta	68	22,9
Total	298	100,0
Hepatite B (três doses)		
Sim	225	75,5
Não/Não consta	73	24,5
Total	298	100,0
Tetraivalente (três doses)		
Sim	227	76,2
Não/Não consta	71	23,8
Total	298	100,0
Poliomielite (três doses)		
Sim	228	76,5
Não/Não consta	70	23,5
Total	298	100,0
Rotavírus (duas doses)		
Sim	219	73,5
Não/Não consta	79	26,5
Total	298	100,0
Tríplice viral (dose única)		
Sim	216	72,5
Não/Não consta	82	27,5
Total	298	100,0

Considerando o registro das vacinas no Sistema Municipal de Informação em Saúde, a cobertura das diferentes vacinas avaliadas variou de 72,5% a 77,1% (Tabela 8).

Dados sobre as crianças que precisaram ser internadas no primeiro ano de vida, por apresentarem problemas clínicos ou cirúrgicos, constam da Tabela 9.

Tabela 9 – Internação dos recém-nascidos de risco estudados. Botucatu, 2007.

Internação	Nº	%
Idade (mês)		
1	9	64,3
2	2	14,3
3	1	7,1
4 ou mais	2	14,3
Total	14	100,0
Local		
UNESP	14	100,0
Total	14	100,0
Causa		
Prematuridade	1	7,1
Pneumonia	10	71,6
Cirurgia hérnia	1	7,1
Infecção renal	1	7,1
Incompatibilidade ABO	1	7,1
Total	14	100,0
Tempo (dias)		
Até 4	9	64,3
5 a 14	3	21,4
15 ou mais	2	14,3
Total	14	100,0

A maior parte das internações ocorreu no primeiro mês de vida, a patologia mais freqüente foi a pneumonia e a internação ocorreu por até quatro dias (Tabela 9).

Dados sobre a realização de visita domiciliar, segundo unidade de referência das crianças, constam das Tabelas 10 e 11.

Tabela 10 – Realização de visita domiciliar para as crianças do Programa, segundo unidade básica de saúde de referência. Botucatu, 2007.

Unidade	Visita				p valor	OR (95%)	IC
	Sim		Não				
	Nº	%	Nº	%			
CMS/PC	112	69,6	56	44,8			
USF	49	30,4	69	55,2			
Total	161	100,0	125	100,0	0,0000	2,82	1,68-4,72

Independentemente da época de realização da visita domiciliar, os recém-nascidos residentes em área de abrangência dos Centros Municipais de Saúde e Policlínicas foram significativamente mais visitados que aqueles residentes em área de abrangência das Unidades de Saúde da Família (Tabela 10).

Tabela 11 – Realização de visita domiciliar para as crianças do Programa até o 10º dia de vida, segundo unidade básica de saúde de referência. Botucatu, 2007.

Unidade	Visita				p valor	OR (95%)	IC
	Sim		Não				
	Nº	%	Nº	%			
CMS/PC	41	65,1	127	57,0			
USF	22	34,9	96	43,0			
Total	63	100,0	223	100,0	0,2471	1,41	0,76-2,63

Quando se considerou a visita domiciliar até o 10º dia de vida, conforme preconizado pelo Programa Crescer Feliz, não houve diferença significativa na realização desta, considerando-se os recém-nascidos moradores na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família e nas Unidades com modelo tradicional de atenção – Centros de Saúde e Policlínicas.

As Tabelas 12 a 14 apresentam análise comparativa entre os recém-nascidos classificados neste estudo como de melhores (n=202) e piores desfechos (n=96).

Tabela 12 – Unidade de referência, tipo de risco e fatores de risco biológico, para os recém-nascidos de melhor e pior desfecho. Botucatu, 2007.

Variável	Melhor Desfecho		Pior Desfecho		Total		p- valor	OR 95% (IC)
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Unidade de referência								
CMS/PC	124	61,4	56	58,3	180	60,4		
USF	78	38,6	40	41,7	118	39,6		
Total	202	100,0	96	100,0	98	100,0	0,6146	1,14 (0,69-1,86)
Fatores de risco								
Biológico	37	18,3	15	15,6	52	17,5		
Social	122	60,4	56	58,4	178	59,7		
Biológico e social	43	21,3	25	26,0	68	22,8		
Total	202	100,0	96	100,0	298	100,0	0,6148	-
IG<37 semanas								
Sim	47	23,4	15	15,8	62	31,0		
Não	154	76,6	80	84,2	234	79,0		
Total	201	100,0	95	100,0	296	100,0	0,1339	1,63 (0,86-3,09)
Peso <2500g								
Sim	64	31,7	30	31,2	94	31,5		
Não	138	68,3	66	68,8	204	68,5		
Total	202	100,0	96	100,0	298	100,0	0,9401	1,02 (0,60-1,72)
Apgar < 7 5º minuto *								
Sim	8	4,0	6	6,6	14	4,9		
Não	189	96,0	85	93,4	274	95,1		
Total	197	100,0	91	100,0	288	100,0	0,5258	0,60 (0,20-1,78)
Interação em UTI/UCI*								
Sim	7	3,5	6	6,2	13	4,4		
Não	195	96,5	90	93,8	285	95,6		
Total	202	100,0	96	100,0	298	100,0	0,4259	0,54 (0,17-1,65)
Malformações*								
Sim	4	2,0	2	2,1	6	2,0		
Não	198	98,0	94	97,1	292	98,0		
Total	202	100,0	96	100,0	298	100,0	1,0000	0,95 (0,17-5,28)

*Correção Yates

Não houve diferença estatisticamente significativa ao se comparar os recém-nascidos de melhor desfecho com aqueles de pior desfecho, considerando a unidade de referência, o tipo de risco e fatores de risco biológico (Tabela 12).

Tabela 13 – Fatores de risco social, para os recém-nascidos de melhor e pior desfecho. Botucatu, 2007.

Variável	Melhor Desfecho		Pior Desfecho		Total		p-valor	OR 95% (IC)
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Parto fora do hospital								
Sim	0	0	2	2,1	2	0,7		
Não	202	100,0	94	97,9	296	99,3		
Total	202	100,0	96	100,0	298	100,0	0,1939	-
Residência em área de risco								
Sim	170	84,2	91	94,8	261	87,6		
Não	32	15,4	5	5,2	37	12,4		
Total	202	100,0	96	100,0	298	100,0	0,0158	0,29 (0,11-0,77)
Idade materna de risco								
Sim	57	28,3	30	31,2	87	29,3		
Não	144	71,7	66	68,8	210	70,7		
Total	201	100,0	96	100,0	297	100,0	0,6085	0,87 (0,51-1,48)
Mãe Analfabeta*								
Sim	3	1,5	2	2,1	5	1,7		
Não	195	98,5	93	97,9	288	98,3		
Total	198	100,0	95	100,0	293	100,0	1,000	0,72 (0,12-4,35)
Mãe sem companheiro								
Sim	84	41,6	36	37,5	120	40,2		
Não	118	58,4	60	62,5	178	59,8		
Total	202	100,0	96	100,0	298	100,0	0,5017	1,19 (0,72-1,95)
Desemprego								
Sim	22	10,9	10	10,4	32			
Não	180	89,1	86	89,6	266			
Total	202	100,0	96	100,0	298		0,9016	1,05 (0,48-2,32)
Dependência química *								
Sim	0	0	2	2,0	2	0,7		
Não	202	100,0	94	98,0	296	99,3		
Total	202	100,0	96	100,0	298	100,0	0,1939	-
Patologia psiquiátrica *								
Sim	2	1,0	0	0	2	0,7		
Não	200	99,0	96	100,0	296	99,3		
Total	202	100,0	96	100,0	298	100,0	0,8266	-
Até 3 consultas Pré-natais								
Sim	26	13,0	11	11,9	37	12,7		
Não	173	87,0	81	88,1	254	87,3		
Total	199	100,0	92	100,0	291	100,0	0,7918	1,11 (0,52-2,35)
Óbito infantil anterior *								
Sim	20	9,9	5	5,2	25	8,3		
Não	182	90,1	91	94,8	273	91,7		
Total	202	100,0	96	100,0	298	100,0	0,2535	2,00 (0,72-5,50)

*Correção Yates

Quando se consideraram os fatores de risco social para os recém-nascidos de melhor e pior desfecho, houve diferença estatisticamente significativa apenas para a variável morador

em área de risco: recém-nascidos com pior desfecho moravam mais freqüentemente em área de risco, quando comparados aos recém-nascidos de melhor desfecho (Tabela 13).

Tabela 14 – Variáveis do processo de atenção, considerando os recém-nascidos de melhor e pior desfecho. Botucatu, 2007.

Variável	Melhor Desfecho		Pior Desfecho		Total		p-valor	OR 95% (IC)
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Realização de visita domiciliar								
Sim	100	51,3	61	65,6	161	55,9		
Não	95	48,7	32	34,4	127	44,1		
Total	195	100,0	93	100,0	288	100,0	0,0222	0,55 (0,33- 0,92)
Idade ao receber visita (dias)								
Até 10 dias	42	42,0	21	34,4	63	39,1		
11 ou mais	58	58,0	40	65,6	98	60,9		
Total	100	100,0	61	100,0	161	100,0	0,3395	1,38 (0,71-2,63)
Situação vacinal								
Em dia	125	61,9	79	85,9	204	69,4		
Faltosa/ Não consta	77	38,1	13	14,1	90	30,6		
Total	202	100,0	92	100,0	294	100,0	0,0004	0,35 (0,19-0,63)
Atendimento em Unidade de Atenção Básica (UBS)								
Sim	97	48,0	88	91,6	185	62,0		
Não	105	51,9	8	8,4	113	38,0		
Total	202	100,0	96	100,0	298	100,0	<0,0001	0,08 (0,04-0,18)
Todos os atendimentos em UBS eventuais								
Sim	7	7,2	46	52,3	53	28,6		
Não	90	92,8	42	47,8	132	71,4		
Total	97	100,0	88	100,0	185	100,0	<0,0001	0,07 (0,03-0,17)
Alimentação na última consulta								
Adequada	35	42,7	26	42,6	61	42,6		
Inadequada	47	57,3	35	57,4	82	57,4		
Total	82	100,0	61	100,0	143	100,0	0,7320	0,89 (0,45-1,75)

Recém-nascidos com pior desfecho receberam significativamente mais visita domiciliar e vacinas, foram significativamente mais atendidos em unidades básicas de saúde e tiveram mais atendimentos exclusivamente eventuais nestas unidades, quando comparados aos recém-nascidos com melhor desfecho (Tabela 14).

O Quadro 2 apresenta dados relativos aos recém-nascidos que faleceram no primeiro ano de vida.

Quadro 2 – Caracterização dos recém-nascidos de risco estudados que faleceram no primeiro ano de vida. Botucatu, 2007.

Dados do Nascimento			Dados do óbito			Unidade de Referência
Local	Idade Gestacional	Peso (g)	Idade (dias)	Classificação*	Investigação	
Unesp	26s 3d	1000	31	Inevitável	Prematuridade extrema Óbito por sepse fúngica.	Policlínica Cecap
Unesp	24s 1d	660	1	Inevitável	Prematuridade extrema Infecção neonatal precoce	CSE
ABHS	Ignorada	3440	9	Evitável	Três consultas no Serviço de Urgência em menos de 12hs Chegou em óbito ao Pronto Socorro Onfalite Sepse	USF Santa Elisa
Unesp	32 sem	1400	1	Evitável	Prematuridade Mal-formação- rins policísticos Sofrimento fetal – SEPSE// infecção neonatal Mãe etilista	Policlínica Cecap
Unesp	24s e 4d	735	1	Inevitável	Mãe em tratamento para infecção genital Prematuridade extrema	USF Jardim Peabiru
Domicílio	Ignorada	3285	29	Evitável	Mãe etilista, não identificou a gestação e teve parto domiciliar Mal-formação Óbito por asfixia Encefalopatia	Policlínica Cecap
Unesp	23s e 3 d	640	9	Inevitável	Prematuridade extrema Gemelaridade	CMS Vila Jardim
Unesp	Ignorada	440	1	Inevitável	Prematuridade Extrema	Policlínica Central

* Classificação realizada pelo Comitê de Investigação de Óbitos Infantis da Secretaria Municipal de Saúde.
Fonte: Relatório do Comitê de Óbito Infantil do Município de Botucatu.

A discussão dos resultados apresentados é realizada a seguir.

Discussão

5. DISCUSSÃO

A incidência de recém-nascidos de risco no município de Botucatu no período estudado foi de 52,9% e com relação à operacionalização do Programa Crescer Feliz nas unidades de atenção básica, observou-se que metade delas atende no modelo tradicional e a outra metade, na Estratégia Saúde da Família.

Atualmente, a priorização política do modelo assistencial e de organização de serviços públicos de saúde, no Brasil, é o PSF. O documento que define as bases desta estratégia destaca que, ao contrário do modelo tradicional centrado na doença, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e comunidade, sadios ou doentes, de forma integral e contínua ⁽⁴⁰⁾.

O PSF tem como proposta o enfoque na família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) no indivíduo. Esse modelo de atenção também procura introduzir uma visão ativa de intervenção em saúde, de forma a não “esperar” a demanda chegar para intervir, mas agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de organização de demanda ⁽⁴¹⁾, o que vem ao encontro da proposta do Programa Crescer Feliz.

Segundo as diretrizes do Programa Crescer Feliz, os recém nascidos de risco devem ser identificados e registrados em livros próprios nas unidades de referência e terem suas fichas arquivadas em seus prontuários, de forma que os profissionais possam reconhecê-los imediatamente quando buscam os serviços de saúde ⁽⁹⁾. Porém, os resultados deste estudo apontam que essa forma de atuação não é uma prática constante no município: algumas unidades não possuem livro de registro dessas crianças e, além disso, na maioria delas não está disponível cópia do Programa, o que pode dificultar que os profissionais conheçam o protocolo de atendimento proposto pelo mesmo.

Assim, a priorização do atendimento médico e de enfermagem aos recém-nascidos de risco, apontada nos depoimentos, deve ser vista com cautela, inclusive pela dificuldade de identificação dessas crianças na rotina diária dos serviços.

A Agenda de Compromissos do Ministério da Saúde também coloca que as crianças de risco devem ser priorizadas para o desenvolvimento de ações de vigilância à saúde, ou seja: captação precoce e busca ativa para a manutenção do calendário de atenção à saúde da criança ⁽¹³⁾.

Outro tema abordado nos depoimentos foram os grupos de gestantes e de recém-nascidos que, de acordo com os relatos, são realizados de forma rotineira em apenas metade das unidades de saúde do município.

Nos serviços de saúde, durante anos, a assistência à gestante tem sido oferecida quase que exclusivamente vinculada à consulta médica individual, a qual nem sempre propicia um acolhimento às ansiedades, às queixas e temores associados culturalmente à gestação, sendo conduzida de modo convencional e intervencionista. Dessa forma, a assistência ao pré-natal e as atividades educativas tornam-se fragmentadas, sem que a realidade da mulher gestante seja tratada na sua individualidade e integralidade ⁽⁴²⁾.

O grupo de gestante é compreendido como ambiente micro e dinâmico, que objetiva a promoção da saúde integral individual-coletiva das gestantes, mediada pelas interações que nele ocorrem. A participação no grupo permite à gestante ser multiplicadora de saúde no seu coletivo, perante as interações geradas. Entre as participantes e os profissionais de saúde é importante que se forme uma teia, visando à promoção da saúde integral das mulheres. A promoção da saúde integral individual-coletiva vem a ser um processo realizado pelos profissionais da saúde junto aos indivíduos, com vistas à transformação das suas limitações em possibilidades de viver saudável, visando ainda promover a conscientização dos sujeitos

para a participação nas decisões que envolvem o seu processo de viver, buscando contemplar questões de cidadania ⁽⁴²⁾.

Os grupos de gestantes devem constituir-se num espaço de compartilhamento de experiências, sentimentos e afetos e socialização de saberes técnico-científico e popular para as suas participantes ⁽⁴²⁾. Nesse sentido, pesquisa desenvolvida em Quebec – Canadá, objetivou descrever e avaliar o processo de emancipação de um grupo de gestantes carentes, de um grupo de mães da mesma comunidade e de profissionais da saúde, por meio de um programa de acompanhamento pré-natal. Os resultados indicam que uma abordagem construtivista favorece a conciliação entre duas visões relativamente antagonistas: os saberes populares e científicos ⁽⁴³⁾.

A participação de médicos e enfermeiros nos grupos de gestantes e nos grupos de recém-nascidos no mês que antecedeu a coleta de dados foi mínima, evidenciando que esta forma de atenção à saúde está sendo pouco utilizada. De acordo com o Programa Crescer Feliz, todos os profissionais devem participar do acolhimento e do atendimento ao recém-nascido de risco ⁽⁹⁾, não sendo explicitadas as estratégias a serem utilizadas.

Equipes que realizam o acompanhamento pré-natal devem estar atentas ao apoio às gestantes, no sentido de favorecer respostas aos seus sentimentos de medo, angústias, fantasias ou, simplesmente, à curiosidade de saber sobre o que acontece com o seu corpo. Essas atividades de comunicação/informação em saúde devem incluir, também, os seus companheiros e familiares ⁽⁴⁴⁾ e o trabalho em grupo é uma boa forma de viabilizar isso.

Como um dos componentes das ações básicas de saúde, a ação educativa deve ser desenvolvida por todos os profissionais que integram a equipe da unidade de saúde e estar inserida em todas as atividades rotineiras. Assim, o profissional deve ser um instrumento para que o usuário adquira autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse e decisão sobre sua saúde e vida ⁽⁴⁵⁾.

Os depoimentos apontam, também, a visita domiciliar como parte das atividades específicas desenvolvidas com as crianças pertencentes ao Programa. A visita domiciliar pode ser compreendida como um espaço privilegiado para o encontro e diálogo de saberes, como o acadêmico e o leigo, tornando-se ponto de partida para o desenvolvimento de um círculo, por meio do qual, novos e necessários saberes vão sendo produzidos, ressignificando a ciência e, também, o senso comum⁽⁴⁶⁾.

A visita domiciliar mostra-se como uma oportunidade para compreender melhor o modo de vida do usuário, conhecer o ambiente e as relações intrafamiliares e abordar questões que vão além da doença física, favorecendo orientações mais voltadas para suas reais necessidades de saúde, de modo a buscar singularidades na forma de se cuidar⁽⁴⁷⁾.

Em estudo sobre assistência domiciliar realizado em 2001, verificou-se que esta não modifica apenas a maneira de trabalhar, somando mais uma tarefa aos serviços de saúde tão saturados, mas tem potencialidades para sensibilizar o modo de agir e pensar dos profissionais. A prática de prestar assistência nos domicílios, nos lares e nos locais de vivência, favorece uma aproximação da realidade que é complexa e dinâmica, possibilitando, portanto, uma reflexão e revisão da própria atitude dos profissionais na busca de transformações do cuidado⁽⁴⁸⁾.

Pesquisa realizada na rede básica de saúde de Ribeirão Preto-SP, em 2006, buscou compreender as concepções da equipe de Saúde da Família sobre as visitas domiciliares. Os resultados mostraram que as visitas são atividades potenciais para o cuidado à família, de forma mais humana e acolhedora, permitindo o vínculo, laços de confiança, além de conhecer o usuário no seu ambiente familiar. Foi observado que as visitas ora são compreendidas como acompanhamento da saúde, ora como fiscalização e, entre as dificuldades apontadas, estavam o pouco tempo disponível e a impotência da equipe frente aos problemas encontrados⁽⁴⁷⁾.

O presente estudo identificou que essa atividade não é prática rotineira no município, pois foram poucos os profissionais que realizaram visitas domiciliares aos recém-nascidos do

Programa no mês que antecedeu a coleta de dados. No Brasil, a atenção domiciliar desponta como um novo espaço de trabalho para os profissionais de saúde, tanto no âmbito público como no privado. Contudo, ela ainda não está completamente inserida nos sistemas de atendimento à saúde e na formação e/ou capacitação dos profissionais ⁽⁴⁹⁾.

De acordo com os profissionais das unidades de atenção básica participantes do estudo, em geral, os recursos físicos e materiais relacionados ao Programa Crescer Feliz nas unidades estão presentes e de forma adequada. As salas de acolhimento e os consultórios pediátricos foram apontados como adequados.

Quanto às salas de acolhimento e sua adequação, um conceito a ser trazido é da *Ambiência na Saúde*, o qual se refere ao tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais e que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Ao adotar o conceito de *Ambiência* para a arquitetura nos serviços de Saúde, atinge-se um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS. Vai-se além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as *situações em que são construídas*, em determinado espaço e tempo e vivenciadas por um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais.

Este conceito segue três eixos integrados: o espaço que visa à confortabilidade, focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas, como cor, cheiro, som, iluminação, morfologia e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários; a produção de subjetividades ou encontro de sujeitos, por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho e o espaço como ferramenta que favorece a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

O Acolhimento pressupõe a criação de **espaços de encontros entre os sujeitos**. Espaços de escuta e de recepção que proporcionem a interação entre usuários e trabalhadores, entre trabalhadores e trabalhadores e entre os próprios usuários, que sejam acolhedores também no sentido de conforto, produzido pela introdução de vegetação, iluminação e

ventilação naturais, cores e artes. Refere-se também à utilização de mobiliários confortáveis e suficientes, que, além de promover interação entre os usuários, permita o atendimento do paciente sentado e garanta a privacidade ao usuário que chega ali para falar do seu problema, sem que os demais o ouçam⁽⁵⁰⁾.

Um exemplo a ser citado no que refere à sala de acolhimento, é o projeto desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Chapecó-SC, chamado de Acolher Chapecó e que teve como objetivo organizar a assistência de modo a acolher a todos os que procuravam a unidade, por meio de um fluxo voltado à equipe multiprofissional e, ao mesmo tempo, fortalecer o vínculo do usuário com a equipe. Sendo assim, introduziu as salas de acolhimento, espaços privilegiados de preservação da escuta individualizada e qualificada. A idéia é que todos os usuários que procurem o serviço de saúde sejam atendidos, quebrando uma prática de atender apenas um número pré-estipulado de consultas. Nas salas de acolhimento, os usuários não são atendidos necessariamente por um médico, outros profissionais da saúde foram reposicionados dentro do processo de trabalho para a “escuta solidária” e, para identificar, dentro da equipe de saúde, quais os recursos necessários para atender a necessidade apresentada pelo usuário. A comunidade, por sua vez, está sendo envolvida em um processo pedagógico de relacionamento com profissionais “cuidadores em saúde”, para que, ao longo do tempo, deixe de concentrar apenas no médico a sua expectativa de atendimento⁽⁵¹⁾.

Pelo exposto com relação ao conceito ampliado de acolhimento e ambiência em saúde, pode-se apontar a baixa expectativa dos médicos e enfermeiros participantes do estudo com relação ao seu ambiente de trabalho, já que as questões citadas não estão nem minimamente presentes no município.

Ainda, com relação à adequação das salas, apenas em uma unidade foi apontada a inadequação da sala de vacinas. A Fundação Nacional de Saúde⁽⁵²⁾, em seu manual de procedimentos em vacinação, traz a organização e funcionamento da sala de vacina, segundo

as exigências das vigilâncias sanitárias e epidemiológicas. A sala de vacinação é considerada um local destinado à administração de imunobiológicos e, para isso, as instalações devem levar em conta um mínimo de condições: paredes e piso devem ser laváveis, conter pia com torneira, interruptor exclusivo para cada equipamento elétrico, arejamento e iluminação adequados, evitando luz solar direta e, se possível, entrada e saída independentes. Deve ser exclusiva para administração de imunobiológicos, conter câmara de conservação de vacinas de uso exclusivo e ser mantida em condições de higiene e limpeza⁽⁵²⁾.

No que refere ao atendimento básico de emergência, todas as unidades dispõem de ambu e drogas de emergência, porém em três delas não havia aspirador endotraqueal. De acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde (2006), todas as unidades de saúde devem ter um espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento/estabilização de urgências, até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário. A definição deste espaço é fundamental, pois embora evento raro, a urgência pode ocorrer, sendo obrigatório que a equipe saiba em que ambiente da unidade se encontram os equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao pronto atendimento⁽⁵³⁾.

Investigou-se também a disponibilidade de materiais como régua toesa, fita métrica e termômetro, além de medicamentos como antitérmicos, antiinflamatórios, antibióticos, antialérgicos e vitaminas preconizadas para uso infantil e estavam disponíveis em todas as unidades.

No Brasil, a Política Nacional de Medicamentos baseia-se nos mesmos princípios que orientam o SUS e constitui estratégia essencial para consolidá-lo, uma vez que contribui para viabilizar um dos componentes fundamentais da assistência à saúde: a cobertura farmacológica, importante instrumento para aumento da resolubilidade do atendimento ao paciente⁽⁵⁴⁾.

A classificação de área de risco, atualmente adotada pelo Programa Crescer Feliz foi definida em 1995, tomando por base estudo sobre mortalidade perinatal no município de Botucatu⁽⁵⁵⁾. Neste estudo, foram identificados os coeficientes de natimortalidade, mortalidade neonatal precoce e mortalidade perinatal, segundo local de residência das crianças e área programática das unidades básicas de saúde. Foram consideradas áreas de risco aquelas que apresentaram os maiores coeficientes. Contudo, o próprio autor aponta os limites dessa classificação, ao ponderar que **existem duas ou diversas cidades dentro da mesma cidade**, ou seja, podendo-se homogeneizar situações distintas, pelo simples fato de famílias residirem numa mesma região geográfica. Os resultados deste estudo, de acordo com essa classificação, apontaram que 87,6% dos recém-nascidos de risco são moradores dessas áreas de risco estabelecidas.

Para o Programa, residir em área considerada de risco corresponde a um dos eixos do risco social. Complementam, ainda, este eixo: idade da mãe inferior a 18 anos ou superior a 35anos; mãe analfabeta/semianalfabeta (primeira série incompleta); parto fora do ambiente hospitalar; número de filhos vivos igual ou superior a três; número de filhos mortos igual ou superior a dois (ou um se evitável por vigilância ao RN); chefe da família sem emprego ou mãe como “chefe” da família; mãe sem companheiro/apoio, sem seguimento pré-natal (número de consultas igual ou inferior a três) e pais usuários de drogas, lícitas ou não.

O Programa considera, ainda, como risco biológico, o peso de nascimento igual ou inferior a 2.500g, idade gestacional ao nascimento inferior a 37 semanas, patologia com internação, malformação congênita, índice de Apgar no quinto minuto inferior a sete e filho de mãe com sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Este estudo mostrou que 59,7% dos recém-nascidos inscritos no Programa apresentavam risco social, 17,5% risco biológico e 22,8% ambos os riscos.

Estes critérios para classificação do recém-nascido de risco estão muito próximos aos expressos na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da

Mortalidade Infantil (2004). A exceção está apenas na inclusão de crianças que receberam orientações especiais à alta da maternidade/unidade de cuidados do recém-nascido e a classificação da baixa escolaridade materna para menos de oito anos de aprovação escolar. Além disso, as malformações apenas no Programa são apontadas como fator de risco.

A identificação de recém-nascidos que apresentam maior vulnerabilidade individual ou social pode auxiliar os serviços de saúde a desenvolverem ações estratégicas específicas, no sentido de minimizar os danos, com o adequado cuidado à saúde.

O Ministério da Saúde, em seu documento sobre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (2002), reconhece que a identificação de fatores de risco, como: baixo peso ao nascer, baixa escolaridade materna, idades maternas extremas, gemelaridade, intervalo intergestacional inferior a dois anos, criança indesejada, desmame precoce, mortalidade em crianças menores de cinco anos na família, condições inadequadas de moradia, baixa renda e desestruturação familiar, exige acompanhamento especial, pois são condições que aumentam a probabilidade da existência de doença perinatal e infantil. Nesse sentido, quando a caracterização do risco e o diagnóstico precoce são subestimados, a condição de saúde da criança pode deteriorar-se e até levar à morte, se não forem tomadas medidas adequadas⁽⁵⁶⁾.

O acompanhamento do recém-nascido de risco representa uma das linhas de cuidado que deve ser priorizada nas ações de saúde dirigidas à atenção à criança⁽⁵⁷⁾. Neste sentido, ações de vigilância à saúde, relacionadas à captação precoce e busca ativa para a manutenção do calendário preconizado, segundo proposta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e protocolos específicos para patologias, além da viabilização de retornos mais frequentes e outros cuidados de que a criança necessite, incluindo ações intersetoriais, devem estar garantidas⁽⁵⁷⁾.

Os recém-nascidos de risco são crianças que, além do cuidado ofertado pelas equipes de saúde, geralmente demandam atenção especializada e atendimento multiprofissional,

como, neurologia, oftalmologia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, dentre outros. Essa assistência deve ser desenhada de forma a compor a rede integral de saúde da criança, isto é, de maneira regionalizada, permitindo o acesso, provendo a continuidade do cuidado, desenvolvendo ações de vigilância à saúde e promovendo a qualidade de vida para esses bebês⁽⁵⁷⁾.

Quanto ao local e tipo de parto, dos recém-nascidos de risco que fizeram parte do estudo, a maioria nasceu na ABHS, maternidade secundária do município e por meio de parto vaginal normal.

Ao longo do século XX, os avanços da medicina transformaram a cesariana numa alternativa segura ao parto vaginal, quando há algum risco para a mulher e para o recém-nascido. Porém, desde a década de 70, as indicações de cesariana vêm crescendo indiscriminadamente, passando a ser utilizada de forma abusiva em vários países, inclusive no Brasil, onde este problema atingiu grandes proporções, apesar das evidências científicas sobre os riscos atribuídos a esta conduta⁽⁵⁸⁾.

Já no início dos anos 90, o Brasil se mostrava como um dos líderes mundiais em cesarianas⁽⁵⁹⁾. Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde apontaram taxa de 39,7% para 1997, sendo que esse número excluía hospitais privados e de convênio, que tradicionalmente apresentam taxas mais altas⁽⁶⁰⁾. O valor obtido neste estudo: 37,3%, está bastante distante das recomendações da Organização Mundial da Saúde: taxa máxima de 15%⁽⁶¹⁾.

As repercussões disso são bastante sérias, já que as cesáreas acarretam quatro vezes mais risco de infecção puerperal, três vezes mais risco de mortalidade e morbidade materna, aumento dos riscos de prematuridade e mortalidade neonatal, recuperação mais difícil da mãe, maior período de separação entre mãe/bebê, com retardo do início da amamentação e elevação de gastos para o sistema de saúde⁽⁶⁰⁾.

A participação do médico como promotor de uma cultura intervencionista foi destacada em estudo nacional, realizado com puérperas de clínica privada e pública. Segundo esse estudo, três entre quatro primíparas do setor privado e oito entre 10 do setor público que tiveram cesarianas, gostariam de ter tido partos vaginais. Foi observado que o obstetra, de certa forma, promove os medos da parturiente associados ao parto e superestima a segurança da cesariana, em função dos seus interesses⁽⁶²⁾.

No modelo intervencionista de assistência obstétrica, a mulher torna-se o objeto da ação, perdendo o controle e a decisão sobre o próprio processo do parto e nascimento⁽⁶³⁾. A autonomia da mulher no momento do parto está vinculada à sua inclusão na decisão sobre a via de parto; isso ocorre na medida em que ela é informada a respeito das evidências científicas disponíveis para indicação da melhor conduta na situação determinada⁽⁶⁴⁾. Nesse sentido, o diálogo entre o profissional de saúde e parturiente é a base do que se denomina “aliança terapêutica”, considerada como uma troca ou negociação para garantir maiores benefícios na assistência, que depende de relações simétricas e não coercitivas entre as partes⁽⁶⁵⁾.

Assim, é importante encontrar formas que possibilitem à mulher um maior controle sobre o próprio parto, com direito à opção fundamentada na escolha informada. Isso deve incluir o direito ao suporte emocional, tendo um acompanhante de sua escolha no parto, com quem queira compartilhar essa experiência^(64, 66).

Entre as estratégias do Ministério da Saúde para reverter esse quadro negativo relativo ao uso abusivo da operação cesariana, destaca-se a definição, no ano de 2002, de um teto para a taxa desses partos, inclusive com vistas ao credenciamento de hospitais “Amigos da Criança”. Estes hospitais recebem um acréscimo em cada procedimento realizado e o título, reavaliado anualmente, representa o reconhecimento da qualidade do serviço prestado⁽⁵⁶⁾.

Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) também incentiva os hospitais e maternidades à realização do parto normal, frente às diversas vantagens para mãe, recém-nascido e serviços⁽⁶⁷⁾.

Do total de crianças estudadas, menos de 1% delas nasceu fora do ambiente hospitalar, o que está em consonância com a situação brasileira. Segundo dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, no ano de 2000 nasceram mais de três milhões de crianças no país e, destas, apenas 3,3% delas nasceram fora dos hospitais, sendo 2,0% em via pública, a caminho de um serviço de saúde, e 1,3% em domicílios. Nas regiões Norte e Nordeste, as mais carentes, estes últimos percentuais sobem para 4,5% e 3,0%, respectivamente⁽⁵⁶⁾.

Os resultados deste estudo, referentes à duração da gestação, mostraram que 21,6% das crianças do Programa nasceram com menos de 37 semanas de gestação, sendo, portanto, classificados como prematuros.

O risco de morbimortalidade do recém-nascido mostra-se tanto maior quanto menor sua idade gestacional, havendo riscos na adaptação à vida extra-uterina devido à imaturidade dos órgãos e sistemas⁽⁶⁸⁾. A prematuridade constitui importante causa de mortalidade perinatal, contudo, situações que desencadeiam este problema podem ser reconhecidas durante a gestação, o que reforça a importância do investimento do serviço de saúde para garantir o acesso ao pré-natal, estimular sua procura pelas gestantes e assegurar sua qualidade⁽⁶⁹⁾. No Brasil, a prematuridade é responsável por cerca de 70% da taxa de mortalidade perinatal⁽⁷⁰⁾.

É importante destacar que no Brasil grande parte dos recém-nascidos pré-termo são provenientes de famílias constituídas apenas por mães e filhos, que apresentam problemas sociais e de saúde como: uso de drogas e álcool, desnutrição, violência doméstica, doenças sexualmente transmissíveis e carências em relação aos cuidados à saúde⁽⁶⁸⁾, com extrema vulnerabilidade social.

Neste sentido, o conceito de vulnerabilidade social traz a idéia da maior exposição e sensibilidade de indivíduos ou grupos aos problemas enfrentados na sociedade e reflete uma maneira de olhar e de entender seus comportamentos e dificuldades de acesso a serviços sociais como saúde, escola e justiça⁽⁷¹⁾.

Outro importante indicador que retrata o que ocorre durante a fase fetal é o peso de nascimento da criança. O baixo peso pode decorrer tanto da prematuridade, quanto do déficit de crescimento intra-uterino⁽⁵⁶⁾. Nesta investigação, aproximadamente um terço das crianças pesaram menos de 2.500 g ao nascer.

Vários fatores podem influir negativamente no crescimento intra-uterino, sendo que, no nosso meio, os mais importantes são o fumo, o álcool e outras drogas, a hipertensão arterial, as doenças infecciosas crônicas, as doenças sexualmente transmissíveis, o estado nutricional da gestante, o curto intervalo interpartal (menor do que dois anos), a elevada paridade, a idade materna (inferior a 19 anos e superior a 35 anos), a gestação múltipla e as anomalias congênitas. Muitos desses fatores têm causas socioeconômicas e podem ser prevenidos com uma boa cobertura por parte dos serviços de saúde e com o adequado controle pré-natal⁽⁵⁶⁾.

O baixo peso ao nascer contribui de forma muito importante para a morbimortalidade infantil, especialmente em seu componente neonatal. Embora a mortalidade ocorra por mecanismos ainda não totalmente conhecidos, a morbidade se refere a problemas de retardo do desenvolvimento, risco aumentado de paralisia cerebral, convulsões e, mais recentemente, alguns estudos têm mostrado testes de avaliação de inteligência comprometidos em recém-nascidos de baixo peso, quando comparados às crianças de peso normal. O aleitamento materno, neste grupo de crianças, também pode ficar comprometido⁽⁷²⁾.

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, em 63% dos óbitos ocorridos em crianças menores de sete dias, no ano de 1997, havia registro do peso no atestado de óbito e destes, 71% tinham peso inferior a 2.500g. Nos óbitos

de crianças menores de um ano, nesse mesmo ano, o peso foi declarado em 47,2% óbitos, sendo que em 63% deles havia baixo peso⁽⁵⁶⁾.

Toda criança com história de baixo peso ao nascer deve ser considerada como criança de risco nutricional e acompanhada com maior assiduidade pelos serviços de saúde, principalmente no primeiro ano de vida⁽⁵⁶⁾.

Uma outra estratégia de cuidado ao recém-nato de baixo peso pode ser encontrada no Método Mãe-Canguru. Trata-se de uma modalidade de assistência neonatal que propicia a formação do vínculo mãe-filho, a participação ativa da mãe no cuidado do filho de baixo peso e uma alta mais precoce do hospital. O recém-nato de baixo peso fica em contato pele-a-pele precoce e constante com sua mãe, em posição verticalizada, sendo aquecido e amamentado por ela de modo mais confortável e freqüente. Esta proposta de assistência é preconizada pelo **PRMI** e se inicia na unidade neonatal (etapa um), se estabelece na enfermaria canguru (etapa dois) e é finalizada na fase de acompanhamento ambulatorial após a alta (etapa três). No Brasil, há 260 maternidades de atenção à gestação de alto risco capacitadas no Método Mãe-Canguru⁽⁷³⁾.

No que refere ao Apgar, outro indicador de risco biológico, a asfixia grave – representada pelo índice inferior a sete no quinto minuto após o nascimento – oferece parâmetro em relação ao prognóstico do recém nascido, pois permite avaliar a resposta do recém-nascido às manobras de reanimação neonatal, quando necessárias. Entre os recém-nascidos que fizeram parte do estudo, 7,8% apresentaram índice de Apgar no quinto minuto inferior a sete⁽⁷⁴⁾.

Estudo desenvolvido em maternidade de nível terciário do Rio de Janeiro, objetivou identificar fatores de risco para índice de Apgar baixo. Os resultados mostraram associações deste com antecedentes de natimorto (OR=52,6); ameaça de parto prematuro, caracterizada pela existência de contrações uterinas não típicas de trabalho de parto (OR=33,8); baixo peso do recém-nascido (OR=11,2) e antecedente de cesariana (OR=7,4). A identificação de recém-

nascidos com risco de asfixia possibilita seu encaminhamento dentro do sistema de saúde, bem como o planejamento da assistência em unidades terciárias⁽⁷⁵⁾.

Um outro elemento considerado como risco biológico pelo Programa são as malformações congênitas. A incidência entre as crianças estudadas foi de 2%, ocorrendo aberrações cromossômicas, polidactilia bilateral e malformação cardíaca. A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança não apresenta explicitamente como fator de risco ao nascer a ocorrência de malformação congênita⁽⁵⁷⁾. Porém, no Brasil, este fator é importante. Dados do Ministério da Saúde apontam que, entre os óbitos ocorridos no primeiro ano de vida em 1999, 11% estavam relacionados às malformações congênitas, 12% ao agrupamento das causas mal-definidas e 53% às afecções originadas no período perinatal⁽⁵⁶⁾.

A incidência de malformações congênitas foi investigada em estudo longitudinal com 3.731 recém-nascidos assistidos em uma maternidade-escola de Recife-PE. Os resultados mostraram freqüência de malformações próxima à deste estudo: 2,8%. Diferente deste, porém, entre as malformações, as mais freqüentes foram as do sistema nervoso central (principalmente hidrocefalia e meningomielocoele) e as do sistema osteomuscular. A freqüência de prematuridade e baixo peso foi maior entre os casos de malformações e o coeficiente de mortalidade neonatal precoce neste grupo foi de 32,7% e tardia de 10,6%. Embora classicamente se apontem dificuldades na redução dessas mortes, deve-se ressaltar que parte delas é prevenível, sobretudo as do sistema nervoso central. Uma medida preventiva simples, efetiva e de baixo custo consiste, por exemplo, na suplementação de ácido fólico, que reduz significativamente a incidência dos defeitos abertos do tubo neural. Nesse sentido, o rastreamento pré-natal possibilita a detecção de diversas malformações, permitindo o encaminhamento das gestantes para centros terciários, para acompanhamento por equipe multidisciplinar e planejamento do parto⁽⁷⁶⁾.

No que refere às doenças ou intercorrências ao nascer, houve 13 casos com justificativa de internação em UTI/UCI, sendo a causa mais freqüente a prematuridade, correspondendo a 53,8% das internações.

Os pais dos recém-nascidos pré-termos também devem ser considerados população de risco, por apresentarem dificuldades para cuidar dos filhos e necessitarem de apoio durante a internação e após a alta hospitalar ⁽⁶⁸⁾. O choque pela hospitalização de um bebê prematuro pode ser compreendido no seu confronto com o ambiente estressante e confuso de uma UTI e diante da sensação de impotência para assumirem os cuidados com o filho que apresenta risco de vida ⁽⁷⁷⁾.

Pesquisas mostram que o comportamento de apego entre mãe e filho se desenvolve desde a vida intra-uterina e que é fundamental o contato entre eles nos momentos iniciais da vida pós-natal. Quando o estabelecimento do vínculo e apego se mostra prejudicado pela falta de oportunidades de interação, pode haver desordens no relacionamento futuro de ambos ⁽⁶⁸⁾.

Assim, os pais e a família de um recém-nascido prematuro de alto risco, merecem atenção especial dos profissionais que atuam nessa área, particularmente da equipe de enfermagem, que tem maior oportunidade de contato com os pais e família ⁽⁶⁸⁾.

Quando se considera recém-nascidos de risco, a idade da mãe representa um fator de vulnerabilidade e, neste estudo, corresponde a um risco social. A Agenda Compromissos para a Saúde Integral da Criança considera como fator de risco ao nascer, a criança filha de mães com idade inferior a 18 anos ⁽⁷⁸⁾.

A gestação na adolescência é fenômeno em ascensão em nosso meio. Porém, as complicações perinatais dela decorrentes, como o nascimento pré-termo e o baixo peso ao nascer, dependem não somente da idade da gestante (risco biológico), mas principalmente das condições de risco social ⁽⁷⁰⁾ e tem sido alvo de preocupação de técnicos e governantes, não só em países pobres, mas também nos desenvolvidos.

Nos Estados Unidos, o problema da gravidez precoce tomou tamanha proporção, que em 1996, foi considerada epidêmica. No Brasil, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde mostra o crescimento da fecundidade entre mulheres de 15 a 19 anos, em confronto à queda significativa no grupo entre 20 e 24 anos. Essa tendência se acentuou nas décadas de 80 e 90. Diferenciais nas taxas de fecundidade em adolescentes são encontrados por áreas geográficas e pelos diversos grupos sociais, afetando mais regiões rurais e mulheres de baixa condição econômica e menor nível de instrução^(79, 73).

Em 1999, no Brasil, foram informados 754 mil partos em adolescentes de 10 a 19 anos de idade (23% do total), proporção mais elevada que a observada em 1996 (22%). Destaca-se que 0,8% deste total eram adolescentes com idade entre 10 e 14 anos e que neste grupo a prevalência de baixo peso ao nascer (13%) foi maior que a observada em adolescentes mais velhas (9%). Os dados relativos aos nascidos vivos mostram, ainda, que as adolescentes deixam de se beneficiar do atendimento pré-natal mais frequentemente que as demais mulheres grávidas⁽⁷³⁾.

Estudo realizado no Rio de Janeiro verificou que a experiência da gravidez na adolescência agrava as condições desfavoráveis de vida, levando a sua repetição, a maior número de abortamentos ao consumo de cigarros e de drogas ilícitas na gestação⁽⁷⁹⁾. Além disso, segundo a Academia Americana de Pediatria, os filhos de mães adolescentes têm maior risco de se tornarem pais na adolescência, apresentarem atraso de desenvolvimento, dificuldades escolares, perturbações comportamentais e dependência química⁽⁸⁰⁾.

Para as mães adolescentes, é importante uma vigilância especial no seguimento de saúde, através de atendimentos nas unidades e parcerias com escolas, entidades não-governamentais e grupos da comunidade, de tal forma que, por meio de educação em saúde, apoio às necessidades próprias da idade e profissionalização, seja possível contribuir para um futuro melhor, podendo ser a gravidez uma decisão posterior e consciente⁽⁶⁹⁾.

No que diz respeito aos anos de aprovação escolar, destaca-se que a escolaridade dos pais, principalmente da mãe, influencia o estado de saúde do recém-nascido, pois em geral é ela que responde pelo cuidado deste. Pesquisa sobre demografia e saúde, realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela OMS, demonstrou que no Brasil, a taxa de mortalidade infantil das crianças cujas mães são analfabetas corresponde a 115 por 1.000 nascidos vivos, em contraposição à taxa de 91 mortes por 1.000 nascidos vivos entre os filhos de mulheres que possuem nível primário de educação e de 25 mortes por 1.000 nascidos vivos entre as mães com nível secundário ou superior⁽⁸¹⁾. Considerando a situação brasileira, pode-se afirmar que o nível de escolaridade das mães estudadas era bom, visto que aproximadamente dois terços delas tinha oito ou mais anos de aprovação escolar. Estudos têm mostrado, também, a relação entre desvantagens nutricionais e dificuldade de seguir o calendário vacinal, para os filhos de mães com pouca instrução⁽⁶⁹⁾.

Quanto à história de óbito na infantil anterior, houve 25 casos, correspondente a 8,4% do total da amostra. No Programa Crescer Feliz, esta situação está representada como risco social, talvez por poder representar um evento sentinela, ou seja, a mortalidade infantil como ocorrência “evitável” por serviços de saúde eficazes⁽⁸²⁾.

Destaca-se que no Brasil é difícil estabelecer com precisão as taxas e a evolução da mortalidade infantil para todo país, já que o índice de sub-registro de óbitos é expressivo e o número de registros atrasados de nascimentos também, comprometendo a qualidade das estimativas⁽⁸³⁾.

Com relação às variáveis sócio-demográficas, verificou-se que 40,6% das mulheres estudadas não têm apoio do pai da criança. No Brasil, as mulheres têm contribuído cada vez mais para a formação do orçamento familiar, quando não assumem a própria economia da família. Assim, as situações de vulnerabilidade referentes à baixa remuneração da mulher no mercado de trabalho e a impossibilidade de dividir o sustento familiar com um companheiro podem comprometer a qualidade de vida da mãe, da criança e de outros familiares⁽⁶⁹⁾.

Quanto à dependência química, houve relato de dois casos entre os pais que fizeram parte deste estudo. Revisão sistemática da literatura mostrou que o consumo excessivo de álcool tem sido associado ao maior risco de aborto espontâneo, diminuição do crescimento fetal e transtornos neurológicos. Por outro lado, faltam provas definitivas de que o consumo leve ou ocasional produza efeitos adversos sobre o crescimento fetal e o desenvolvimento infantil⁽⁸⁴⁾.

A drogadição em gestantes tem sido associada a efeitos prejudiciais materno-fetais: geralmente o controle pré e pós-natal se mostra deficiente, podendo acarretar abortamento espontâneo, hemorragia anterior ao parto, desprendimento da placenta, baixo peso ao nascer e morte neonatal. Já as crianças estão mais expostas à síndrome da morte súbita e a *déficit* de desenvolvimento, seja pelo efeito direto do consumo de drogas e álcool seja como resultado de fatores ambientais e estilo de vida associado ao seu uso⁽⁸⁴⁾, o que evidencia a relevância de uma atenção mais flexível, a partir de equipes multidisciplinares a este grupo.

No que refere a problemas psiquiátricos, houve relato de dois casos entre as mães estudadas. Estudo desenvolvido em centro obstétrico de hospital público de São Paulo objetivou determinar a prevalência de transtornos psiquiátricos e de uso de cocaína e maconha no terceiro trimestre de gestação em adolescentes de baixa renda, além de descrever suas características sociodemográficas. Foram avaliadas mil adolescentes grávidas por meio do *Composite International Diagnostic Interview* e de um questionário sociodemográfico e socioeconômico. Os resultados evidenciaram as situações de vulnerabilidade social a que essas jovens estão expostas, incluindo desestruturação familiar, evasão escolar, desemprego e baixa capacitação profissional, que contribuem para a manutenção da situação socioeconômica desfavorável. A prevalência de distúrbios psiquiátricos, neste caso, foi de 27,6%⁽⁸⁵⁾.

Independentemente do número de consultas realizadas, a cobertura pré-natal no Brasil é de aproximadamente 93%, sem grandes variações regionais. Porém, o PHPN preconiza no

mínimo seis consultas – preferencialmente uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação^(86, 78). De acordo com este Programa, para que a gravidez transcorra com segurança são necessários cuidados com a gestante e a atenção básica deve incluir a prevenção, a promoção à saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e após o parto. Para isso, a mulher deve iniciar o pré-natal ainda no primeiro trimestre da gravidez, fazendo consultas médicas ou de enfermagem mensalmente até 28 semanas, quinzenalmente até 36 semanas e semanalmente até o final da gestação⁽⁸⁶⁾.

No Brasil, em 1999, observou-se que 5,3% das gestantes do país não tiveram, à ocasião, acompanhamento pré-natal, evidenciando nítidos contrastes regionais. Enquanto nas regiões Sudeste e Sul menos de 3% das mães não tiveram atendimento pré-natal, nas regiões Norte e Nordeste este percentual atingiu mais de 9%⁽⁷³⁾. No presente estudo, 12,4% das mulheres tiveram até três consultas pré-natais.

A adequada atenção pré-natal tem sido identificada como um dos fatores mais estreitamente associados a um bom desfecho gestacional. Estudos no Brasil têm mostrado que esta se relaciona de forma consistente com menores índices de baixo peso ao nascer e prematuridade e estes, por seu turno, com menores coeficientes de mortalidade infantil⁽⁷³⁾. Nesse sentido, as Unidades de Saúde devem investir na melhoria do pré-natal, garantindo acesso das mulheres ao seguimento adequado⁽⁶⁹⁾.

No processo de assistência do Programa Crescer Feliz, foi observado que 54% dos recém-nascidos de risco receberam a visita domiciliar, contudo, apenas 21,1% dessas foram realizadas no prazo preconizado pelo Programa, isto é, até o décimo dia de vida.

Alguns estudos mostram que a realização de visita domiciliar precoce ao recém-nascido produz uma diminuição da mortalidade^(87, 88). Porém, outros resultados da visita domiciliar merecem ser considerados, como o fortalecimento do vínculo entre o serviço de saúde e as famílias, no sentido de facilitar ações de promoção da saúde no nível familiar⁽⁸⁷⁾.

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) de Porto Alegre-RS implantou em suas unidades de saúde o Programa Criança visando ao acompanhamento de todas as crianças de zero a um ano e das crianças de risco de um a cinco anos. Avaliação do Programa realizada em 1995, mostrou que 65% delas haviam recebido visita domiciliar naquele ano, sendo que a maioria (82%), nos primeiros 15 dias de vida⁽⁸⁷⁾.

Quanto aos atendimentos dos recém-nascidos do Programa Crescer Feliz na unidade de atenção básica, 62% deles tiveram uma ou mais consulta, 55% um ou mais atendimentos eventuais e 17,8% somente atendimentos eventuais.

Toda criança deve ter um seguimento dentro do serviço de saúde. Assim, tradicionalmente, Puericultura pode ser compreendida como o conjunto de meios que visam assegurar o perfeito desenvolvimento físico, mental e moral da criança. Ela se ocupa, sobretudo da infância normal, com ênfase no crescimento e desenvolvimento, promoção da saúde e prevenção de agravos, considerando a criança como uma individualidade biopsicossocial e relacionando-a ao meio ambiente físico (biótico e abiótico) e psicossocial que a cerca. Assim, ser puericultor é possuir introspectivamente conhecimentos, habilidades e valores incorporados a partir de vivências que superam, de muito, o possível de ser apreendido na universidade⁽⁴⁾.

Com o advento da enfermagem voltada para a assistência direta ao paciente, a partir da priorização da consulta de enfermagem, a puericultura passou a e constituir em um rico meio de atuação e afirmação profissional, principalmente para o enfermeiro que atua na unidade de atenção básica em saúde.

O município de Botucatu tem proposta administrativa e programática de incentivo ao desenvolvimento da puericultura, visando ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, principalmente no primeiro ano de vida, pois é onde podem ocorrer agravos evitáveis, por meio da intervenção da equipe de saúde⁽⁸⁹⁾.

A equipe de saúde, na atenção básica, tem a função de orientar os pais a afastar a criança de situações que possam influenciar de forma inadequada sua saúde, prejudicando o seu desenvolvimento e permitindo-lhe, assim, passar pela infância, puberdade e adolescência e chegar à fase adulta com saúde. Para que isto ocorra, deve haver o acompanhamento rotineiro da criança e não apenas em momentos de doença ⁽⁸⁹⁾.

Diante da realidade do serviço, a equipe que coordena a área infantil do município de Botucatu, sugere um novo cronograma para crianças menores de um ano, no Programa de Saúde da Criança: com 15 dias de vida, Consulta de Enfermagem, especialmente para orientações e esclarecimento de dúvidas; com um mês, consulta médica, para avaliação de problemas evidenciados ao nascimento; no segundo mês, consulta de enfermagem ou grupo, para acompanhamento do desenvolvimento e crescimento; do quarto ao sexto mês, consulta médica, para abordagem de risco de agravos nutricionais, especialmente pela alta prevalência de desmame em mães que retornam ao serviço e/ou pela idade de introdução de novos alimentos, além de avaliação de marcos do desenvolvimento; com nove meses, consulta de enfermagem, novamente para orientações e esclarecimento de dúvidas e com 12 meses, consulta médica para avaliar o risco de agravos nutricionais e marcos do desenvolvimento neuropsicomotor.

Os períodos definidos orientam marcos de desenvolvimento, introdução de novos alimentos ou momentos importantes para avaliação de alguns riscos, além do seguimento e controle da vacinação, em momentos adequados, segundo Programa Nacional de Imunização (PNI).

A equidade pressupõe atendimento diferenciado, de acordo com as necessidades de cada criança. Dessa forma, devem ser priorizados grupos que apresentam condições ou que estejam em situações consideradas de risco ⁽⁹⁰⁾. Sendo assim, para os recém-nascidos de risco, a proposta de calendário se diferencia: até o 10º dia de vida visita domiciliar; até o 15º dia de vida consulta de enfermagem na unidade de saúde; primeiros seis meses de vida, consulta de

enfermagem ou médica mensalmente e até um ano consulta médica ou de enfermagem bimestralmente. Se houver necessidade, principalmente nos primeiros meses de vida, os retornos poderão ser até semanais⁽⁸⁹⁾.

O planejamento de consultas deve considerar aspectos importantes que devem ser observados na criança e a vulnerabilidade que ela apresenta. Assim, nos dois primeiros anos de vida, há a proposta de consultas mais freqüentes, pois o processo de crescimento e desenvolvimento é mais intenso⁽⁹¹⁾.

Este estudo mostra, porém, que 27,8 % dos recém nascidos do Programa receberam menos de cinco atendimentos, 38% não tiveram nenhuma consulta e 17,8% receberam apenas atendimentos eventuais nas unidades básicas de saúde. Assim, embora esta proposta de cronograma de atendimento tenha sido elaborada em 2007, os atendimentos de rotina nas unidades básicas de saúde estão longe de seguirem esta proposta. Mesmo a recomendação do Ministério da Saúde, de realização de no mínimo sete consultas no primeiro ano de vida, não tem sido seguida⁽⁹²⁾.

Com relação à idade da criança na última consulta, a maior parte delas a realizou com nove meses de idade ou mais, enquanto se esperava que todas tivessem uma consulta com 12 meses.

A análise relativa à alimentação evidenciou que 27,5% das crianças do Programa dispunham de alimentação inadequada por ocasião da última consulta.

O aleitamento natural no decorrer dos anos tem sido tema fundamental para a garantia da saúde da criança. Este se traduz na edificação de três importantes pilares erguidos sob a ótica da promoção, da proteção e do apoio ilimitado e reforçado à mulher, começado no início da gestação. Iniciar bem a vida é fundamental e pode acontecer somente se houver condição favorável para a prática da alimentação saudável, acompanhada pela afetividade e pelo bem-estar proporcionados pela amamentação. São inúmeras, inegáveis e inquestionáveis as vantagens da amamentação para a criança, sua mãe, família e sociedade. A amamentação,

quando praticada de forma exclusiva até os seis meses e complementada com alimentos apropriados até os dois anos de idade ou mais, demonstra grande potencial transformador no crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças na infância e idade adulta⁽⁵⁷⁾.

Pesquisas mostram que a duração do aleitamento varia acentuadamente entre e mesmo no interior dos diferentes países em desenvolvimento. Em algumas áreas urbanas, a duração média do aleitamento é curta, cerca de três meses, enquanto em algumas áreas rurais pode ser mais longa, entre 12 a 18 meses, ainda que sejam introduzidos precocemente outros alimentos. Sabe-se, porém, que no município de São Paulo, como em todo Brasil, o aleitamento materno exclusivo é insatisfatório, deixando dessa maneira a criança mais vulnerável ao adoecimento⁽⁹³⁾.

Estudos mostram que lactentes não amamentados têm de mais riscos de adoecer por pneumonia, por exemplo. O aleitamento materno pode proteger contra as Infecções Respiratórias Agudas (IRA), pois a mãe transmite ao filho substâncias antivirais e antibacterianas, estimulando o sistema imunológico da criança para a criação de defesa imunológica temporária⁽⁸⁸⁾.

Assim, a promoção e apoio ao aleitamento materno são ações que devem ser fortalecidas nos serviços de saúde.

Por outro lado, a amamentação é um comportamento humano complexo, resultante de um conjunto de forças, destacando-se que a opção por amamentar é determinada pelas condições psíquicas e biológicas da mulher, bem como pelo apoio familiar e social e pelo sistema de valores ou cultura. Estando a decisão de amamentar condicionada a uma série de fatores, para que as intervenções dos trabalhadores de saúde possam influenciar positivamente sua duração é fundamental o estabelecimento de um processo de comunicação capaz de considerar todos esses aspectos⁽⁹⁴⁾.

No Brasil, há evidências de que a amamentação não exclusiva, nos primeiros seis meses de vida e, após, no período de seis a 24 meses, a monotonia da alimentação,

acompanhada de alimentos de baixa densidade energética e pobres em micronutrientes, constituem-se em graves problemas da alimentação infantil ⁽⁹⁵⁾, conduzindo a carências nutricionais ⁽⁹⁶⁾.

A introdução alimentar, assim como o aleitamento materno, sofre influência de diversos fatores e, entre eles, merecem destaque a mãe, por constituir o elemento fundamental nos cuidados com a criança e o contexto familiar, sócio-cultural e econômico. Os cuidados maternos exercem forte impacto sobre a saúde da criança e estão diretamente relacionados às informações em saúde, idade e grau de escolaridade da mãe, além do tempo dispensado a esses cuidados ⁽⁹⁷⁾.

O suporte dos serviços de saúde dirigido a essas mães pode contribuir significativamente para melhorar a condução do processo alimentar dos filhos. Esta abordagem pode ser efetivada a partir da consulta de enfermagem em puericultura, sendo o enfermeiro participante ativo desse processo. Pelo seu compromisso social de cuidar, educar e apoiar as mães e respectivas famílias, esse profissional está capacitado a fornecer orientações que poderão nortear o cuidado da mãe com a criança ⁽⁹⁷⁾. Assim, o resultado desta investigação sinaliza para a necessidade de novas estratégias de abordagem com as mães.

O acolhimento das demandas do usuário aumenta a resolubilidade do sistema, ofertando cuidados e rompendo com a limitação da oferta dos serviços por critérios burocráticos, além de retirar as barreiras que reprimem as demandas ⁽⁹⁸⁾. Garante que as unidades de saúde atendam a todos os usuários da população adstrita que procurem o serviço, através da equipe multiprofissional, ofertando o cuidado mais adequado para resolver os problemas apresentados ⁽⁹⁹⁾.

No município de São Paulo, o acolhimento foi definido como um dos Projetos Prioritários da Secretaria Municipal de Saúde. A proposta centrou-se em estimular e promover reflexões e ações de Humanização dos serviços de saúde, fundamentadas na ética e na cidadania ⁽⁹⁰⁾.

No atendimento à demanda espontânea, invariavelmente, predomina a atenção centrada na oferta de consultas médicas, pouco articuladas ao trabalho dos outros profissionais e às demais ações de saúde. O acesso à consulta ocorre por ordem de chegada, com critérios rígidos, administrativos e burocráticos, sem uma priorização por risco/vulnerabilidade⁽⁹⁰⁾.

O acolhimento visa ampliar o acesso potencializando ao conhecimento técnico para agregar resolubilidade na intervenção dos diversos profissionais de saúde, promover o vínculo e a responsabilização clínica e sanitária com os usuários. Busca produzir condições de equidade na utilização dos serviços de saúde, desencadear mecanismos mais eficazes de regulação e ordenamento da oferta de serviços e otimizar recursos, para responder às necessidades de saúde da população, na construção de um modelo centrado nos usuários⁽⁹⁰⁾.

A despeito da relevância destas questões, chama atenção que 17,8% das crianças foram atendidas apenas em consultas eventuais nas unidades de atenção básica, apesar do Programa preconizar atendimento sistemático e rotineiro.

No que refere à cobertura vacinal, 68,5% das crianças do Programa estavam em dia com sua situação vacinal.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) é uma prioridade nacional, com responsabilidades dos governos Federal, Estadual e Municipal. O alcance dos objetivos e a adoção de estratégias com o mínimo de unidade exigem a articulação dessas instâncias, de forma a compatibilizar atividades, necessidades e realidades, num esforço conjunto. A vacina é um serviço básico, passando, obrigatoriamente, a ser planejada no conjunto das ações oferecidas pela rede de serviços de saúde⁽⁵²⁾. Foi instituído em 1973, como uma forma de coordenar ações que se caracterizavam, até então, pela descontinuidade, pelo caráter episódico e pela reduzida área de cobertura.

Entre as prioridades estabelecidas, tanto em âmbito Federal (PNI) quanto no Estadual, encontram-se as crianças menores de um ano, por constituírem grupo suscetível no qual as doenças preveníveis por vacinação se manifestam com maior gravidade⁽¹⁰⁰⁾.

Destaca-se, porém, que a avaliação dos serviços de vacinação não pode ser vista de forma isolada. É importante considerar a situação de saúde da população, suas condições sociais e econômicas, o grau de organização dos serviços e sua capacidade resolutiva. Esses e outros fatores influenciam os resultados do trabalho, principalmente em termos da cobertura vacinal alcançada, o que reflete diretamente no objetivo fundamental de um programa de vacinação: causar impacto nos índices de morbidade e mortalidade das doenças-alvo, reduzindo-os. Nesse sentido, são relevantes as taxas de cobertura vacinal e sua homogeneidade⁽¹⁰¹⁾.

Para reduzir as taxas de morbimortalidade das doenças imunopreveníveis, é importante conhecer a situação dessas doenças. Para isto, as doenças preveníveis através de imunização, devem ser notificadas imediatamente pela equipe de saúde, para se traçar as medidas de prevenção e controle. A Unidade de Saúde deve garantir o funcionamento contínuo da sala de vacina, sem restrição de horários, para não se perder a oportunidade de vacinar todas as crianças e as equipes de saúde devem se organizar para realizar o controle e a busca ativa de faltosos⁽⁵⁷⁾.

Para cada vacina existe uma meta pré-estabelecida de cobertura pactuada em âmbito nacional. A meta operacional básica é vacinar 100% dos menores de um ano com todas as vacinas indicadas para o primeiro ano de vida. No caso da tetravalente, poliomielite e hepatite B, inclusive, considera-se meta alcançada quando todas as crianças menores de um ano receberam as três doses básicas; para a vacina contra Rotavírus, quando todas as crianças menores de um ano receberam as duas doses e tríplice viral e BCG, uma dose⁽⁵²⁾. Pelo exposto, pode-se afirmar que a cobertura obtida, inferior a 70%, está baixa.

Pesquisa desenvolvida com familiares de crianças menores de dois anos revelou que, de modo geral, a vacinação não é lembrada entre os cuidados familiares dispensados às crianças. A análise permitiu identificar elementos potenciais da não vacinação, entre outros a inexperiência e dependência dos pais, excesso de tarefas, recusa de aplicações simultâneas de vacinação e relação com os serviços de saúde (assistência fragmentada, ausência de diálogos e falsas contra-indicações) e potenciais da vacinação: ter experiência e realização pessoal no papel de pai/mãe, temor ao adoecimento, reconhecer como um bom cuidado e a relação com os serviços de saúde (acesso assegurado, flexibilidade do horário, vínculo, divulgação e gratuidade).

O modo como as famílias cuidam da vacinação das crianças parece estar ligado ao seu modo de ser e ao modo como os serviços são organizados, demonstrando a necessidade de integração entre vacinação e cuidado à saúde da criança nos serviços de atenção primária à saúde. Nesse sentido, mostra-se fundamental, a reconstrução da prática de enfermagem nas salas de vacinação, com vistas à articulação dos saberes técnicos e práticos⁽¹⁰²⁾.

A maior parte das internações das crianças do Programa ocorreu no primeiro mês de vida, por até quatro dias e a patologia mais freqüente foi a pneumonia.

Os progressos da ciência e da tecnologia alcançados no final do século XX e no início do novo milênio não foram suficientes para se atingir o controle das doenças respiratórias – especialmente a pneumonia –, que continua a ter grande relevância no perfil de morbimortalidade das populações infantis, especialmente dos países em desenvolvimento⁽¹⁰³⁾.

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde, mais de 100.000 crianças menores de um ano de idade morrem nas Américas vítimas de infecções respiratórias todos os anos e cerca de 90% dessas mortes se devem à pneumonia. Dados do IBGE indicam que as doenças respiratórias são responsáveis por aproximadamente 10% das mortes entre menores de um ano no Brasil, com predominância das pneumonias bacterianas⁽⁹³⁾.

Em países em desenvolvimento, as Infecções Respiratórias Agudas (IRA) despertam grandes preocupações, pois estão relacionadas, além de aos aspectos climáticos de uma região, àqueles relativos à organização social e condições de vida da população⁽⁹³⁾. Assim, o baixo nível socioeconômico, a desnutrição, o baixo peso ao nascer, o desmame precoce, a baixa cobertura vacinal, a aglomeração, o tabagismo domiciliar, o elevado número de crianças menores de cinco anos na família e a dificuldade e demora de acesso ao atendimento têm sido apontados como favorecedores da maior gravidade e mortalidade das IRA⁽¹⁰⁴⁾.

Desde 1994, no Brasil, as ações de controle das IRA passaram a integrar a estratégia AIDIP, que por combinar a atenção aos problemas de saúde na infância com avaliação nutricional e incentivo à vacinação, além de outros aspectos que influenciam a saúde das crianças, desloca o foco da atenção do aspecto eminentemente curativo, centrado na queixa, para a avaliação integral da criança no momento do atendimento, tanto na situação de consulta agendada quanto na eventual⁽⁹³⁾.

Os dados obtidos na presente investigação são concordantes com a literatura da área, que evidencia que a alta taxa de morbidade faz das doenças respiratórias uma das principais causas de utilização dos serviços de saúde, particularmente o hospitalar⁽¹⁰³⁾. Nos países em desenvolvimento, uma em cada três admissões de crianças nos hospitais se deve à pneumonia. Em diversos países das Américas, as IRA são responsáveis por cerca de 20% a 40% de todas as hospitalizações em crianças menores de cinco anos de idade⁽¹⁰⁴⁾. Neste estudo, do total de crianças internadas, 71,6% foi devido à pneumonia.

Contudo, deve-se destacar que as taxas de hospitalização por IRA e outras doenças infecciosas se mostram desigualmente distribuídas nos diferentes segmentos sociais. Isto afeta, sobretudo, crianças pertencentes às famílias de menor poder aquisitivo que, por ter menos acesso a serviços de saúde, retardam a procura por atendimento adequado, favorecendo, assim, o agravamento das doenças e conseqüentemente maiores riscos de hospitalização⁽¹⁰⁵⁾.

Alguns autores consideram as informações sobre taxas e causas de hospitalização importantes indicadores da qualidade da assistência oferecida e também indicadores indiretos da resolubilidade ambulatorial⁽¹⁰⁵⁾.

Estudo desenvolvido na cidade de Pelotas-RS, em 1982 e 1993, com aproximadamente 11.000 crianças pertencentes a duas coortes de base populacional mostrou que cerca de 20% das crianças foram hospitalizadas pelo menos uma vez no primeiro ano de vida, que crianças nascidas com baixo peso ou com renda familiar inferior a três salários mínimos mensais foram cerca de três vezes mais hospitalizadas que as demais. Uma década depois, as hospitalizações continuavam bastante freqüentes na localidade estudada, mostrando que os mais pobres e nascidos de baixo peso continuavam sendo mais acometidos⁽¹⁰⁶⁾.

Pesquisa realizada em 1996 na região metropolitana de São Paulo teve por objetivo caracterizar a morbidade hospitalar e identificar os fatores associados à hospitalização de crianças menores de cinco anos. De acordo com os resultados, 7,3% das crianças passaram por hospitalização e 41,5% das crianças internadas apresentavam doenças do aparelho respiratório. Variáveis relacionadas às condições socioeconômicas e demográficas da família, como escolaridade da mãe, densidade domiciliar e óbitos de irmãos menores de cinco anos e variáveis relacionadas aos antecedentes da criança (quem cuida da criança na ausência da mãe, peso ao nascer e doença crônica) mostraram-se associadas à internação hospitalar. Como conclusão, recomenda-se que os programas voltados à saúde da criança sejam intensificados, especialmente os referentes à atenção pré e perinatal. Sugere-se atenção especial à saúde de crianças nascidas de baixo peso e à assistência ao paciente com IRA. Indicam-se boas cobertura e qualidade na atenção ambulatorial, visando à redução da taxa de hospitalização e, assim, seus efeitos deletérios sobre a criança e sua família⁽¹⁰⁵⁾.

Finalizando a presente discussão, apresenta-se o estudo das associações. Este evidenciou que as crianças moradoras na área de abrangência das policlínicas e centros de saúde foram significativamente mais visitadas, sugerindo que a estratégia de criação de uma

equipe para sua realização pudesse ter impacto favorável no desenvolvimento do Programa. Porém, quando se considerou a época de realização dessas visitas, também essencial para o êxito da ação, observou-se que não houve diferença significativa quando se considerou o tipo de unidade de atenção básica de atendimento das crianças.

Também se compararam os recém-nascidos classificados como de melhor e pior desfechos. Não houve diferença quando se consideraram diferentes fatores de risco biológicos e, dentre os sociais, apenas houve significância no item morador em área de risco, o que evidencia ser prudente a sua manutenção como fator de risco a ser considerado.

A análise do processo de atenção, também considerando esses dois subgrupos, mostrou aspectos negativos e positivos: as crianças com pior desfecho tiveram mais atendimentos exclusivamente eventuais, o que pode ser considerado fragilidade do Programa. Porém, foram mais freqüentemente visitadas, tiveram mais atendimentos nas unidades de atenção básica e apresentavam melhor situação vacinal. Porém, esses fatores positivos não foram suficientes para evitar que pudessem ser classificados no grupo com pior desfecho.

A análise de resultado, obtida a partir da representação das mães sobre o cuidado recebido pelos seus filhos, participantes do Programa, é apresentada a seguir.

6. REPRESENTAÇÃO DAS MÃES SOBRE O CUIDADO

A representação materna sobre o cuidado recebido por seus filhos participantes do Programa no primeiro ano de vida é apresentada nos Discursos do Sujeito Coletivo a seguir. Destaca-se que, após as idéias centrais, são apresentadas de que entrevistas (E) as expressões-chave foram extraídas para compor o referido discurso.

A apresentação será realizada considerando-se dois temas propostos: a construção de vínculo com as unidades de saúde e os desencontros entre usuários e serviços de saúde.

Especificamente em relação ao primeiro tema, a discussão suscitada pela representação materna sobre o cuidado já foi contemplada na análise de processo anteriormente realizada.

A construção de vínculo com a unidade de saúde

Algumas mães representaram o cuidado a partir da visita domiciliar, apontando aspectos positivos desta forma de atenção pela equipe de saúde, citando não apenas o médico, mas também os agentes comunitários de saúde, conforme pode ser visto em parte do DSC1:

DSC1 – Ah! Foi muito bom, me atenderam superbem, não tenho do que reclamar. As moças são muito boas, eu gosto muito delas e da doutora também, não tenho queixa de ninguém. Quando eu tive ele, a doutora me visitou, fez uma consulta muito boa na minha casa. E o “X” que vem aqui em casa, que faz o serviço do Posto, ele é uma pessoa muito boa na profissão dele (**IC1 – Desde a pré-consulta até o médico, acho tudo muito bom.** E2-E5, E7- E11, E13-E15).

O cuidado também foi representado pelo atendimento periódico e tecnicamente adequado, por incluir anamnese, exame físico, avaliação do peso, acompanhamento do crescimento, orientação quanto a cuidados de higiene, indicação das vitaminas preconizadas, fornecimento de medicamentos quando necessário e realização das vacinas, conforme previsto no calendário vacinal. Entretanto, para além das questões técnicas, também pôde ser apreendida a valorização materna pelo acolhimento, pela atenção com amor e carinho e a relevância da educação em saúde no processo de construção de suas habilidades para o cuidado, conforme segue em trecho do DSC1 e dos DSC2 e 3:

DSC1 – Os médicos são muito bons, atenciosos, educados, examinam ele todo, uma vez por mês, avaliam direitinho, já colocam pra pesar, fazem perguntas, assim, pra gente, pra acompanhamento do crescimento dele. Eles explicam tudo certinho, pra poder esclarecer todas as dúvidas que eu tinha: como eu devia cuidar dele, o que precisava, o remédio certo, o Ad-til, como limpar o umbiguinho dele, tudo bonitinho. Eles fazem as vacinas nos dias certos... Ele foi bem recebido, bem tratado e está sendo até hoje bem cuidado, com bastante amor e carinho. Já vem tudo numa seqüência de tratamento bem dedicada, com bastante atenção. Desde a pré-consulta até o médico, acho tudo muito bom. **(IC – Desde a pré-consulta até o médico, acho tudo muito bom.** E2-E5, E7- E11, E13-E15).

DSC2 – Ah! Muitas delas (trabalhadoras) recebem a criança com carinho, com cuidado, dão atenção, amor, brincam, dão risada e eu acho que isso é importante, não só o bom atendimento, mas o carinho pelas crianças... gosto em geral de tudo: as vezes a gente esquece a vacina, perde o dia e eles mandam uma carta, falando pra levar pra vacinar; as enfermeiras dão atenção e o médico que atende ele é muito bonzinho, cuidadoso, dá remédio certo, se ele fica doente manda voltar em uma semana, sempre está ali em cima, pra ver o que é certo, o tratamento certo pra gente fazer. Não só ele, mas todos de casa, sempre quando a gente precisou foi bem atendida, se precisa de medicamento, de receita, eles dão, a gente não tem do que reclamar **(IC = É importante atender as crianças com carinho.** E2-E5, E7, E9-E11, E13-E15).

DSC3 – Não tem nada do que eu não goste, não tenho do que reclamar, quem atende ali é muito bom, não precisa mudar nada, a gente é sempre bem tratada. Pra mim, o atendimento está adequado, não sei para os outros **(IC = Pra mim o atendimento está adequado.** E3-E5, E10, E13).

A importância de a atenção básica viabilizar o pronto atendimento qualificado pode ser percebida no DSC4, onde o cuidado também foi representado pela competência técnica:

DSC4 – Não, nunca aconteceu de levar e não ser atendida... se for questão de problema, um caso de saúde, uma febrinha, a gente pega extra e já passa pelo médico. Ele examina, olha onde é o dodói, o machucado, examina direitinho, dá o medicamento direito, nunca me deixaram esperando, nada, era uma coisa bem rápida. **(IC – Nunca deixei de ser atendida.** E2-E5, E7-E11, E13, E15).

Os desencontros entre usuários e serviços de saúde

Em contraponto, os sujeitos do estudo também representaram o cuidado inadequado: demora, dificuldades técnicas e falta de carinho e educação no atendimento, como consta dos DSC 5 a 7, que também insere a discussão sobre a relevância do acolhimento:

DSC5 – Ah, não gosto de nada do Posto, não tenho do que gostar, porque todas as vezes que ele vem aqui as enfermeiras me tratam super mal. Eu não tenho do que falar de bom daqui do Posto não, porque quando a gente precisa mesmo não dá pra contar, não resolve muita coisa. Se a gente pede um exame, fala que já está sendo acompanhada, que está excelente, que não precisa. Quer dizer, não custa fazer (o exame) para ver se está bem mesmo. Mas não faz, tem que ir atrás de outras coisas, porque ali não resolve **(IC = Quando a gente precisa, não dá pra contar.** E1, E6, E8, E12).

DSC6 – O Que eu menos gosto do Posto é a falta de educação. Porque eu acho que não é porque eu sou pobre que tenho que ser maltratada pelos médicos. O médico não atende bem, quase nem examina... Tem algumas enfermeiras arrogantes que são muito grossas na hora de explicar pra mãe que o filho dela não vai ser atendido e acho isso errado... Eles precisam aprender a respeitar mais as pessoas que vem aqui, dando atenção às pessoas elas vão se sentir bem no Posto, não vão sentir rejeição... Queria que eles entendessem um pouco quando as crianças ou a gente está doente – porque eu já cheguei atrasada e eles sentaram o fumo em mim, eu tive que escutar e ficar quieta – eles podiam compreender um pouco o problema da gente, não só a gente entender o deles... **(IC = Eles precisam aprender a respeitar mais as pessoas.** E1, E8-E9, E12).

DSC7 – As consultas demoram muito. Eu chegava lá cedo e só saía na hora do almoço e você sabe, pra gente que trabalha ... Eu sei que o funcionário tem muita coisa pra fazer, quando o Posto está super cheio, mas acho que não precisava a gente chegar cedinho se o médico só vai consultar meio-dia. Teve um tempo que estava meio precário o negócio de médico, agora parece que deu uma melhorada, mas estava muito ruim. Além disso as enfermeiras tratam mal, até pra tirar sangue a gente vê que é difícil, pegam de qualquer jeito, não tem carinho, não tem amor, sabe, assim, quando está fazendo com pouco caso, mesmo... **(IC = Faltam médicos e as enfermeiras não têm carinho.** E2, E6, E7, E11, E15).

As mães apontam a falta de gentileza, interesse e de responsabilização dos profissionais, mostrando-se inseguras, desamparadas e desrespeitadas. Resgatar a humanidade do atendimento é ir contra a violência, pois esta representa a antítese do diálogo, a negação do Outro em sua humanidade⁽¹⁰⁷⁾. A autora ressalta a humanização em oposição à violência e enfatiza a violência simbólica, que se apresenta pela dor de não ter a compreensão de suas demandas e expectativas. Com vistas a uma prática de saúde humanizada, sugere a conjugação da tecnologia e do fator humano, ampliando o olhar sobre a produção do cuidado em saúde, incluindo as chamadas tecnologias leves, implicadas com a produção das relações entre sujeitos, que só têm materialidade em ato e no arsenal dos saberes e competências de saúde⁽¹⁰⁸⁾, ou um cuidado voltado para uma prática responsável e comprometida com a construção de projetos de felicidade⁽¹⁰⁹⁾.

Falhas no atendimento, especialmente em consultas eventuais, emergindo dos discursos que esses são os momentos prioritários para as mães, constam do DSC8 e do DSC9, onde o cuidado é representado pelo pronto atendimento em caso de necessidade. Em meio às representações negativas do cuidado, porém, a vacinação emerge como atividade que ainda conta com a credibilidade dos usuários:

DSC8 – Foi péssimo, porque achei que ela (médica) não examinava direito. Quando a gente precisa, quando a gente desconfia que a criança não está boa, a gente leva pra passar no extra e ela é mal atendida, eles olham de qualquer jeito... Quando a gente precisa, é difícil... Então, pra ser bem sincera, eu não sou muito feliz com esse Posto. Não consulto nenhum dos meus filhos, tenho três e nenhum dos três eu consulto ali. Quando eles ficam doentes, vou direto à Unesp. Dá pra contar as consultas que tem marcado no cartão. Ela não consulta, não pesa, a única coisa que vou lá ao Posto é dar vacina. **(IC = Não sou feliz com o Posto.** E1, E6, E12).

DSC9 – Sinceridade, acho assim, que doença não tem hora, nem dia, nem mês, nada e muitas vezes você leva lá e falam assim: hoje não é dia de dar vacina, hoje não é dia disso, não é dia daquilo. Assim é o horário do extra, o horário do marcado. Esse negócio de extra, elas falam: hoje não é dia de extra, mas adoeceu é obrigado a levar lá, eles tem que ver, examinar e não dizer que não é dia de extra. Tudo bem, eu sei que o Posto tem que ter regras. Eu até aceito que se a gente chegar numa consulta fora de hora eles não atendam, mas numa consulta normal, não no caso de doença **(IC = Se a criança não está bem, tem que ser atendida.** E2, E6, E9, E12, E14).

As normas da Atenção Básica devem reger os serviços de saúde de forma que acolham a demanda espontânea e os casos de urgência, de maneira a dar respostas às necessidades sentidas pela população, mostrando-se como um importante caminho para resolubilidade da atenção. O acolhimento pode contribuir para a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Assim, a porta de entrada da unidade de saúde precisa ser alterada, para assimilar a ruptura de todo aparato que signifique dificuldade de acesso dos usuários. Além de garantir o acesso, é necessário reorganizar e qualificar a recepção nos serviços de saúde. Neste sentido, é que se prioriza o atendimento a qualquer urgência, quando esta estiver ocasionando dor ou sofrimento ao usuário. Acolher é receber bem, com atenção e disponibilidade para escutar, valorizar as particularidades de cada caso, buscar uma forma de compreender, solidarizar-se e de se responsabilizar pela resolubilidade da situação ⁽⁵³⁾.

Uma das estratégias usadas para superar as dificuldades percebidas pelas mães está claramente colocada: a utilização do serviço terciário como porta de entrada do sistema de saúde. Além disso, algumas vezes, a dificuldade de viabilizar a hierarquização dos serviços de saúde é das próprias unidades. Essas questões estão inseridas no DSC10:

DSC10 – Quando o pediatra não estava aqui, quando não era o dia dela ou ela estava de férias, aí eles encaminhavam e davam vale transporte, para ir ao Pronto-Socorro. Outra vez, procurei o Posto e não fui atendida... a enfermeira falou que não podia atender ele, que tinha que levar no Pronto-Socorro, porque já tinha passado o horário. Eu não sabia que depois de certo horário eles não atendiam mais... Agora, quando a gente vê que está doentinha, a gente vai direto pro Pronto-Socorro, no Posto a gente não chega a ir... Mas de repente a gente procura a Unesp e eles falam que não é caso de Pronto-Socorro e mandam a gente procurar o Posto (**IC = Não vou no Posto, vou direto no Pronto Socorro.** E1, E4, E6, E9, E14).

Desde 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde do SUS (NOAS/SUS) definiu as responsabilidades e ações estratégicas mínimas que todos os municípios brasileiros devem desenvolver no âmbito da atenção básica, com o propósito de fazer sua articulação com a rede de serviços de maior complexidade, como parte indissolúvel dessa e mantendo-se como porta de entrada do sistema (NOAS 01/2001). No mesmo ano, a Programação Pactuada Integrada (PPI) foi regulamentada, de forma a viabilizar a programação em saúde, iniciando pela Agenda de Saúde e Pacto da Atenção Básica e chegando à programação das ações na

atenção básica, de média e alta complexidade ambulatorial, programação hospitalar e tratamento fora do domicílio, entre outros componentes (Portaria GM/MS nº 483, de 6 de abril de 2001).

A programação da atenção básica desenvolveu-se tendo, entre outros, os seguintes pressupostos: a efetiva hierarquização e regionalização do SUS dependem em grande parte da reorganização da atenção básica; a ampliação do acesso e da resolubilidade da atenção básica é condição para reorientação e redimensionamento dos fluxos de referência para outros níveis de atenção, facilitando o acesso da população a ações e serviços o mais próximo possível de seu domicílio e a reorientação dos fluxos de usuários deverá resultar na diminuição da pressão de demandas inadequadas sobre serviços de maior complexidade, liberando-os para absorver melhor as demandas para as quais de fato foram constituídos⁽¹¹⁰⁾.

A compreensão de que a atenção básica deve estar centrada no trabalho multidisciplinar e não apenas no trabalho médico e que o modelo de especialidades não se aplica neste nível do sistema constitui um novo paradigma, nem sempre entendido e aceito pelos usuários, como evidenciado no DSC 11, em que o cuidado é representado exclusivamente pelo trabalho de médicos especialistas:

DSC11 – Nunca mais levei no Posto, porque quando a gente vai é a enfermeira que atende as crianças, ou a gente mesmo, né? Mas eu prefiro que seja o médico, é o certo e enfermeira não é médica, ela é enfermeira. Eu penso assim: criança tem que ser atendida pelo médico pediatra. Tem que ter o médico certo pra cada caso. Se a mesma médica atende adulto e crianças, não concordo com isso. Acho que tem que ter um pediatra e um clínico geral, pra separar os casos (IC = **Não fui mais ao Posto porque era a enfermeira que atendia e não o médico.** E12).

São vários os espaços e os profissionais que podem compartilhar o cuidado à saúde da criança. Essa tarefa não pode ser considerada como responsabilidade de somente um profissional, o médico. Conceitualmente, a abordagem de questões relativas à saúde da criança constitui um campo de saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades, enquanto núcleo de competência. Assim, médicos e enfermeiros possuem conhecimentos específicos e executam ações que são de sua exclusiva competência,

embora muitas questões relativas à saúde da criança devam estar inseridas em campo comum a ambos os profissionais⁽¹¹¹⁾.

Do DSC 12 e do DSC 13, a seguir apresentados, apreende-se que nenhuma mãe teve a percepção de que seu filho fazia parte do Programa Crescer Feliz:

DSC 12 – Eu já ouvi falar disso (Programa Crescer Feliz), vi um papelzinho uma vez e com meu priminho foi feito isso, eu acho que a mãe dele fumava droga e ele nasceu prematuro, então ele passa por esse negócio... (**IC = Eu ouvi falar, vi um papelzinho uma vez.** E1, E4, E10).

DSC13 – Não, eu nunca ouvi falar (do Programa Crescer Feliz). Nesse Posto? Nunca mesmo, nunca fui informada sobre isso, nem sei o que é (**IC = Nunca ouvi falar.** E2-E3, E5-E9, E11-E15).

Pelo exposto, fica nítida a pouca visibilidade do Programa quando se considera a percepção materna. Por outro lado, as análises de estrutura e processo evidenciaram um outro sentido da falta de visibilidade sob a ótica dos profissionais de saúde percebidos, entre outras maneiras, pelo desconhecimento do Programa e suas crianças.

Considerações finais

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vulnerabilidade institucional das ações relacionadas ao Programa Cresce Feliz pôde ser observada em decorrência de problemas relacionados a sua estrutura, processo e resultados.

Considerando a estrutura, observou-se a falta de padronização, por parte da equipe do Programa no nível central, quanto à classificação do recém-nascido de risco; a ausência de cópia do Programa e de suas atualizações nas unidades; a não identificação das crianças de risco pelos profissionais das unidades; a falha de informação sobre as crianças de risco, quando da transferência para outra unidade de saúde; a falta de prioridade aos recém-nascidos de risco, para consulta médica e de enfermagem; a não realização de grupos de gestantes e de recém-nascidos, assim como a pequena participação dos médicos e dos enfermeiros nessas ações; a carência de atividades de vigilância do risco pelas unidades de saúde; as falhas na convocação dos recém-nascidos de risco faltosos e a falta de locais adequados para realização do acolhimento a eles, assim como de salas de vacinas apropriadas.

A análise de processo evidenciou a falta de seguimento do protocolo de atendimento ao recém-nascido de risco pelas unidades de atenção básica quanto à vacinação e calendário de consultas; à carência de atividades de educação em saúde; às falhas de anotações nos prontuários, em função de letra ilegível, dados incompletos ou ausência de registro de informações fundamentais para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantis; à ausência de envolvimento dos profissionais com o Programa; às falhas no atendimento em consulta médica e de enfermagem; à falta de capacitação dos profissionais envolvidos com o cuidado à criança na atenção básica e à carência de profissionais de nível médio para atuarem no Programa e às irregularidades na efetivação de visitas domiciliares quanto à frequência e época de realização.

A partir da interpretação dos discursos maternos, pode-se apontar como pontos de vulnerabilidade do Programa a rigidez da rotina assistencial relacionada ao estabelecimento de dia específico para agendamento de consultas e horários para atendimentos; o descrédito em relação à capacidade técnica dos profissionais e quanto à resolubilidade dos serviços; as dificuldades no relacionamento interpessoal usuário e profissional; a supervalorização do profissional médico e das especialidades e dos serviços terciários em detrimento do atendimento básico e o desconhecimento do Programa por parte das mães.

Considerando-se todas essas questões, sugere-se para melhoria do Programa Crescer Feliz:

- Resgatar na Secretaria Municipal de Saúde cópia da primeira versão do Programa Crescer Feliz e, a partir dela, documentar todas as reestruturações propostas;
- Evidenciar a importância do Programa, ressaltando-se o que está sendo preconizado pelo Ministério da Saúde para atenção ao recém-nascido de risco;
- Estabelecer protocolo de atendimento ao recém-nascido de risco a ser seguido por todas as unidades de atenção básica do município de Botucatu, respeitando o princípio da equidade, de forma a garantir constante vigilância sobre essas crianças;
- Garantir a todas as unidades recursos físicos e materiais para atendimento ao recém-nascido de risco;
- Tornar efetiva a identificação dos prontuários das crianças do Programa;
- Sensibilizar os profissionais das unidades básicas em relação à importância do desenvolvimento de atividades em grupo de educação em saúde;
- Avaliar permanentemente as atividades desenvolvidas no Programa, incluindo as anotações no prontuário, de forma a coibir a ausência ou insuficiência de registro;
- Desenvolver atividades de educação permanente com todos os profissionais para que realizem o atendimento ao recém-nascido de risco de forma adequada;

- Priorizar efetivamente as visitas domiciliares até o 10º dia de vida a todos os recém-nascidos de risco;
- Integrar o Programa Crescer Feliz com outros programas de saúde do município, especialmente o de Atenção Pré-natal;
- Incentivar as unidades de saúde a tornarem efetivos os programas de planejamento familiar, de forma a diminuir os casos de gestação indesejada;
- Intensificar as atividades de vacinação infantil;
- Matricular nas unidades básicas de saúde todos os recém-nascidos nela atendidos, mesmo que apenas para vacinação, de forma a facilitar o monitoramento de crianças não vacinadas ou faltosas;
- Incentivar o acompanhamento de puericultura no município, não somente por meio de atendimentos eventuais, onde o enfoque é a cura da doença instalada, mas também valorizando a promoção da saúde;
- Desenvolver atividades de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno em todas as unidades básicas, seguindo recomendações do Ministério da Saúde;
- Realizar campanhas para divulgação deste Programa voltadas à população, inclusive divulgando lema: “Nascer e viver bem em Botucatu”;
- Divulgar os resultados desta pesquisa em todas as unidades básicas de saúde do município, como estratégia de sensibilização sobre a importância do Programa.

Em síntese, a abordagem construída a partir da noção de vulnerabilidade reconhece a necessidade de obediência aos princípios do SUS para se produzir modificações importantes na saúde da população estudada. Nesse sentido, a hierarquização, universalidade, descentralização, regionalização, controle social, equidade, acesso e integralidade da atenção são princípios fundamentais que o Programa Cresce Feliz deve seguir. Logo, fortalecer o processo de trabalho fundado na complexa integração de ações individuais e coletivas,

curativas e preventivas, de pronto-atendimento e programática, articuladas em um sistema de cuidados em níveis progressivos de atuação. Desse modo, certamente, ampliam-se as possibilidades de cuidado e criam-se maiores condições para o atendimento das necessidades das crianças, visando à promoção de sua saúde.

Referências

8. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Situação da Infância Brasileira. Caderno Brasil. Brasília; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde [homepage da Internet]. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [acesso dia 13 jun 2007]. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set 1990. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>
3. Donabedian A. The quality of care – how come it be assessed? Journal of the American Medical Association 1988; 260(12):1743-8.
4. Issler H, Leone C, Marcondes E. Pediatria na atenção básica. São Paulo: Sarvier; 2002.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Relatório da Saúde à Convenção dos Direitos da Criança e do Adolescente da Organização das Nações Unidas. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
6. Botucatu. Secretaria Municipal da Saúde. Programa de vigilância ao recém-nascido de risco do município. Botucatu, 1997. Mimiografado.
7. Manoel CM. Crianças de risco: ações de vigilância à saúde desenvolvidas no Centro de Saúde Escola de Botucatu [Dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2002.
8. Bueno J W, Parada CMGL. Vigilância ao recém-nascido de risco no município de Botucatu. Botucatu: UNESP; 2004.

9. Botucatu. Secretaria Municipal da Saúde. Programa de vigilância ao recém-nascido de risco do município – “Programa Crescer Feliz”. Botucatu; 2001. Mimiografado.
10. AYRES JRCM. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. São Paulo: Casa de Edição; 1996.
11. Brasil. Ministério da Saúde. AIDIPI. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Brasília; 2002.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: acompanhamento e desenvolvimento infantil. Brasília; 2002.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília; 2005.
14. Brasil. Constituição. República Federativa do Brasil. Brasília:Senado Federal, Centro Gráfico; 1988.
15. Ayres JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. Interface- Comunic Saúde Educ. 2002; 6(11):11-24.
16. Kilsztajn S, Rossbach AC, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2003; 37(3): 303-10.
17. Xavier CC, Jorge SM, Gonçalves SM. Prevalência do aleitamento materno em recém nascidos baixo peso. Ver Saúde Pública. 1991;25(5):381-7.
18. Correa I, Luque ALF, Rocha CA. Consulta a crianças de zero a dois anos em uma Unidade Básica de Saúde. Rev Enferm Atual 2004; 4(23):34-8.
19. Ziegel EE, Cranley MS. Enfermagem obstétrica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1985.
20. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de em saúde. Cad de Saúde Pública. 2002; 18:1561-9.

21. Costa FL, Castanhar JC. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. *RAP*.2003; 37(5);969-92.
22. Bork AMT. *Enfermagem de excelência: da visão à ação*. Rio de Janeiro:Editora Guanabara Koogan; 2003.p. 74-6.
23. Brasil. *Monitoramento de atenção básica à saúde: roteiros para reflexão*. Brasília; 2004
24. Pereira MG. Qualidade dos serviços de saúde. In: *Epidemiologia: teoria e prática*. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 538-60.
25. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10(1):80-91.
26. César CLG, Tanaka OU. 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* 1996; 12 supl 2 :59-70.
27. Hartz ZMA, organizador. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.
28. Stenzel ACB. *A temática da avaliação no campo da saúde coletiva: uma bibliografia comentada [dissertação]*. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 1997.
29. Ayres JRCM, França IJ, Calazans GJ, Saletti HCF. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, Organizador. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.117-39.
30. Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro:Ed. Relume-Dumará; 1992.
31. Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti HCF, França IJ. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond MJ, Carvalho YM, Organizador. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2007. p.375-417.

-
- 32.** Minayo MCS, Organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23^a ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
- 33.** Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9^a ed. São Paulo: HUCITEC; 2006.
- 34.** Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
- 35.** Lefèvre F, Lefèvre AMC. O sujeito coletivo que fala. Interface – Comunic, Saúde, Educ. 2006; 10(20):517-24.
- 36.** Carandina L, Almeida MAS, Resende M, Martin MG, Bassetto HP, Carvalho JLB, et al. Botucatu em dados: uma parceria entre o Departamento de Saúde Pública, Centro de Saúde Escola FMB/UNESP e Secretaria da Saúde de Botucatu:Unesp. Botucatu 2005. 19-42.
- 37.** Fundação SEADE. (Homepage da Internet). São Paulo: Governo do Estado de São Paulo; 2008. (acesso em 14 mar 2008). Disponível em:
www.seade.gov.br/produtos/perfil/php.
- 38.** Fundação SEADE. (Homepage da Internet). São Paulo: Governo do Estado de São Paulo; 2008. (acesso em 14 mar 2008). Disponível em:
www.al.sp.gov.br/web/forum/iprs06/pdf/iprs_rasorocaba.pdf.
- 39.** Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1998.
- 40.** Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sociocultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad Saúde Pública, v.14, n.2, p.429-35, 1998.

-
- 41.** Viana ALD, Dal Poz, MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. Ver. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 15(suplemento):225-264. 2005. <http://WWW.scielo.br/pdf/physis/v1550 a 11.pdf>. acesso em mar 2008.
- 42.** Delfino MRR, Patrício ZM, Martins AS, Silvério MR. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4):1057-1066, 2004.
- 43.** Lapierre J, Martin T, Perreault M. Avaliação de um programa de acompanhamento pré-natal em meio carente. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, 2006 out-dez; 15(4): 553-61.
- 44.** Moura ERF, Rodrigus MSP. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. *Interface –Comunic., Saúde, Educ*, v7. p. 109-18, ago 2003. (Acesso em mar 2008). <Http://WWWInterface.Org.br/inglês/ revista 13/ artigo 4. pdf>
- 45.** Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 12(2):477-486, 2007
- 46.** Peres EM, Dal Poz MR, Grande NR. Visita domiciliar: espaço privilegiado para o diálogo e produção de saberes. *Rev Enferm UERJ*. 2006;14:208-13.
- 47.** Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev Brás Enferm*. 2007;60(6): 659-64.
- 48.** Pereira MJB. O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar: potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.
- 49.** Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Reiknal S, Truppel TC. Atenção à Saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Soc*. 2006; 15: 88-95.

-
- 50.** Brasil. Ministério da Saúde.(homepage da internet). *Ambiência: Humanização dos “territórios” de encontros do SUS*. Brasília; 2008. (Acesso em 17 mai. 2008). Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/cartilha_ambiencia.doc.
- 51.** Inojosa RM. Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. .(homepage da internet). In: *Anais do X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*; 2005 oct 18-21; Santiago, Chile. (Acesso em 17 mai. 2008). Disponible em: http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/OS/inojosa_saude.pdf.
- 52.** Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Manual de Procedimentos para vacinação*. Brasília, 2001.
- 53.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica/Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. *Cadernos de Atenção Básica*, 17.
- 54.** Cosendey MAE, Bermudez JAZ, Reis ALA, Silva HF, Oliveira M A, Luiza VL. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. 2000; 16:171-82..
- 55.** Macharelli CA. *Mortalidade Perinatal em Botucatu- SP 1991/1992*. (Dissertação). Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1995.
- 56.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 57.** Brasil. Ministério da Saúde. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*. Brasília; 2004.
- 58.** Dias MAB, Deslandes SF. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2004;20:109-16.

59. Faúndes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cad Saúde Pública*. 1991; 7:150-73.
60. Conselho Federal de Medicina. Cesariana: uma epidemia invisível. *Medicina*. 1987. 84:18-9.
61. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985; 2:436-37.
62. Hopkins K. Are brazilian women really choosing to delivery by cesarean? *Soc Sci Med*. 2000; 51:725-40.
63. Tanaka ACA. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo (SP): Hucitec; 1995.
64. Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996. Publicação OMS/SRF/MSM/96.24.
65. Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001.
66. Oliveira SMJV, Riesco MLG, Miya CFR, Vidotto P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Rev Latino-am Enferm*. 2002; 10:667-74.
67. Brasil. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Ministério da Saúde. Instituição do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 8 jun. 2000.
68. Scochi CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Rossanez LSS, Fonseca LMM, Leite AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. *Rev Latino-am Enferm*. 2003; 11:539-43.

- 69.** Caniel EF, Antonio MARGM, Mota MRML, Morcillo AM, Zanolli ML. A Declaração de Nascido Vivo como orientadora de ações de saúde em nível local. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2003; 3:165-74.
- 70.** Rocha RCL, Souza E, Guazzelli CAF, Chambô FA, Soares EP, Nogueira ES. Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006; 28: 530-5.
- 71.** Adorno RCF. Capacitação solidária: um olhar sobre os jovens e sua vulnerabilidade social. São Paulo, Associação de Apoio ao Programa Capacitação Solidária; 2001.
- 72.** Nascimento, LFC, Gotlieb SLD. Fatores de risco para o peso ao nascer, com base em informações da Declaração de Nascido Vivo em Guratinguetá, SP, no ano de 1998. *Inf. Epidemiol SUS.* 2001; 10: 113-20.
- 73.** Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de Saúde à convenção dos direitos da criança e do adolescente da Organização das Nações Unidas (ONU). Brasília: Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
- 74.** Sociedade Brasileira de Pediatria. Atualizações 2006 para o manual do Curso de Reanimação Neonatal – Documento Científico do Programa de Reanimação Neonatal. (Monografia da Internet). Rio de Janeiro: SBP; 2006. (Acesso 20 de maio de 2008). Disponível em: <http://www.sbp.com.br>.
- 75.** Cunha AA, Fernandes DS, Melo PF, Guedes MH. Fatores associados à asfixia perinatal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26:799-805.
- 76.** Amorim MMR, Vilela PC, Santos ARVD, et al. Impacto das malformações congênitas na mortalidade perinatal e neonatal em uma maternidade-escola do Recife. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2006;6 supl.1:19-s25.

-
- 77.** Lamy ZC. Estudos das situações vivenciadas por pais de recém nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz;1995.
- 78.** Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília; 2002.
- 79.** Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados peri-natais em puérperas de baixa renda. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18: 153-61.
- 80.** Academia Americana de Pediatria. Gravidez na adolescência: tendências e questões atuais. *Pediatrics*. 1999; 3: 439-44.
- 81.** Yunes J, Días A. A situação da saúde materno-infantil e suas tendências na América Latina e no Caribe: In: Benguigui Y. et al. *Ações de saúde Materno-Infantil a Nível Local: segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância*. Washington: Opas; 1997. p. 1- 12.
- 82.** Hartz ZMA, Champagne F, Leal MC, Contandriopoulos AP. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Rev Saúde Pública*.1996;30:310-8.
- 83.** Caldeira AP, Franca E, Perpetuo IHO, Goulart EMA. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. *Rev Saúde Pública*. 2005;39:67-74.
- 84.** Doggett C, Burrett S, Osborn DA. Visitas domiciliares durante el embarazo y el postparto para mujeres con problemas de alcohol o drogas. *Cochrane Rev*. 2007;4.
- 85.** Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: uso de drogas no terceiro trimestre e prevalência de transtornos psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 28:122-5.

- 86.** BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- 87.** Leite WCL, Perico LAD. Vigilância à saúde do recém nascido na Divisão de Saúde Comunitária. *Acta Paul Enferm.* 1996;9:74-8.
- 88.** Victora CG. Fatores de risco nas IRA baixas. In: Benguigui Y. et al. Organizadores. Infecções respiratórias em crianças. Washington:OPAS/OMS;1998. Série HCT/AIEPI-1.P.
- 89.** Botucatu. Prefeitura Municipal. Secretaria da Municipal de Saúde. Programa de Saúde da criança. Botucatu; 2007. Mimiografado.
- 90.** Sucupira ACSL, Bresolin AMB, Pedro EEKO, Salve PP, Zuccolotto SMC, Norcia HÁ, et al. Projeto acolhimento. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde; 2003.
- 91.** Bresolin AMB, Sucupira ACSL. O acompanhamento da criança nos primeiros dois anos de vida. In: Bresolin, AMB, Sucupira ACSL. Caderno temático da criança. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2003. p.29-33.
- 92.** Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Brasília; 1986.
- 93.** Salles FT, Chiesa AM, Fracolli RA. Cuidado domiciliar a crianças menores de cinco anos pós-internação por IRA. In: Cunha AJLA.Organizador. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: implantação e avaliação no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 311-28.
- 94.** Rezende MA,Sigaud CHS, Veríssimo MDLOR. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. *Rev Latino-Am Enferm.* 2002;10: 234-8.
- 95.** Giugliani ERJ, Victora CG. Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 1997.

-
- 96.** Valle NCJ, Santos IS, Gigante DP. Aconselhamento nutricional da AIDI e crescimento infantil. In: Cunha AJLA, Sant'Anna CC, Pinto LAM, March MFP. Organizador. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: implantação e avaliação no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 169-85.
- 97.** Santos CS, Lima LS, Javorski M. Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura do Recife, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2007; 7: 273-80.
- 98.** Almeida C, Travassos C, Porto S, Baptista T. A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 1999. Technical Papers, 17.
- 99.** Sousa LB, Souza RKT, Scochi MJ. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2006; 87: 496-503.
- 100.** São Paulo. Secretaria da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica. Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica. TBVE- Imunizações- Unidade I. São Paulo; 1998.
- 101.** São Paulo. Secretaria da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica. Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica. TBVE- Imunizações- Unidade III. São Paulo; 1998.
- 102.** Figueiredo GLA. Experiências de famílias sobre a vacinação de crianças menores de dois anos: subsídios para o cuidado de enfermagem[Doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
- 103.** Simons DA, Paixão AC, Rivorêdo CRSF. Pneumonia em crianças de 0 a 4 anos: confronto de diagnóstico. In: Cunha AJLA, Sant'Anna CC, Pinto LAM, March MFP. Organizador. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: implantação e avaliação no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p.335-56.

-
- 104.** Carvalho CN. Pneumonia comunitária em crianças e adolescentes em Salvador. Cunha AJLA, Sant'Anna CC, Pinto LAM, March MFP. Organizador. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: implantação e avaliação no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p.271-309.
- 105.** Caetano JRM, Bordin IAS, Ppuccini RF, Peres CA. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. Rev Saúde Pública. 2002; 36: 285-91.
- 106.** César JÁ, Victória CG, Barros FC, Ramos FA. Hospitalização em menores de um ano pertencentes a duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. Cad Saúde Pública. 1996.12 supl 1: 67-71.
- 107.** Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 7: 7-14.
- 108.** Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues RA, et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde, In: Merhy EE, Onocko R, Organizadores. Agir em saúde: um desafio para a saúde pública. São Paulo: Hucitec; 1997. p.113-50.
- 109.** Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface – Comunic Saúde Educ. 2004; 8: 79-92.
- 110.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2003; 3:113-25.
- 111.** Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, Organizadores. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p.229-66.

Anexos

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1 - Instrumento para Identificação de Risco do Programa Crescer Feliz

(PRIMEIRA VERSÃO)

Nome da mãe _____ ☎ _____
 Endereço: _____ Nº _____ Bairro _____
 Centro de Saúde que frequenta/pertence _____ Data de Nascimento ____/____/____
 Endereço no puerpério imediato: _____ Nº _____ Bairro _____
 Hospital onde ocorreu o parto: _____

1. RISCO BIOLÓGICO (Dois pontos para cada item assinalado)

- Peso de nascimento $\leq 2.500\text{g}$
- Idade gestacional ao nascimento < 37 semanas
- Patologia com internação
- Malformação congênita
- Índice de Apgar 5º minuto < 7
- Filho de mãe HIV +
- Gemelaridade

2. RISCO SOCIAL (Um ponto para cada item assinalado)

- Idade da mãe: < 18 anos ou > 35 anos
- Mãe analfabeta/semianalfabeta (1ª série incompleta)
- Parto fora do ambiente hospitalar
- Nº filhos vivos ≥ 3
- Nº de filhos mortos ≥ 2 (ou 1 se evitável por vigilância ao RN)
- Chefe da família sem emprego ou mãe como “chefe” da família
- Mãe sem companheiro/apoio
- Criança residente em área de risco pré-estabelecido
- Mãe sem seguimento pré-natal (≤ 3 consultas)
- Pais usuários de droga (lícitas ou ilícitas)

PONTUAÇÃO TOTAL _____

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO:

- SEM RISCO: zero (0) ou 1 ponto
- GRAU 1: de 2 a 6 pontos
- GRAU 2: de 7 a 10 pontos
- GRAU 3: de 11 a 25 pontos

Responsável pelo preenchimento _____ Data: ____/____/____

9.2. Anexo 2 - Instrumento para Consulta de Enfermagem Domiciliar

UBS: _____ Risco Grau _____

1. IDENTIFICAÇÃO

RN de _____

Idade da mãe _____ Nome do RN _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Data de Nasc.: ___/___/___ Local _____ Dias de vida _____

Tipo de Parto () Normal () Cesárea () Fórceps

Idade Gestacional _____ Prematuro () Termo ()

Peso ao nascer _____ g Comprimento _____ cm Apgar 1/5/10 ___/___/___

2. ALIMENTAÇÃO

Leite materno- Exclusivo () Misto ()

Artificial () Tipo de Leite _____ Diluição _____

Avaliação da Mamada: Sim () Não() Alterações _____

3. ELIMINAÇÕES

Fezes: _____ Urina _____

4. EXAME FÍSICO

Temperatura _____ Pele: () normal () assaduras () icterícia () impetigo

Outras Alterações de Pele _____

Olhos: () normal () secreção Alterações _____

Boca: () normal () Alterações _____

Respiração: () normal () com dificuldade _____

Umbigo: () normal () com secreção () odor fétido Alterações _____

Genitas: _____

Membros: _____

5. CONDIÇÕES DE HIGIENE

Cabeça: _____

Unhas: _____

Roupas: _____

Fraldas _____

Banho: _____

Residência: _____

6. INTERCORRÊNCIAS

Referidas pela mãe: _____

Observadas: _____

Orientações: _____

Observações: _____

Sono: _____

Cólica: _____

Choro: _____

Regurgitação: _____

Gerais: _____

7. AGENDAMENTO:

Consulta de enfermagem: ____ / ____ / ____ Hora _____

8. ORIENTAÇÕES GERAIS

9. RISCO: Mantido () Retirado () Acrescentado () Grau _____

Visitador(es): _____ Data ____ / ____ / ____

CARTÃO ENTREGUE NA VISITA DOMICILIAR

PROGRAMA CRESCER FELIZ

Unidade de Saúde _____

Nome da mãe _____

Data da Consulta ____ / ____ / ____ Horário _____

Falar com _____

NÃO ESQUECER DE LEVAR :

- Comprovante de endereço;
- Certidão de nascimento do bebê;
- Cartão de Pré-Natal da mãe.

DATA ____ / ____ / ____

9.3. Anexo 3 - Instrumento para Identificação de Risco do Programa Crescer Feliz (VERSÃO ATUAL)

Nome da mãe _____ ☎ _____

Endereço: _____ N° _____ Bairro _____

Centro de Saúde que frequenta/pertence _____ Data de Nascimento ____/____/____

Endereço no puerpério imediato: _____ N° _____ Bairro _____

Hospital onde ocorreu o parto: _____

3. RISCO BIOLÓGICO

- Peso de nascimento $\leq 2.500\text{g}$ (Peso - _____ g)
- Idade gestacional ao nascimento < 37 semanas
- Patologia com internação em UCI/UTI
- Malformação congênita ou múltiplas doenças genéticas
- Índice de Apgar 5º minuto < 7
- Filho de mãe HIV +

4. RISCO SOCIAL

- Idade da mãe: < 18 anos
- Mãe analfabeta
- N° de filhos mortos ≥ 2 (ou 1 se evitável por vigilância ao RN)
- Chefe da família sem emprego ou mãe como “chefe” da família
- Mãe sem companheiro/apoio
- Mãe sem seguimento pré-natal (≤ 3 consultas)
- Mãe com problemas psiquiátrico ou doença que impossibilite cuidar da criança
- Pais usuários de álcool e/ou drogas

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO _____

DATA: ____/____/____.

PREENCHIMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

() Área de risco pré-estabelecido SIM () NÃO ()

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO:

() SEM RISCO () RISCO (1 BIOLÓGICO OU SOCIAL - 2 ou mais)

9.4. Anexo 4 - Questionário sobre o processo de atenção no Programa Crescer Feliz**1. Dados de Identificação**

01. Unidade:	UNID
02. Nome:	NOME
03. Matrícula:	MATRIC
04. Endereço:	Telefone: ENDERE
05. D.N.: / / 2006	DATANAS
06. IDADE	IDADE
07. SEXO: (1) Feminino (2) Masculino	SEXO
08. Nome da mãe:	NOME MÃE
09. Local de Nascimento (1) ABHS (2) UNESP (3) Misericórdia (4) Domicílio (5) Outro _____	HOSPNASC
10. Tipo de parto: (1) Normal (2) Cesárea (3) Normal com fórceps	PARTO
11. Idade Gestacional de nascimento: _____ (1) 22s a 27s6d (2) 28s a 31s6d (3) 32s a 36s6d (4) 37s a 41 semanas (5) > 42 semanas	IGGEST

2. RISCO BIOLÓGICO

12. Peso de nascimento: _____ (1) < 1000g (2) 1000 a 1499g (3) 1500 a 2499g (4) 2500 a 2999g (5) 3000 a 3999g (6) >=4000g	PESO
13. Doença/Intercorrência ao nascer que justifique internação em UTI/CTI: (1) SIM (2) NÃO	DOENÇA
Tipo(s) de doença(s) que justifique(m) internação em UTI/UCI: () Não (1) Prematuridade (2) Doença de membrana hialina (3) Tocotraumatismo ... Outras _____	TIPODO
14. Fototerapia precoce (1) SIM (2) NÃO	FOTOPRE
15. Fototerapia por mais de 24 horas (1) SIM (2) NÃO	FOTO24
16. Malformação congênita:; (1) SIM (2) NÃO	MALFORM
17. Qual (is) a(s) malformação (ões) congênita(s) apresentada(s)? (1) Defeito cardíaco (2) Anormalidade de orelha ou olho (3) Micrognatia (4) Defeitos causados por agentes químicos (álcool ou drogas) (5) Aberrações cromossômicas (6) Outras _____	QUALMAL
18. Apgar de 5 minutos: _____	APGAR
19. Mãe HIV +: (1) SIM (2) NÃO	MÃEHIV

3. RISCO SOCIAL

20. Idade da mãe < 18 anos: (1)SIM (2)NÃO Qual?	IDADMÃE
21. Escolaridade da mãe (anos aprovação escolar): (1) Analfabeta (2) 1 a 3 (3) 4 a 7 (4) 8 a 11 (5) 12e +	ESCOMÃE
22. Filho morto com menos de cinco anos de idade: (1)SIM (2)NÃO Idade do óbito: _____	FILHMORT
23. Chefe de família sem emprego ou mãe chefe de família (1)SIM (2) NÃO	CHEFEFAM
24. Mãe sem companheiro/apoio: (1)SIM (2)NÃO	MÃEAPOIO
25. Seguimento pré-natal (consultas): (1) nenhuma (2) de 1 a 3 (3) de 4 a 6 (4) 7 e mais (5) ignorado	PRENATAL
26. Mãe com problema psiquiátrico ou doença que impossibilite cuidar da criança: (1) SIM (2)NÃO	MAEPSIQ
27. Pais usuários de droga e/ou álcool: (1)SIM (2)NÃO	DROGA

4. CLASSIFICAÇÃO DO RISCO

28. CLASSIFICAÇÃO DO RISCO: (1)BIOLÓGICO (2)SOCIAL (3)AMBOS	CLASSIF
29. Área de risco pré-estabelecida: (1)SIM (2)NÃO	AREA
30. Recebeu visita domiciliar? (1)SIM (2)NÃO Se sim, quantos dias após o parto? _____	VISITA

5. SITUAÇÃO VACINAL

31. BCG: (1)SIM (2)NÃO	BCG
32. HEPATITE B 1ª Dose: (1)SIM (2)NÃO	HEPB1
33. HEPATITE B 2ª Dose: (1)SIM (2)NÃO	HEPB2
34. HEPATITE B 3ª Dose: (1)SIM (2)NÃO	HEPB3
35. TETRAVALENTE 1ª Dose: (1)SIM (2)NÃO (3)CI. Porquê?	TETRA1
36. TETRAVALENTE 2ª Dose: (1)SIM (2)NÃO (3)CI. Porquê?	TETRA2
37. TETRAVALENTE 3ª Dose: (1)SIM (2)NÃO (3)CI. Porquê?	TETRA3
38. POLIOMIELITE 1º Dose: (1)SIM (2)NÃO	POLIO1
39. POLIOMIELITE 2º Dose: (1)SIM (2)NÃO	POLIO2
40. POLIOMIELITE 3º Dose: (1)SIM (2)NÃO	POLIO3
41. TRÍPLICE VIRAL 1º Dose: (1)SIM (2)NÃO	TV
42. ROTAVÍRUS 1ª Dose: (1)SIM (2)NÃO (3)CI. Porquê?	ROTA1
43. ROTAVÍRUS 2ª Dose: (1)SIM (2)NÃO (3)CI. Porquê?	ROTA2
44. OUTRAS VACINAS: (1)SIM (2)NÃO Se sim qual? _____	OUTVAC

6.DADOS DE INTERNAÇÕES

45. Houve necessidade de internação no 1º ano de vida? (1)SIM (2)NÃO – PASSE PARA QUESTÃO Nº 43	INTERN
46. Se Sim na resposta anterior: Qual a idade da internação? (1) 1º mês (2) 2º mês (3)3º mês (4)4º mês (5)5º mês (6)6º mês (7)7º mês (8)8º mês (9)9º mês (10)10º mês (11)11º mês (12)12º mês	IDADINT
47. Motivo da internação: (1) Doenças relacionadas ao nascimento (2) Infecções respiratórias (3) Doenças do sistema nervoso (4) Desidratação (5)Desnutrição (6)Doenças infecciosas (7) Outros	MOTIVOIN
48. Local de internação: (1) ABHS (2) UNESP (3) Misericórdia (4) Outro	LOCALIN
49. Tempo de internação: (1) 1 dia (2)2-4 dias (3) 5 – 7 dias (4) 8 a 15 dias (5)+ 15 dias	TEMPOINT

7. ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA NA UNIDADE DE SAÚDE**(Repetir quantas vezes forem necessárias)**

50. DATA ___ / ___ / ___	DATATEND
51. Idade: _____	MESES
52. Tipo de atendimento: (1) CE (2)CM (3)Dentista (4) AE (5) outro	TIPOATEN
53. Diagnóstico: (1)Eutrófica (2)Respiratórias (3)gastrintestinais (4) parasitoses (5) dermatites (6)desnutrição (7)infecciosas (8)ITU (9) outras	DIAGN
54. Medicamentos prescritos: (1) Vitaminas (protocolo) (2) Antitérmicos (3) Antiinflamatórios (4) Antibióticos (5) Vermífugos (6) Antifúngicos (7) Anticonvulsivantes (8) TRO (9) Outro	MEDPRES
55. Alimentação: (1)AME (2)AME+líq não nutritivos (água, chá) (3)AM + leite fluido(4) AM+fórmulas (5) Leite artificial (6) AM + papas (7) AM + geral (8) leite artificial + papas (9) outros	ALIMENT
56. Percentil: (1) P3,0 (2) P10 (3)P25 (4)P50 (5)P75 (6)P90 (7) >P90	PERCEN
57. Exames realizados: (1) PPF (2) Hemograma (3)Urina Simples (4)Urocultura (5)Glicemia de jejum (6)outros _____ (7) não	EXAMES
58. Cuidador: (1) mãe (2) avó (3)irmã(o) (Idade: _____) (4)Tio (5)Babá (6)Pai (7)amigo da família (8)vizinho (9)outro _____	CUIDADOR
59. Interconsulta : ()sim () não Para onde : (1) ABHS (2) UNESP (3)ARE (4)OUTRO _____ Especialidade: _____	INTERC

9.5. Anexo 5 - Questionário sobre a Estrutura do Programa Crescer Feliz (*questionário a ser respondido pelo médico e enfermeira da Unidade mais envolvidos com o Programa Crescer Feliz*)

1. IDENTIFICAÇÃO

1. Nome da Unidade	1NOME
2. Tipo de Unidade [1] Centro de Saúde [2] Policlínica [3] Unidade de Saúde da Família	1TIPO
3. Número de recém-nascidos de risco da Unidade:	1NUMERO

2. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA NA UNIDADE

4. Existe, na Unidade, alguma forma de identificar os RNs do Programa Crescer Feliz?	2IDENTI
5. Está disponível, na Unidade, para todos os profissionais, cópia do Programa Crescer Feliz?	2COPIA
6. Na Unidade, os RNs de risco, do Programa Crescer Feliz, são registrado em livro próprio para isso? [1] Sim [2] Não	2LIVRO
7. Na Unidade, as fichas de visita dos RNs de risco são rotineiramente arquivadas nos prontuários das crianças? [1] Sim [2] Não	2ARQUI
8. Na Unidade, os RNs do Programa Crescer Feliz têm prioridade para consulta médica? [1] Sim [2] Não	2PRIME
9. Na Unidade, os RNs do Programa Crescer Feliz têm prioridade para consulta de enfermagem? [1] Sim [2] Não	2PRIENF
10. Na Unidade, é realizado rotineiramente Grupo de Gestante? [1] Sim [2] Não	2ROTGES
11. No último mês, quantas vezes a enfermeira participou de Grupo de Gestantes? [1] Nenhuma [2] 1 [3] 2 [4] 3 [5] 4 ou mais [9] Não sabe	2ENFGG
12. 11. No último mês, quantas vezes o médico participou de Grupo de Gestantes? [1] Nenhuma [2] 1 [3] 2 [4] 3 [5] 4 ou mais [9] Não sabe	2MEDGG
13. Na Unidade, é realizado rotineiramente Grupo de RNs? [1] Sim [2] Não	2ROTRN
14. No último mês, quantas vezes a enfermeira participou de Grupo de RNs? [1] Nenhuma [2] 1 [3] 2 [4] 3 [5] 4 ou mais [9] Não sabe	2ENFGRN
15. No último mês, quantas vezes o médico participou de Grupo de RNs? [1] Nenhuma [2] 1 [3] 2 [4] 3 [5] 4 ou mais [9] Não sabe	2MEDGRN
16. Na Unidade, existe alguma atividade realizada especificamente com os RNs de risco, do Programa Crescer Feliz? [1] Sim [2] Não	2ESPECI
17. Quais as atividades realizadas especificamente com os RNs de risco do Programa Crescer Feliz? [1] Grupo Educativo com Mães [2] VER OUTRAS POSSIBILIDADES [3] [4] Outra _____ [8] Não corresponde (nenhuma atividade é realizada especificamente c/ esses RNs) [9] Não sabe	2QUALESP

3. RECURSOS HUMANOS

18. Na Unidade, o enfermeiro assistencial (Centro de Saúde ou Policlínica) ou do PSF tem, como parte de suas atividades, o atendimento do RN de risco? [1] Sim [2] Não	3ENFASS
19. Na Unidade, o enfermeiro administrativo (Centro de Saúde ou Policlínica) tem como parte de suas atividades, o atendimento ao RN de risco? [1] Sim [2] Não [3] PSF	3ENFAD
20. Todos os médicos pediatras da Unidade (Centro de Saúde ou Policlínica) ou de PSF têm, como parte de suas atividades, o atendimento ao RN de risco? [1] Sim [2] Não [3] PSF	3MEDAT

21. Quantos auxiliares de enfermagem da Unidade foram capacitados para atender RNs de risco? [1] Nenhum [2] 1 [3] 2 [4] 3 [5] 4 [6] 5 ou mais [9] Não sabe	3AUXENF
22. Quantas visitas domiciliares foram feitas para RNs de risco, pela enfermeira assistencial, no último mês? [1] Nenhuma [2] 1 [3] 2 [4] 3 [5] 4 [6] 5 ou mais [9] Não sabe	3ENFASVD
23. Quantas visitas domiciliares foram feitas para RNs de risco, pela enfermeira administrativa, no último mês? [1] Nenhuma [2] 1 [3] 2 [4] 3 [5] 4 [6] 5 ou mais [9] Não sabe	3ENFADVD
24. Quantas consultas médicas de ROTINA foram realizadas na Unidade para RNs de risco, no último mês? [1] Nenhuma [2] 1 a 5 [3] 6 a 10 [4] 11 a 15 [5] 16 a 20 [6] 20 a 25 [7] 26 a 30 [8] 31 ou mais [9] Não sabe	3MEDROT
25. Quantas consultas médicas EVENTUAIS foram realizadas na Unidade para RNs de risco, no último mês? [1] Nenhuma [2] 1 a 5 [3] 6 a 10 [4] 11 a 15 [5] 16 a 20 [6] 20 a 25 [7] 26 a 30 [8] 31 ou mais [9] Não sabe	3MEDEV
26. O enfermeiro assistencial (Centro de Saúde, Policlínica ou USF) conhece o número de RNs de risco da Unidade, inscritos no Programa Crescer Feliz? [1] Sim [2] Não	3ENFSABE
27. De acordo com o enfermeiro da Unidade, quantos são os RNs de risco da Unidade, inscritos no Programa Crescer Feliz? [9] Não sabe	3QTOENF
28. O médico pediatra (Centro de Saúde ou Policlínica) ou de saúde da família conhece o número de RNs de risco da Unidade inscritos no Programa Crescer Feliz? [1] Sim [2] Não	3MEDSABE
29. De acordo com o médico da Unidade, quantos são os RNs de risco da Unidade inscritos no Programa Crescer Feliz? [9] Não sabe	3QTOMED

4. RECURSOS FÍSICOS

30. Existe na Unidade, alguma forma de identificar os prontuários dos RNs de risco, inscritos no Programa Crescer Feliz? [1] Sim [2] Não	4IDENT
31. Como é feita a identificação do prontuário dos RNs de risco, inscritos no Programa Crescer Feliz? [1] Guarda-se o prontuário em arquivo separado [2] Guarda-se o prontuário com os demais, mas assinala-se na capa [3] Outro _____ [8] Não corresponde (não é feita a identificação) [9] Não sabe	4COMOID
32. Os prontuários dos RNs de risco, inscritos no Programa Crescer Feliz, são arquivados adequadamente (ordem numérica e local adequado)? [1] Sim [2] Não	4ARQUI
33. Existe na Unidade sala para Acolhimento? [1] Sim [2] Não	4ACOLHE
34. A sala para Acolhimento da Unidade é adequadamente montada (mesa e cadeiras, impressos usuais do Serviço e maca)? [1] Sim [2] Não	4ADEACO
35. Todos os consultórios de Pediatria da Unidade estão adequadamente montados (mesa e cadeiras, impressos usuais do Serviço e maca)? [1] Sim [2] Não	4ADECON
36. A Sala de Vacinas da Unidade está adequadamente montada (citar o que deve ter numa sala de vacinas, para ser considerada adequada) [1] Sim [2] Não	4ADESV

5. RECURSOS MATERIAIS

37. Existe na Unidade régua toesa [1] Sim [2] Não	5REGUA
38. Existe na Unidade fita métrica? [1] Sim [2] Não	5FITA
39. Existe na Unidade termômetro clínico? [1] Sim [2] Não	5TERMO
40. Existe na Unidade ambu? [1] Sim [2] Não	5AMBU
41. Existe na Unidade aspirador? [1] Sim [2] Não	5ASPIRA
42. Existe na Unidade drogas de emergência (listar aquelas que deveriam estar disponíveis na Unidade de Atenção Básica)? [1] Sim [2] Não	5DROGA
43. Existe na Unidade, rotineiramente, antibióticos para uso infantil? [1] Sim [2] Não	5ANTIBI
44. Existe na Unidade, rotineiramente, antitérmicos para uso infantil? [1] Sim [2] Não	5ANTITE
45. Existe na Unidade, rotineiramente, todas as vitaminas do protocolo (citar quais são....)? [1] Sim [2] Não	5VITA
46. Existe na Unidade, rotineiramente, anti-inflamatórios para uso infantil? [1] Sim [2] Não	5ANTINF
47. Existe na Unidade, rotineiramente, antialérgicos para uso infantil? [1] Sim [2] Não	5ANTIA

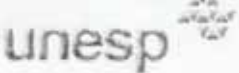

Observações:

Data: ____/____/____.


9.7. Anexo 7 – Roteiro para entrevista com as mães

- 1- Você pode me dizer como foi o atendimento realizado a seu filho no Posto de Saúde no primeiro ano de vida?
- 2- Alguma vez, durante o primeiro ano de vida de seu filho, você procurou o Posto de Saúde e não conseguiu que ele fosse atendido? Conte-me como foi isso.
- 3- Você já ouviu falar no Programa Crescer Feliz, dirigido a recém-nascidos do município de Botucatu? O que você ouviu falar? Você considera que seu filho participou desse Programa?
- 4- Você poderia me dizer o que mais gosta e o que menos gosta com relação ao atendimento do seu filho no Posto de Saúde?
- 5- Você poderia me dizer o que mais gosta e o que menos gosta com relação ao atendimento do seu filho no Posto de Saúde?

9.8. Anexo 8 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa


Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu


Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
 CEP: 18.618-970
 Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
 e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br


 Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
 abril de 1997

Botucatu, 04 de dezembro de 2.006 OF.598/2006-CEP

Ilustríssima Senhora
Prof.^a Dr.^a Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Dr.^a Cristina,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP informo que o Projeto de Pesquisa "Morte maternas e neonatais na Direção Regional de Saúde XI - Botucatu", a ser coordenado por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 04/12/2006.

Informo que o projeto acima foi dividido em 3 sub-projetos a saber:

Sub Projeto 1: "Itinerário terapêutico dos casos de morte materna e neonatal ocorridos na Direção Regional de Saúde XI" a ser conduzido por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 04/12/2006.

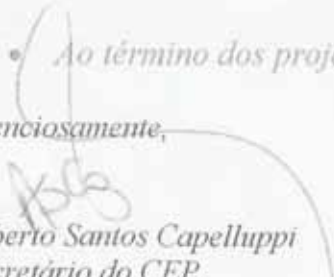
Sub Projeto 2: "Avaliação do Programa Crescer Feliz: acompanhamento dos recém nascidos a risco no município de Botucatu/SP" a ser conduzido por Ana Lúcia Forti Luque, que será objeto de Dissertação de Mestrado, orientado pela Prof.^a Dr.^a Cristina Maria Garcia de Lima Parada, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 04/12/2006.

Sub Projeto 3: "Relação entre infecção do trato urinário e do trato genital inferior em gestantes" a ser conduzido por Danielle Cristina Alves Feitosa, que será objeto de Dissertação de Mestrado, orientado pela Prof.^a Dr.^a Cristina Maria Garcia de Lima Parada, já aprovado por este CEP em 07/11/2005.

Situação do Projeto: APROVADO:

- *Ao término dos projetos, apresentar ao CEP Relatório Final de Atividades.*

Atenciosamente,


 Alberto Santos Capelluppi
 Secretário do CEP.