

## Acesso e cuidado do recém-nascido em um programa de atenção à saúde

Poliana Remundini de Lima<sup>1</sup>, Maria Cândida de Carvalho Furtado<sup>2</sup>, Márcia Cristina Guerreiro dos Reis<sup>3</sup>,  
Débora Falleiros de Mello<sup>4</sup>, Juliana Coelho Pina<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, nível Mestrado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: [poliana.lima@usp.br](mailto:poliana.lima@usp.br).

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Associada da EERP/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: [mcandida@eerp.usp.br](mailto:mcandida@eerp.usp.br).

<sup>3</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: [mguerreirodosreis@yahoo.com.br](mailto:mguerreirodosreis@yahoo.com.br).

<sup>4</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Associada da EERP/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: [defmello@eerp.usp.br](mailto:defmello@eerp.usp.br).

<sup>5</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: [pina.juliana@ufsc.br](mailto:pina.juliana@ufsc.br).

Recebido: 16/09/2014.

Aceito: 09/06/2015.

Publicado: 31/03/2016.

### Como citar esse artigo:

Lima PR, Furtado MCC, Reis MCG, Mello DF, Pina JC. Acesso e cuidado do recém-nascido em um programa de atenção à saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016 [acesso em: \_\_/\_\_/\_\_];18:e1156.

Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.31930>.

## RESUMO

Estudo transversal que objetivou descrever o acesso e a integralidade do atendimento de crianças menores de um ano de idade, nascidas entre janeiro de 2010 a dezembro de 2012 em um município brasileiro, a partir de um programa de atenção ao recém-nascido. Das 24.560 crianças, 55,0% são usuárias do Sistema Único de Saúde; 10,1% das crianças apresentaram baixo peso ao nascer; 6.332 (46,9%) crianças receberam vacina BCG no dia da consulta de enfermagem; 13.590 (79,5%) crianças realizaram triagem neonatal com menos de sete dias de vida; 17.035 (69,4%) crianças foram vacinadas contra Hepatite B ao nascimento; dentre os usuários SUS, 68% das crianças compareceram à consulta de enfermagem na primeira semana de vida e 37,8% à consulta médica após 10 dias de vida. O estudo apresenta informações sobre o cuidado, após o nascimento, do recém-nascido na rede básica de saúde, como potencial instrumento para coordenar a assistência prestada a esta clientela.

**Descritores:** Recém-Nascido; Cuidado Pós-Natal; Avaliação em Saúde; Enfermagem Pediátrica.

## INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil, assim como o acesso e a qualidade dos serviços de saúde prestados à criança, configuram-se como problemas discutidos a nível mundial<sup>(1-2)</sup>. O Brasil, signatário dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) previstos para serem alcançados até o ano 2015, atingiu a meta de redução da mortalidade infantil e busca atender às necessidades relacionadas à assistência perinatal

mediante a implementação de políticas públicas que têm como objetivo a promoção da saúde e bem-estar das crianças, redução da mortalidade infantil e qualificação da assistência nos diversos níveis de organização do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(3-7)</sup>.

Neste caso, o Ministério da Saúde brasileiro traça estratégias para ações voltadas à promoção do nascimento saudável; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (C&D); imunização; promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, com enfoque prioritário para a vigilância da saúde das crianças de maior risco e cuidados às doenças prevalentes no período neonatal<sup>(4,6)</sup>. Estas medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde nos primeiros anos de vida são consideradas fundamentais para que o crescimento infantil se processe de modo adequado<sup>(2,4,7)</sup>.

O acompanhamento do C&D proporciona à criança as avaliações necessárias nos primeiros anos de vida, com intervenções e encaminhamentos realizados mediante identificação de alterações nos padrões esperados<sup>(7-8)</sup>. O intuito é garantir assistência integral como também referenciar a criança, quando necessário, para serviços de saúde de maior complexidade oferecendo resolubilidade para os casos<sup>(4,7-9)</sup>, permitindo com isso que a criança tenha acesso às ações de cuidado dentro de uma organização que permita a integralidade do mesmo<sup>(2,4,9)</sup>.

Documento lançado pelo Ministério da Saúde brasileiro, a Agenda de Compromisso preconiza a primeira semana de saúde integral, mediante estratégia de trazer a criança precocemente para a unidade de saúde, ainda na primeira semana de vida<sup>(4)</sup>. Neste momento, recém-nascido (RN), sua mãe e família serão acolhidos pela equipe de saúde, sendo uma oportunidade de atendimento que viabiliza o estímulo e o auxílio a estas famílias frente às situações que podem enfrentar nessa fase da vida da criança, como dificuldades com o aleitamento materno e o cuidado do bebê<sup>(7)</sup>. Também é um espaço para realizar e orientar a imunização da criança, realizar a triagem neonatal (teste do pezinho), bem como identificar ou fortalecer a rede de apoio à família. Neste encontro, ainda se faz importante verificar a Caderneta de Saúde da Criança, identificar riscos e vulnerabilidades e avaliar a saúde da puérpera<sup>(4,7)</sup>.

O olhar para as ações na saúde da criança se completa mediante a avaliação das mesmas, tendo como apoio e incentivo a Agenda de Compromisso<sup>(4)</sup>, que evidencia a avaliação de tais ações, como potencial fornecedora de subsídios para aprimorar a gestão de serviços e programas de saúde e possibilitar mudanças nas estratégias de atenção prestada à criança<sup>(4,10-11)</sup>.

Considerando a importância do acesso<sup>(2,4)</sup> aos serviços de saúde e do acompanhamento do C&D como estratégia para redução do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) e de seus componentes<sup>(1,7)</sup>, e também para proporcionar melhor qualidade de vida para esta clientela, este estudo se faz relevante ao investigar ações que podem potencializar o cuidado da criança na rede básica de saúde. Para tanto, objetivou-se descrever após o nascimento, e dentro da perspectiva do acesso e da integralidade do cuidado, o primeiro atendimento na rede básica de saúde de crianças residentes em um município paulista.

## MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, desenvolvido em Ribeirão Preto, município de médio porte localizado no Estado de São Paulo - Brasil, com 604.682 habitantes em 2010<sup>(12)</sup>. A assistência à saúde no âmbito do SUS, organiza-se em cinco Distritos de Saúde, caracterizados por regiões com populações e áreas definidas a fim de facilitar o acesso aos serviços prestados. Cada Distrito contém uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS) e várias Unidades Básicas de Saúde (UBS), que realizam atendimento básico nas áreas médicas, odontológicas e de enfermagem para a população de sua área de abrangência. Além disso, as UBDS possuem pronto atendimento para urgências e atendem especialidades como pediatria, ginecologia e obstetrícia.

Criado em 1995 e inserido no Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (PAISCA) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o Programa Floresce uma Vida tem como foco a articulação entre maternidade e rede básica de saúde, com objetivo de redução do CMI e de garantia do acesso dos recém-nascidos (RN), aos serviços públicos de saúde<sup>(13-14)</sup>. Para tanto, possui uma equipe de auxiliares de enfermagem em cada uma das quatro maternidades públicas do município que atendem usuários SUS. Tal equipe realiza o agendamento na rede básica de saúde da consulta de enfermagem, triagem neonatal e vacina BCG, todas na primeira semana de vida dos RN; a consulta médica, na segunda semana de vida. Também identifica crianças com risco para o desenvolvimento e agenda atendimento em serviço especializado. Assim, o Programa objetiva a continuidade da assistência iniciada na maternidade, articulando-se com outros setores, favorecendo a integralidade e a coordenação dos serviços para essa população<sup>(13-14)</sup>.

Como forma de coordenar a atenção à criança, monitorar e acompanhar as ações do Programa, o enfermeiro, responsável técnico pelo Programa envia mensalmente, para as unidades de saúde, planilhas das crianças nascidas, com informações a serem preenchidas pelos enfermeiros acerca do atendimento destas. Após preenchimento, tais planilhas são devolvidas ao Programa; sob a supervisão e orientação do enfermeiro do Floresce uma Vida, estagiários alimentam um banco de dados com tais informações. Os dados resultam em relatório anual emitido à coordenação do Programa e ao Secretário de Saúde, como parte da avaliação da gestão deste Programa.

No relatório constam dados como: número da Declaração de Nascido Vivo (DNV); nome da mãe; hospital de nascimento; data e peso ao nascer; visitas domiciliares realizadas; realização da triagem neonatal e das vacinas contra Hepatite B (primeira dose) e BCG; comparecimento do RN à consulta de enfermagem e à consulta médica<sup>(14)</sup>.

O Programa não acompanha a criança após o primeiro atendimento e, apesar de realizar o agendamento de consultas de usuários SUS, o mesmo recebe, nas planilhas, informações de crianças usuárias de convênios e que realizaram consultas, vacina BCG e triagem neonatal nesses locais. E por estar inserido no PAISCA-SMS-RP, possui acesso às informações das crianças nascidas no município.

Participaram do estudo todas as crianças nascidas e residentes no município entre 01 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2012. Obteve-se os dados a partir das planilhas do Programa, extraindo-se os

dados secundários sobre o nascimento e os atendimentos dos RN na rede básica de saúde.

As variáveis investigadas foram: tipo de usuário; idade materna; tipo de parto; peso ao nascer; vacinas BCG e contra Hepatite B; triagem neonatal; agendamento para atendimento no Serviço de Estimulação Precoce (serviço municipal especializado, com equipe multiprofissional que acompanha criança com risco para desenvolvimento, incluindo RN prematuro, pós-maturo, com baixo peso ao nascer e Apgar inferior a sete no quinto minuto de vida)<sup>(15)</sup>; consultas de enfermagem e médica e comparecimento às consultas. No caso do comparecimento do RN às consultas agendadas, considerou-se as subdivisões feitas pelo Programa: “antes”, “no dia”, “após” ou “faltou”.

Uma vez que o banco de dados do Programa encontra-se digitado em planilhas do software Excel, partiu-se diretamente para a análise dos dados. Cabe ressaltar que foram identificados dados inconsistentes, caracterizados pela ausência de dados digitados nas planilhas ou erro de digitação desses. Na apresentação das variáveis, utilizou-se o termo “*Ignorado*” para tais dados.

Durante a análise considerou-se o fato de que todas as crianças nascidas no município têm a rede básica de saúde como local de atendimento para a triagem neonatal e vacina BCG e que somente os usuários SUS são agendados pelo Programa para consulta médica e de enfermagem neste nível de atenção<sup>(4,13-14)</sup>. Portanto, a análise da vacina BCG e da triagem neonatal inclui todos os participantes do estudo (SUS e convênio) e as consultas médicas e de enfermagem somente os usuários SUS.

Buscou-se identificar o acesso aos serviços de saúde e a integralidade do cuidado, mediante a organização de informações que descrevessem o primeiro atendimento da criança após o nascimento e a disponibilidade de serviços de atenção à saúde da mesma, como consultas médicas e de enfermagem, imunização, triagem neonatal e serviço especializado, quando indicado<sup>(4,7)</sup>. Neste caso, utilizou-se o teste do qui-quadrado.

Em relação ao primeiro atendimento da criança na rede básica de saúde, buscou-se verificar com quanto tempo a mesma comparece na unidade para a realização das ações citadas acima. Portanto, não foi estabelecido limite de idade para esta análise.

O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE nº 14639013.0.0000.5393). As informações obtidas são provenientes do banco de dados do Programa, cujo manuseio ocorreu com total sigilo e respeito ao anonimato dos mesmos, seguindo as diretrizes que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS

No período estudado, nasceram 24.560 crianças, a maioria usuárias SUS; dos 9.859 partos normais, 88,2% foram de usuárias SUS. Dentre os nascidos de parto cesáreo (14.686 crianças), 67% são usuários de convênio. Para análise das variáveis presentes na Tabela 1, entre as quais verificou-se associação, não foram incluídos os valores considerados como ignorados para tipo de parto que, no caso, totalizam 15 (0,01%).

Na primeira semana de vida, 68,0% usuários SUS realizaram a consulta de enfermagem, 24,2% a

consulta médica e 32,3% receberam a vacina BCG. Em relação à vacina contra hepatite B, do total de crianças (SUS e convênio), 17.035 (69,4%) crianças foram vacinadas ao nascimento. Além disso, nos anos de 2010 a 2012, nasceram 2.491 (10,1%) crianças com baixo peso ao nascer.

**Tabela 1:** Nascimentos, segundo tipo de parto e financiamento. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2014.

Variáveis	Convênio		SUS		Ignorado		Total		p*
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Tipo de parto</b>									<0,001
Normal	1127	10,3	8694	64,4	38	44,2	9859	40,2	
Cesáreo	9839	89,7	4799	35,6	48	55,8	14686	59,8	
<b>Total</b>	<b>10966</b>	<b>100,0</b>	<b>13493</b>	<b>100,0</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>	<b>24545</b>	<b>100,0</b>	

\* Teste qui-quadrado.

No período estudado, foram registradas 18.802 (76,6%) vacinas contra hepatite B; 19.099 (77,8%) vacinas BCG e 17.101 (69,6%) triagens neonatais (Tabela 2). Do total de triagens neonatais realizadas, 13.590 (79,5%) crianças foram submetidas ao teste com menos de sete dias de vida.

O estudo identificou que, para as crianças usuárias do SUS, a triagem neonatal ocorreu no mesmo dia da consulta para 2.282 (50,9%) crianças em 2010, 2.368 (53,1%) em 2011 e 2.852 (62,4%) crianças em 2012. Já em relação à vacina BCG, nos anos de 2010, 2011 e 2012, 1.897 (42,3%), 1.961 (44,0%) e 2.474 (54,2%) vacinas foram aplicadas no mesmo dia da consulta de enfermagem, respectivamente.

Em relação ao comparecimento à consulta médica, foi possível identificar que 6.099 (45,2%) crianças compareceram no dia agendado, houve 477 (3,5%) faltas, 718 (5,3%) crianças foram atendidas antes e 1.650 (12,2%) crianças depois da data marcada; 33,8% dos registros não constavam da consulta médica. Já em relação ao comparecimento dos usuários SUS à consulta de enfermagem, 5.041 (37,3%) crianças foram atendidas no dia agendado, 757 (5,6%) faltaram, 422 (3,1%) compareceram antes e 1.078 (8,0%) depois da data marcada; 46,0% das crianças tiveram ignorada a data de comparecimento à consulta de enfermagem na planilha do Programa.

O período entre o nascimento da criança e os atendimentos na rede básica pode ser observado na Tabela 2. Dos dados referentes aos usuários SUS, identifica-se maior atendimento de enfermagem aos RN na primeira semana de vida, totalizando 9.185 (68%) crianças; já os médicos atenderam as crianças em maior número (37,8%) após os 10 dias de vida.

No que diz respeito à idade materna, 3.030 (12,3%) mães eram menores que 20 anos, 18.197 (74,1%) mães possuíam idade entre 20 e 34 anos e 3.327 (13,5%) mulheres apresentavam 35 anos ou mais.

Das 1.498 (6,1%) crianças com risco para desenvolvimento que foram agendadas para atendimento no Serviço de Estimulação Precoce, referência para todos os Distritos de Saúde do município, 177 (11,8%) tiveram a prematuridade como razão para o agendamento.

**Tabela 2:** Idade da criança na consulta médica e de enfermagem e de realização do Teste do Pezinho e da Vacina BCG e Hepatite B, segundo tipo de usuário. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2014.

Idade (dias)	Convênio		SUS		Ignorado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Consulta Enfermagem</b>								
1 a 7	1221	5,0	9185	37,4	30	0,1	10436	42,5
8 a 10	290	1,2	998	4,1	4	0,0	1292	5,3
>10	403	1,6	1137	4,6	7	0,0	1547	6,3
Ignorado	9055	36,9	2185	8,9	45	0,2	11285	45,9
<b>Consulta médica</b>								
1 a 7	303	1,2	3271	13,3	15	0,1	3589	14,6
8 a 10	237	1,0	3993	16,3	6	0,0	4236	17,2
>10	899	3,7	5101	20,8	17	0,1	6017	24,5
Ignorado	9530	38,8	1140	4,6	48	0,2	10718	43,6
<b>Vacina Hepatite B</b>								
Ao nascimento	6916	28,2	10077	41,0	42	0,2	17035	69,4
1 a 30	353	1,4	753	3,1	2	0,0	1108	4,5
>30	244	1,0	411	1,7	4	0,0	659	2,7
Ignorado	3456	14,1	2264	9,2	38	0,2	5758	23,4
<b>Vacina BCG</b>								
≤ 7	3989	16,2	7926	32,3	34	0,1	11949	48,7
8 a 15	2166	8,8	2350	9,6	8	0,0	4524	18,4
16 a 30	1090	4,4	681	2,8	5	0,0	1776	7,2
31 a 60	324	1,3	383	1,6	2	0,0	709	2,9
> 60	37	0,2	104	0,4	-	0,0	141	0,6
Ignorado	3363	13,7	2061	8,4	37	0,2	5461	22,2
<b>Teste do pezinho</b>								
Ao nascimento	48	0,2	90	0,4	1	0,0	139	0,6
1 a 2	80	0,3	107	0,4	-	0,0	187	0,8
3 a 7	3845	15,7	9381	38,2	38	0,2	13264	54,0
8 a 30	1187	4,9	1860	7,6	12	0,0	3059	12,5
>30	127	0,5	323	1,3	2	0,0	452	1,8
Ignorado	5682	23,1	1744	7,1	33	0,1	7459	30,4
<b>Total</b>	<b>10969</b>	<b>44,7</b>	<b>13505</b>	<b>55,0</b>	<b>86</b>	<b>0,4</b>	<b>24560</b>	<b>100,0</b>

## DISCUSSÃO

O estudo identificou 24.560 crianças nascidas no período estudado e, dentre os nascimentos ocorridos na área de abrangência das unidades de saúde, existem crianças nascidas tanto pelo SUS (55,0%), quanto por serviços particulares ou convênios (44,7%). Mesmo com essa diversidade, é responsabilidade de cada unidade de saúde disponibilizar vagas para atendimento, buscando respeitar as necessidades e as particularidades de sua clientela<sup>(16)</sup> e garantindo acesso aos serviços disponibilizados<sup>(4,7,16)</sup>.

Houve mais intervenções cirúrgicas que nascimentos por parto normal; este último, em maioria realizado pelo SUS. Dos fatores que influenciam a escolha pelo modelo de assistência ao parto, estudo destaca a remuneração dos profissionais, o financiamento do sistema, além de aspectos culturais, local de ocorrência do parto e modo como está estruturada a assistência hospitalar<sup>(17)</sup>.

O período neonatal é considerado como momento de grande vulnerabilidade<sup>(7,13)</sup>, sendo a primeira semana de vida caracterizada por grande parte das mortes infantis no país. Portanto, considera-se de

extrema importância o acesso<sup>(1-2,4-5,14)</sup> da criança aos serviços e às ações básicas de saúde, com responsabilização dessas unidades pela saúde da criança, além de sua articulação com a atenção hospitalar e especializada<sup>(4)</sup>.

Visando garantir acesso aos serviços de saúde e redução do CMI no município, o Floresce uma Vida promove a articulação das maternidades que atendem SUS com as unidades básicas de saúde para que aconteça a continuidade da assistência, precoce e integral, da mãe e do bebê em sua unidade de saúde de referência, com ações que envolvem atendimento de enfermagem e médico, imunização, triagem neonatal, incentivo e apoio ao aleitamento materno e consulta de puerpério<sup>(4,13,18)</sup>.

A análise dos dados referentes ao Programa cujo foco é a garantia desse acesso, aponta favoravelmente para a entrada da maior parte das crianças usuárias do SUS nos serviços de saúde dentro da primeira semana de vida, ou seja, nos primeiros sete dias de vida, 58,7% receberam a vacina BCG, 68,0% realizaram a consulta de enfermagem e 70,9% a triagem neonatal<sup>(4,7,13-14)</sup>.

Com relação às consultas, os dados demonstram que na primeira semana de vida as crianças foram atendidas em maior número por enfermeiros do que por médicos; os atendimentos médicos concentraram-se após a segunda semana de vida. Visando a promoção de um cuidado integral e de qualidade, faz-se necessário que a equipe de saúde articule saberes e as ações de modo a atender a criança em todas as suas necessidades<sup>(4,19)</sup>.

O agendamento dos atendimentos procura otimizar a presença do RN no serviço de saúde e com isso a realização de diversas ações para a promoção da saúde e prevenção de agravos<sup>(4,7)</sup>. O estudo revelou que quase metade das vacinas de BCG e mais da metade das triagens neonatais foram realizadas no mesmo dia da consulta de enfermagem para usuários SUS. Nesse sentido, é indispensável a organização da agenda de atendimento dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, no mesmo horário da realização da triagem neonatal e do funcionamento da sala de vacina, uma vez que viabiliza acesso e atendimento ao RN e sua mãe<sup>(4)</sup>, conferindo a estes o direito à integralidade do cuidado<sup>(19)</sup>.

A presença de fatores de risco é um problema que pode incorrer antes, durante e depois do nascimento, com potencial para prejudicar o desenvolvimento da criança<sup>(7)</sup>. Articulado ao Floresce uma Vida, o Serviço de Estimulação Precoce, tem por objetivo o acompanhamento de RN com risco para o desenvolvimento. Este serviço caracteriza-se por um conjunto de procedimentos e técnicas que visam prevenir ou atenuar atrasos que possam ocorrer durante o desenvolvimento infantil<sup>(7,10,15)</sup>. Dentre os critérios utilizados pelo serviço de Estimulação Precoce para avaliação e detecção de um bebê com risco estão o baixo peso ao nascer (<2.500g) e a prematuridade<sup>(7,20)</sup>; esta última presente no estudo respondendo pelo maior motivo para agendamento do atendimento dos RN.

Segundo estatísticas do Serviço de Estimulação Precoce, a cada mês, aproximadamente 10% dos nascidos vivos no município possuem fatores de risco que poderiam afetar seu desenvolvimento neuropsicomotor<sup>(15)</sup>. No sentido de coordenar a atenção, o Floresce uma Vida agenda atendimento para o RN ainda na maternidade, antes da alta hospitalar. Assim, é disponibilizado para a criança atendimento

especializado para que possa ter sua necessidade atendida em serviços e setores diversificados<sup>(9)</sup>, o que configura a ocorrência da integralidade<sup>(4,7,19)</sup>.

A partir da análise dos dados, identificou-se que uma pequena parcela de crianças estudadas (10,1%) apresentou baixo peso ao nascer (BPN). Este, decorrente de prematuridade e/ou déficit de crescimento intrauterino, é um dos principais fatores de risco relacionados com o aumento da morbimortalidade neonatal e infantil. Crianças com BPN apresentam mais chances de morrer e, por isso, devem ser avaliadas precocemente<sup>(2,5,7,13,15)</sup>.

Ainda dentro das ações desenvolvidas nas unidades de saúde para o cuidado da criança na primeira semana de vida, a vacina BCG foi registrada na grande maioria das crianças; mais da metade destas foram realizadas na primeira semana de vida. No Brasil, a vacina contra Hepatite B deve ser aplicada logo após o nascimento, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o parto ou na primeira visita ao serviço de saúde<sup>(7)</sup>. Os resultados apontaram 76,6% das crianças com registro de vacina contra Hepatite B; destas, 90,6% no dia do nascimento. Mais da metade das crianças realizou a triagem neonatal dentro do período preconizado<sup>(7)</sup> e 79,5% dentro da primeira semana de vida, seguindo as recomendações do ministério da saúde brasileiro, incorporando as ações da Primeira Semana Saúde Integral<sup>(4,7)</sup>.

No que diz respeito à idade materna, gestação tanto precoce quanto tardia constitui importante fator relacionado à morbimortalidade infantil e à ocorrência de prematuridade e baixo peso<sup>(5,12,21-22)</sup>. Foi possível identificar, no período estudado tanto gestantes adolescentes quanto mulheres com gestações tardias, o que remete à importância do seguimento pré-natal para um desfecho adequado ao nascimento e também da garantia do acesso dessas crianças aos serviços de saúde após o nascimento<sup>(4,6,15,21-23)</sup>.

## CONCLUSÕES

Os resultados relacionados à atenção ao RN após o nascimento permitiram identificar que as ações de articulação e agendamento da criança na rede básica de saúde pelo Programa Floresce uma Vida, facilitam o atendimento precoce da mesma nas unidades de saúde, buscando com isso, a garantia do acesso e do cuidado integral a essa parcela da população.

Tanto a triagem neonatal quanto as vacinas contra Hepatite e BCG apresentaram cobertura inferior ao esperado; porém, este resultado pode ter sido comprometido pela presença de fragilidades no preenchimento das planilhas pertencentes ao Programa, o que pode levar a uma análise equivocada do atendimento das crianças com relação à estas vacinas.

O comparecimento das crianças no mesmo dia do agendamento da consulta de enfermagem foi maior que nas consultas médicas. Entretanto, as consultas de enfermagem estão aquém das consultas médicas, em número absoluto, o que demonstra necessidade de rever, no município, a agenda de enfermeiros para atendimento das crianças. O agendamento de crianças de risco para o Serviço de Estimulação Precoce encontra-se dentro do esperado para esta clientela, sendo a prematuridade o principal motivo. Ações como este agendamento reforçam a ocorrência da integralidade do cuidado, pois referencia a criança quando esta

necessita de serviço especializado.

Como fragilidades estão alguns fatores que dificultaram a análise, podendo inclusive, resultar na apresentação de informações que não condizem com a realidade do município. Nesse caso, destaca-se a grande quantidade de dados inconsistentes que representam erros de digitação ou ausência de dados digitados nas planilhas utilizadas pelo Programa Floresce uma Vida.

Por fim, a partir do estudo, foi possível identificar que a maioria das crianças usuárias SUS teve acesso à rede básica de saúde para ações como consulta médica e de enfermagem, teste do pezinho e vacina BCG. Neste caso, há que se considerar que o referido programa de atenção ao RN tem trabalhado em prol da garantia do acesso, tendo por consequência após o nascimento, a oferta de atendimento integral e em tempo oportuno para a população infantil, caminhando ao encontro das políticas públicas de atenção nacionais e internacionais.

## REFERÊNCIAS

1. Milner KM, Duke T, Bucens I. Reducing newborn mortality in the Asia–Pacific region: quality hospital services and community-based care. *J Paediatr Child Health* [Internet]. 2013 [acesso em: 31 Mar. 2016];49(7):511-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jpc.12249>.
2. Adedini SA, Odimegwu C, Bamiwuye O, Fadeyibi O, Wet N. Barriers to accessing health care in Nigeria: implications for child survival. *Glob Health Action* [Internet]. 2014 [acesso em: 31 Mar. 2016];7:23499. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.23499>.
3. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* [Internet]. 2011 [acesso em: 31 Mar. 2016];377(9779):1778-97. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).
4. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso em: 31 Mar. 2016]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf).
5. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em: 31 Mar. 2016]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2013\\_analise\\_situacao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf).
6. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 (BR) [Internet]. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 06 ago 2015 [acesso em: 31 Mar. 2016]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html).
7. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. *Cadernos de Atenção Básica*, nº 33 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em: 31 Mar. 2016]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_33.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_33.pdf).
8. Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CV da, Saporilli ECL. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [acesso em: 31 Mar. 2016];45(3):566-74. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300003>.
9. Zuckerman KE, Perrin JM, Hobrecker K, Donelan K. Barriers to specialty care and specialty referral completion in the community health center setting. *J Pediatr* [Internet]. 2013 [acesso em: 31 Mar. 2016];162(2): 409-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.07.022>.
10. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 [acesso em: 31 Mar. 2016];17(4):821-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>.
11. Soares ES, Menezes GMS. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2010 [acesso em: 31 Mar. 2016];19(1):51-60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742010000100007>.

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades | São Paulo | Ribeirão Preto [Internet]. 2015 [acesso em: 31 Mar. 2016]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/7JY>.
13. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Floresce uma vida [Internet]. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde (BR); 2016 [acesso em: 31 Mar. 2016]. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/floresce/i16indice.php>.
14. Furtado MCC, Mello DF, Parada CMGL, Pinto IC, Reis MCG, Scochi CGS. Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010 [acesso em: 31 Mar. 2016];12(4):640-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7625>.
15. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Serviço de estimulação e intervenção precoce [Internet]. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde (BR); 2016 [acesso em: 31 Mar. 2016]. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/nadef/i16precoce.php>.
16. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro FF, Teixeira ACA. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 [acesso em: 31 Mar. 2016];18(8):2253-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800009>.
17. Patah LE, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Rev Saude Publica [Internet]. 2011 [acesso em: 31 Mar. 2016];45(1):185-94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100021>.
18. Barros AJ, Ronsmans C, Axelson H, Loaiza E, Bertoldi AD, França GV, et al. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries. Lancet [Internet]. 2012 [acesso em: 31 Mar. 2016];379(9822):1225-33. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60113-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60113-5).
19. Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. Modelando a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2011 [acesso em: 31 Mar. 2016];31(4):701-7. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/12974>.
20. Schultz EM, McDonald KM. What is care coordination? Int J Care Coord [Internet]. 2014 [acesso em: 31 Mar. 2016];17(1-2):5-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/2053435414540615>.
21. Gravena AAF, Sass A, Marcon SS, Pelloso SM. Resultados perinatais em gestações tardias. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [acesso em: 31 Mar. 2016];46(1):15-21. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100002>.
22. Maia LT de S, Souza WV de, Mendes A da CG. Diferenciais nos fatores de risco para a mortalidade infantil em cinco cidades brasileiras: um estudo de caso-controle com base no SIM e no SINASC. Cad Saude Publica [Internet]. 2012 [acesso em: 31 Mar. 2016];28(11):2163-76. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100016>.
23. Nair M, Yoshida S, Lambrechts T, Boschi-Pinto C, Bose K, Mason EM, et al. Facilitators and barriers to quality of care in maternal, newborn and child health: a global situational analysis through metareview. BMJ Open [Internet]. 2014 [acesso em: 31 Mar. 2016];4(5):e004749. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004749>.