

Atenção à criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade neonatal no Rio Grande do Norte, Brasil

Childcare in the neonatal period: evaluation of neonatal mortality reduction pact in Rio Grande do Norte, Brazil

Josilene Maria Ferreira Pinheiro¹
Lorena dos Santos Tinoco¹
Adriana Souza da Silva Rocha¹
Maísa Paulino Rodrigues¹
Clélia de Oliveira Lyra²
Maria Ângela Fernandes Ferreira¹

Abstract *The objective was to evaluate the childcare actions in the neonatal period from the strategies recommended by the Ministry of Health. Cross-sectional study carried out from the database of the national population-based survey entitled “Chamada Neonatal” (Neonatal Call - in English): assessment of attention to prenatal care and to children under one year in the North and Northeast, which happened in the nine priority municipalities for the Pact of reducing child mortality and Neonatal in Rio Grande do Norte, Brazil with 837 mother/child pairs. The variables were composed by issues/actions regarding the neonatal period, followed by a descriptive and inferential analysis. The whole database sample was used, composed of 57.6% in the capital and 42.4% in all the interiors. The frequency of hospital environment actions ranges from 35% to 96% and those carried out in primary care from 57% to 91.2%. Most are associated with the nature of public hospitals and the state capital, and the actions of care for continuity of care and better economic conditions ($p < 0.05$). Not all actions met the totality of what is advocated in the programs and childcare policies, and reveals regional inequalities in healthcare.*

Key words *Newborn, Healthcare services, Child health*

Resumo *O objetivo foi avaliar as ações de atenção à criança no período neonatal a partir das estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde. Estudo transversal realizado a partir do banco de dados da pesquisa nacional de base populacional intitulada “Chamada Neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste”, que aconteceu nos nove municípios prioritários para o Pacto de Redução da Mortalidade Infantil e Neonatal no Rio Grande do Norte, com 837 pares mãe/filho. As variáveis foram compostas pelas questões/ações referentes ao período neonatal, seguidas de uma análise descritiva e inferencial. Foi utilizada toda a amostra do banco de dados composta por 57,6% na capital e 42,4% no conjunto dos interiores. A frequência das ações de âmbito hospitalar variou de 35% a 96% e as realizadas na atenção básica de 57% a 91,2%. A maioria teve associação com os hospitais de natureza pública e com a capital do estado, e as ações de atenção à continuidade do cuidado com melhores condições econômicas ($p < 0,05$). Todas as ações não atenderam a totalidade do que é preconizado nos programas e políticas de atenção à criança, e revelam as iniquidades regionais em saúde.*

Palavras-chave *Recém-nascido, Serviços de saúde, Saúde da criança*

¹ Pós-Graduação em Saúde coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). R. Joaquim Gregório s/n, Lagoa Nova. 59078-900 Natal RN Brasil.

josilenemfp@gmail.com

² Departamento de Nutrição, UFRN.

Introdução

O período neonatal, que compreende os primeiros 27 dias pós-parto, é uma fase considerada de vulnerabilidade à saúde infantil por riscos biológicos, ambientais, sociais e culturais. Isso requer cuidados adequados, uma maior vigilância e acompanhamento por parte do profissional de saúde, a fim de garantir um melhor crescimento e desenvolvimento da criança. Esse período é também responsável por 60% a 70% dos óbitos infantis nas últimas décadas, ocorrendo principalmente até o 6º dia de vida, sendo o indicador fundamental de qualidade da atenção ao recém-nascido¹.

Historicamente, devido a esse perfil de vulnerabilidade, a assistência materno-infantil tem se destacado nas políticas, pactos e programas governamentais. Através de ações voltadas para a promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento, o acompanhamento neonatal é sustentado pelos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) e fortalecido com o compromisso que o Brasil firmou com a Organização Mundial de Saúde (OMS) de reduzir em 2/3 o número de óbitos infantis até 2015¹.

No Brasil e no Rio Grande do Norte, as taxas de mortalidade infantil e neonatal reduziram substancialmente, atingindo a meta firmada no pacto já em 2011 com uma taxa de 13 mortes/1000 nascidos vivos, enquanto a do período neonatal precoce e tardio foram respectivamente de 7 e 2/1000 nascidos vivos². Isto é preocupante quando comparado aos países mais desenvolvidos, onde a taxa é duas a seis vezes menor³. Essa situação continua relacionada às condições socioeconômicas, sanitárias e demográficas, bem como à assistência pré-natal, parto cesárea, prematuridade, baixo peso ao nascer, assistência hospitalar e atenção ao recém-nascido no período neonatal⁴⁻⁶.

Atualmente, as políticas públicas de atenção à saúde da criança têm como objetivo a proteção, a promoção e a prevenção da mortalidade infantil e neonatal pautada na integralidade do cuidado e na busca da equidade social⁷. São preconizados ao neonato e à mãe (através de programas, projetos, pactos e ações) atenção qualificada ao pré-natal, parto e puerpério (com promoção do contato mãe-bebê imediato); alojamento conjunto; identificação do recém-nascido de risco; primeira semana de saúde integral para mãe e recém-nascido (com a realização de visita domiciliar e triagem neonatal); incentivo ao aleitamento materno; acompanhamento do crescimento e de-

envolvimento; imunização; aumento do número de leitos neonatais; melhora na estrutura física dos serviços; acesso e transporte; capacitação profissional^{6,7}.

Mas o preocupante é que muitas dessas ações não estão sendo desenvolvidas em sua totalidade, conforme o que é apresentado na pouca literatura existente^{8,9}. A avaliação dos serviços de saúde, que deve ser sistemática e contínua, torna-se importante para identificar e modificar a situação existente, além de promover um planejamento adequado, priorizando os principais problemas e as ações necessárias para melhorar a assistência e a qualidade de vida da criança¹⁰.

Nesse contexto, considerando a importância da efetivação do cuidado integral e em meio às contradições dos programas e serviços ofertados e à qualidade dos mesmos, assim como a escassez de estudos nessa área e a importância da avaliação em saúde para a garantia de uma melhor assistência, a presente pesquisa busca avaliar as ações de atenção à criança no período neonatal a partir das estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), utilizando o banco de dados da pesquisa intitulada Chamada Neonatal. Esta pesquisa foi realizada pelo MS nas cidades prioritárias do Rio Grande do Norte, no ano de 2010, para o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal no Nordeste e Amazônia Legal.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de corte transversal realizado a partir do banco de dados da pesquisa nacional de base populacional intitulada “Chamada Neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste”, que ocorreu na primeira etapa da campanha de multivacinação em 12 de junho de 2010 nos 252 municípios signatários do Pacto para Redução da Mortalidade Infantil, localizados nos estados da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Roraima, Rondônia e Tocantins) e no Nordeste (Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe)¹¹. A Chamada Neonatal utilizou uma amostragem probabilística, aleatória, por conglomerado, considerando uma prevalência de 22% para morbidade materna, com erro de 4,0%, correlação de desenho (deff) de 1,5 e intervalo de confiança de 95%.

Nesse estudo específico foram utilizados os dados referentes às entrevistas realizadas nos nove municípios prioritários do Estado do Rio

Grande do Norte (RN): Natal, Currais Novos, Mossoró, Caicó, Pau dos Ferros, São Gonçalo do Amarante, Macaíba, Ceará-Mirim e Parnamirim. A consulta foi realizada no período de março de 2013 a maio de 2014. A amostra foi composta por 837 mães e crianças menores de 1 ano de idade, não gemelares e não adotadas, sendo 482 pares da capital e 355 do conjunto dos interiores, que representaram a proporcionalidade de participação de cada criança, conforme distribuição censitária do ano de 2010 nesses municípios.

A escolha das variáveis de resposta (dependentes) foi baseada nas ações preconizadas na Agenda de Atenção à Saúde da Criança⁶ e divididas na atenção de âmbito hospitalar: mamada na primeira hora; permanência m alojamento conjunto; entrega do Cartão de Saúde da Criança (CSC), com registro de peso ao nascer; Idade Gestacional (IG); Índice de Apgar; possuir certidão de nascimento; receber as vacinas hepatite B e BCG-ID; mãe receber a vitamina A e ser orientada a procurar um serviço na primeira semana de vida da criança; e na atenção primária em saúde: neonato receber visita do agente ou profissional de saúde; realizar o teste de pezinho e ser pesado ainda no período neonatal. Todas sendo classificadas como sim ou não.

Para compor as variáveis independentes, foram escolhidas as questões que respondessem ao tipo ou natureza do serviço em que a criança nasceu (público ou privado/particular/outros) e o local de residência do binômio durante a realização da pesquisa. Para caracterizar mãe e filho, foram escolhidas as questões sobre condições socioeconômicas e culturais: idade e escolaridade da mãe, idade e sexo da criança, recebimento de Bolsa de Transferência de Renda (Bolsa Alimentação, Bolsa Escola, Bolsa Família).

Os dados foram tabulados no aplicativo SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*, versão 20, Estados Unidos) e utilizado o comando *complex sample (cluster = município e sample weight = peso)* para amostras complexas. As características amostrais foram obtidas a partir das frequências absolutas e relativas. O efeito da associação (análise bivariada) entre as variáveis dependentes e as independentes foi avaliado através do teste *Qui Quadrado de Pearson*, em que foram considerados significativos os valores de $p < 0,05$ sobre os desfechos, com intervalo de confiança de 95%.

O estudo utilizou dados secundários da “Chamada Neonatal” que, por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, foi submetido e aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa ENSP/Fiocruz. Assim, está de acordo com a Resolução 466/2012.

Resultados

Foi utilizado o banco de dados dos 837 pares de mãe com filho menor de um ano de idade entrevistados nos nove municípios priorizados no Estado do RN. Desses, 57,6% da capital e 42,4% do conjunto dos interiores. A Tabela 1 mostra uma leve predominância de crianças do sexo masculino (51,2%), com idade superior a 27 dias de vida (93,6%) e que nasceram em serviço público de saúde (81,8%). Quanto às características da mãe, a maioria se encontrava na faixa etária entre 20 a 29 anos (55,2%), possuíam ensino médio com-

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas da população estudada nos nove municípios signatários do Pacto para Redução da Mortalidade Infantil no RN, 2010.

Variáveis	N	%	IC 95%
Sexo da criança			
Feminino	408	48,8	43,9-53,7
Masculino	429	51,2	46,5-55,9
Total	837	100	
Idade das crianças			
≤ 27 dias	51	5,8	4,7-7,2
28 dias a 1 ano	786	93,6	92,8-95,3
Total	837	100	
Local de nascimento da criança			
Serviço Público	678	81,8	75-87,1
Outros serviços	151	18,2	12,9-25
Total	829	100	
Idade da mãe			
< 20	145	17,5	11,3 – 23,7
20 a 29	458	55,2	50,6 – 59,8
≥ 30	226	27,3	21,5 – 33,1
Total	829	100	
Escolaridade da mãe			
Ensino fundamental incompleto (0 a 7)	202	24,3	18,4 – 30,2
Ensino fundamental completo (8 a 10)	257	31,0	25,3 – 36,7
Ensino médio completo (≥ 11)	371	44,7	39,6 – 49,8
Total	830	100	
Beneficiário de Bolsa*			
Não	591	70,9	67,2 – 74,6
Sim	243	29,1	23,4 – 34,8
Total	834	100	
Localidade de residência			
Capital	482	57,6	53,2 – 62,0
Interior	355	42,4	37,3 – 47,5
Total	837	100	

Fonte: Chamada Neonatal. Rio Grande do Norte, 2010. * Bolsa de Transferência de Renda.

pleto (44,7%). Apenas 29,1% eram beneficiárias de algum programa de transferência de renda.

A Figura 1 apresenta as frequências das ações realizadas no âmbito hospitalar. Observa-se que são bastantes variáveis e mais frequentes a entrega dos documentos como a certidão de nascimento (92,9%) e a CSC (96,7%), sendo esta última pouco utilizada para o registro de Idade Gestacional (35,3%), registro de peso ao nascer (81,3%) e registro do Índice de Apgar (68,4%). Pouco mais de 60% teve o contato precoce com a mãe e receberam as vacinas ainda no internamento. Um pouco mais da metade das mães receberam a dose de Vit. A, as orientações para procurarem um serviço de saúde para o atendimento do binômio e a visita domiciliar após alta hospitalar. Já o teste do pezinho foi realizado em

91,2% dos neonatos, e apenas 68,7% foram pesados durante esse período, conforme registrado na CSC (Figura 2).

A Tabela 2 apresenta o resultado da análise bivariada das ações preconizadas pelo MS e o tipo de serviço em que a criança nasceu, se público ou outros (privado, particular, entre outros). E a Tabela 3, a associação com a localização de moradia (capital e conjunto dos interiores). A realização das atividades de âmbito hospitalar foi mais frequente e significativa em serviços públicos e na capital do Estado. Já o registro da IG e continuidade do cuidado, como a atenção na primeira semana de vida, estiveram mais associados aos serviços particulares e na capital.

O programa de transferência de renda, como o Bolsa Família, o Bolsa Escola ou o Bolsa Ali-

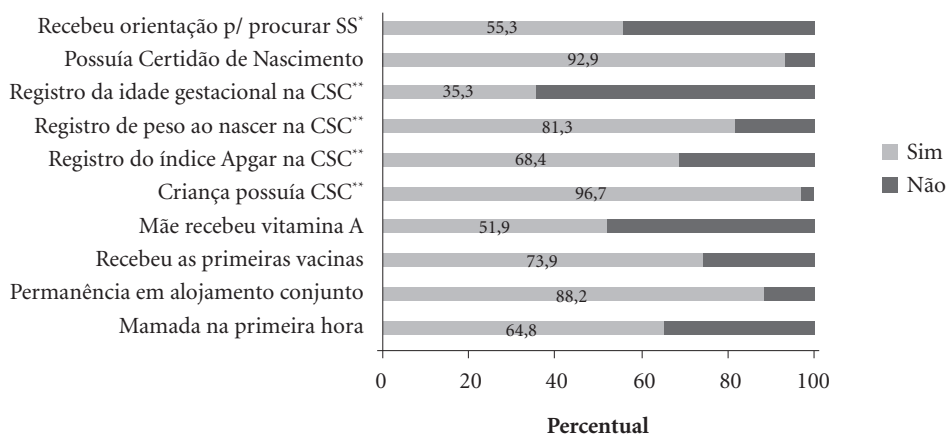


Figura 1. Percentual de ações realizadas com o neonato e a mãe no âmbito hospitalar. Chamada Neonatal, Rio Grande do Norte, 2010.

* SS: Serviço de Saúde; ** CSC: Caderneta de Saúde da Criança.

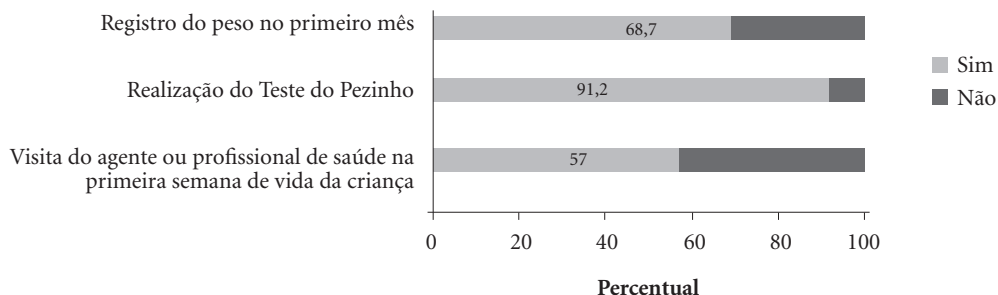


Figura 2. Percentual de ações realizadas com o neonato na atenção primária em saúde. Chamada Neonatal, Rio Grande do Norte, 2010.

Tabela 2. Análise bivariada das ações de atenção ao neonato no hospital e nas Unidades Básicas de Saúde com a natureza do serviço de nascimento da criança. Chamada Neonatal, RN, 2010.

Variáveis	Serviço público		Outros Serviços		IC	p*
	n	%	n	%		
Mamada na 1ª hora	445	66,4	90	58,8	0,966-1,984	0,076
Alojamento Conjunto	603	90,0	129	84,3	1,012-2,770	0,043
Dosagem das primeiras Vacinas	553	82,9	40	27,4	8,481-19,983	< 0,001
Dosagem da Vitamina A na Mãe	313	54,8	35	34,0	1,518-3,659	< 0,001
Entrega da CSC**	656	97,6	152	96,8	0,487-3,739	0,564
Registro do Índice de Apgar na CSC**	501	74,6	78	49,7	2,075-4,244	< 0,001
Registro de peso ao nascer na CSC**	530	85,6	97	65,5	2,085-4,702	< 0,001
Registro da IG*** na CSC	222	33,0	70	44,6	0,431-0,873	0,006
Certidão de Nascimento	591	92,6	142	94,7	0,327-1,533	0,379
Orientação para procurar um Serviço de Saúde	246	37,4	110	72,4	0,155-0,336	< 0,001
Visita do Profissional de Saúde na primeira semana	384	57,4	113	72,4	0,350-0,752	< 0,001
Teste do Pezinho	594	89,6	153	99,4	0,006-0,408	< 0,001
Registro de peso no 1º mês	397	66,5	94	69,1	0,594-1,325	0,558

Fonte: Chamada Neonatal, Rio Grande do Norte, 2010.

* P da diferença entre a capital e o interior do estado. ** Caderneta de Saúde da Criança. *** IG: Idade Gestacional.

Tabela 3. Análise bivariada entre as ações de atenção ao neonato no hospital e nas Unidades Básicas de Saúde com a localização dos municípios signatários da Chamada Neonatal no RN, 2010.

Variáveis	Capital		Interiores		IC	p*
	n	%	n	%		
Mamada na 1ª hora	317	66,6	218	62,8	0,883-1,576	0,262
Alojamento Conjunto	425	89,9	307	87,7	0,801-1,920	0,340
Dosagem das primeiras Vacinas	357	76,1	236	68,6	1,068-1,991	0,017
Dosagem da Vitamina A na Mãe	208	54,9	140	47,5	0,092-1,827	0,056
Entrega da CSC**	475	98,5	341	96,1	1,113-6,976	< 0,023
Registro do Índice de Apgar na CSC**	365	75,7	219	61,7	1,437-2,611	< 0,001
Registro de peso ao nascer na CSC**	394	86,8	237	73,8	1,610-3,364	< 0,001
Registro da IG*** na CSC**	184	38,2	111	31,3	1,016-1,814	0,039
Certidão de Nascimento	437	93,8	304	92,1	0,744-2,232	0,364
Orientação para procurar um Serviço de Saúde	210	45,0	146	42,6	0,832-1,461	0,496
Visita do Profissional de Saúde na primeira semana	359	74,9	142	40,1	3,321-6,008	< 0,001
Teste do Pezinho	442	92,9	313	89,7	0,915-2,442	0,106
Registro de peso no 1º mês	275	63,5	222	72,3	0,485-0,915	0,012

Fonte: Chamada Neonatal, Rio Grande do Norte, 2010.

* P da diferença entre a capital e o interior do estado. ** Caderneta de Saúde da Criança. *** IG: Idade Gestacional.

mentação, apresentou associação com o recebimento das vacinas pelos neonatos ($p < 0,001$) e recebimento da Vitamina A pela mãe ($p < 0,021$), para aquelas que possuíam uma das Bolsas, enquanto a visita domiciliar ($p < 0,001$) e a realização do teste do pezinho ($p < 0,002$) esteve associado com as mães que não recebiam Bolsa.

Discussão

Apesar da ampliação e do fortalecimento das políticas na busca de universalidade, equidade e integralidade, as ações prioritárias no período da pesquisa da Chamada Neonatal e exigidas na Agenda de Compromisso para a Saúde Integral

da Criança e Redução da Mortalidade Infantil ainda encontram-se deficientes, principalmente no que se refere à continuidade do cuidado.

A prática da mamada na primeira hora de vida, ainda na sala de parto, quando a mãe e o recém-nascido estão bem, é uma das recomendações da OMS, UNICEF, MS^{1,12} e o passo 4 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança¹³, sendo priorizado antes de qualquer procedimento, pois, além de fortalecer o vínculo mãe-bebê (proporcionando um momento de amor, aconchego e conhecimento), aumenta também o período de duração do aleitamento materno exclusivo¹⁴, o que contribui para redução da mortalidade infantil¹⁵.

Neste estudo, a frequência da mamada na primeira hora de vida ficou entre a média dos outros estudos realizados aqui no Brasil (variaram de 31% a 68%). Foi encontrado como facilitador o parto normal^{8,16} e como dificuldades: a resistência da equipe médica¹⁷, o atraso na entrega do resultado do teste do anti-HIV⁸, a alta rotatividade de partos no setor e a recusa da mãe em amamentar¹⁸, podendo este último está associado ao desconhecimento da importância das mesmas (resultado de um baixo número de consultas no pré-natal e da baixa escolaridade)¹⁹.

Após o contato precoce, o ideal é que o neonato sadio e/ou de baixo risco permaneça ao lado da mãe em alojamento conjunto, para fortalecer o vínculo mãe/bebê, favorecer a prática do aleitamento materno e a aproximação com os profissionais de saúde²⁰. Apesar de ter sido instituído como lei, este estudo evidenciou que nem todos os neonatos permaneceram em alojamento conjunto, o que pode ter acontecido com aqueles que nasceram em situação de risco, com indicação de permanecerem em berçário patológico ou UTI Neo.

Durante a permanência em alojamento conjunto, nas primeiras 12 horas de vida, é recomendado que o neonato receba as doses das vacinas BCG-ID e da Hepatite B, uma forma de combater a morbimortalidade infantil. Mas, neste estudo, a cobertura foi inferior a aceita pelo MS, que é de 90%. Vale ressaltar que essa é uma prática que depende de profissionais de saúde capacitados, pois exige técnica diferenciada na aplicação da BCG ID e, nesse período, a situação da Saúde no Estado não era das melhores (muito se falava na redução de profissionais em todas as áreas da assistência).

A vacinação após a alta vai depender do conhecimento²¹ e da iniciativa da mãe em procurar o serviço, bem como dos cuidados prestados pela atenção básica de saúde, iniciados pela busca ativa para o atendimento integral. No relatório pu-

blicado pela ONU sobre a sobrevivência infantil, foi apresentado que as mães com maior nível de educação contribuem para a imunização das crianças ao nascimento, sendo importante aliada na redução da mortalidade infantil³.

A baixa frequência da suplementação da Vitamina A, a qual é administrada com o objetivo de melhorar a concentração de retinol no leite humano por até 3 meses e de diminuir a mortalidade infantil por diarreia, HIV, entre outras causas²², apesar da política vigente, foi superior ao encontrado no estudo realizado em Belo Horizonte no ano de 2008⁹.

Dentre o que é preconizado pelo MS, a Agenda de Compromisso também prioriza a vigilância à saúde. O CSC é hoje uma das principais ferramentas de avaliação da criança, pois possibilita a realização de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno e alimentação saudável, prevenção de distúrbios nutricionais, imunização e atenção às doenças prevalentes, saúde bucal, saúde mental, prevenção de acidentes e maus-tratos, além de ações específicas dirigidas à mulher e ao recém-nascido²³.

O CSC deve ser entregue à mãe antes da alta hospitalar, com os registros relacionados à gravidez, parto, puerpério e nascimento da criança. Avaliando os três principais registros que indicam o estado de saúde do neonato (peso, IG e índice de Apgar), estes se encontravam escassos, principalmente o da IG. A deficiência desses registros faz refletir sobre a capacitação profissional e a educação permanente, um dos pilares dos programas, pactos e ações preconizados nas políticas de saúde para a integralidade do cuidado infantil, mas que geralmente são limitados pelas condições de trabalho e pelo número de profissionais existentes nos serviços.

O não preenchimento da CSC pode ser um indicador de que a criança não está sendo assistida adequadamente, o que pode interferir no processo de acompanhamento e na qualidade de vida. Os estudos apontam a melhor escolaridade da mãe, o acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) e a explicação sobre a CSC, bem como morarem na região metropolitana, como facilitadores para realização dessa ação^{24,25}.

A Certidão de Nascimento, documento que oficializa a existência da criança como cidadão (direito que deve ser adquirido ao nascimento, sem ônus para família), estava ausente em poucas crianças, mas inferior a de outras regiões da Chamada Neonatal. Em virtude dessa situação, que é comum em diversas regiões do Brasil, o

Conselho Nacional de Justiça tem promovido campanhas para melhorar o número de registros. Desde o período de 2010, aqui no Estado do RN, foi iniciado um estudo piloto em 5 cidades com a parceria entre os hospitais/maternidades, os cartórios municipais e o Governo do Estado para garantir o registro antes da alta hospitalar.

A última ação no âmbito hospitalar é a orientação para que a mãe procure um serviço de saúde para a primeira semana de saúde integral, garantindo a continuidade da assistência. Essa orientação costumava ser anotada na página 2 da CSC, juntamente com os dados de nascimento. A partir da tiragem de 2009, essa informação não constou mais na CSC, o que pode ter contribuído para redução dessa prática, como identificado neste estudo em pouco mais de 50% da amostra, sendo inferior ao das outras regiões prioritárias para o pacto de redução da mortalidade infantil, que foi de 73%¹¹. Essa ação esteve associada significativamente ao serviço de outra natureza sem ser o público, dando a entender que pode existir a alta regulada e que nessas instituições os profissionais estão mais atentos à manutenção do cuidado do neonato.

A continuidade do cuidado após alta hospitalar é muito importante e pode reduzir entre 30% a 61% as mortes no período neonatal²⁶. É uma atividade atribuída à equipe de atenção primária, que tem como responsabilidade a vigilância à saúde através do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, das visitas domiciliares e orientações de retornos à UBS para os procedimentos necessários na primeira semana de saúde integral do binômio mãe/filho, do fortalecimento do vínculo entre o neonato e a UBS, da triagem neonatal (teste do pezinho, orelhinha e olhinho), da orientação ao aleitamento materno (que não foi priorizado na pesquisa da Chamada Neonatal), da aplicação das vacinas não realizadas durante o internamento e da identificação das crianças em risco.

No relatório da Chamada Neonatal é apontada a precariedade da rede de assistência à saúde da criança, bem como a fixação de profissionais de saúde adequadamente habilitados para o atendimento, mostrando também que quase a metade das mães não foi visitada em nenhum momento. As regiões Norte e Nordeste são áreas prioritárias para a implantação do programa ESF¹¹. A literatura aborda a diminuição das visitas sem a contribuição da ESF e a não autorização da mãe por tabu e crença²⁷⁻²⁹, o que podem contribuir para redução e registro do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Já o teste do pezinho foi um dos mais frequentes e esteve associado ao recebimento de Bolsa de Transferência de Renda e às crianças nascidas em serviço de outra natureza sem ser o público. A Secretaria de Saúde disponibiliza profissional capacitado e de referência em cada regional de saúde para realizar busca ativa dos nascimentos, realização dos exames e entrega dos resultados.

O SUS defende a saúde como direito de todos e dever do Estado. As políticas vigentes de proteção à saúde da criança tentam priorizar as famílias mais vulneráveis. Os programas e as estratégias tentam fortalecer e qualificar o serviço público para desenvolver essas ações, das quais depende a maior parte da população brasileira.

Este estudo permitiu avaliar a associação das ações realizadas no período neonatal com a natureza do serviço de nascimento da criança, se público ou outros (privado, particular, outros locais), com o programa de transferência de renda e o local de residência, se capital ou interior. A forte associação com o serviço de natureza pública, evidenciado na maioria das ações de âmbito hospitalar, demonstra que os mesmos estão tentando seguir o que é preconizado pelo MS. Todavia, quando se trata da atenção primária, favoreceu aos que possuíam melhores condições socioeconômicas, contrariando o que é priorizado pela ESF. Vale ressaltar que essas ações são condicionantes, assim como a avaliação do estado nutricional, para que a família permaneça se beneficiando de algum programa de transferência de renda (como a Bolsa Família e/ou Bolsa Alimentação), aproximando os mesmos das políticas sociais e de saúde no Brasil³⁰.

O SUS ainda apresenta algumas iniquidades no atendimento à população, como a oferta de recursos e serviços e a posição social do indivíduo no acesso, utilização e qualidade desses serviços, corroborando com o que é apresentado neste estudo³¹. Segundo Aguiar³², são desafios constantes fazer o SUS funcionar, devido às desigualdades socioeconômicas, à heterogeneidade das estruturas e instituições de saúde e às condições epidemiológicas que caracterizam as diversas regiões e municípios.

As cidades aqui estudadas são caracterizadas por diversas transformações econômicas, demográficas, sociais e nas políticas de saúde, que fizeram melhorar alguns indicadores determinantes da condição de saúde^{33,34}. Apesar do aumento do PIB (Produto Interno Bruto), e da melhora do IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), o coeficiente de GINI, que mede a desigualdade,

continua crescente e elevado, principalmente na cidade de Natal (capital), que possui maior renda *per capita*, maior número de profissionais de saúde para atender a população e maior cobertura da ESF³⁴.

Sabe-se que a efetivação das ações depende de uma política de educação permanente e capaz de manter profissionais habilitados, que possam compreender e atuar no SUS com competência técnica, espírito crítico e compromisso político. Na atenção primária, a atuação com uma equipe participativa, desde a gestão ao planejamento e implementação das ações, atingirão os atributos necessários à qualidade do atendimento³⁵.

Na Agenda de Compromisso para Saúde Integral da Criança é priorizada a educação continuada dos profissionais de saúde. Entretanto, sabe-se da falta de estrutura dos serviços de saúde principalmente no interior, do transporte e de uma adequada distribuição e treinamento desses profissionais; das constantes paralisações decorrentes dos movimentos grevistas; e da quantidade insuficientes de verba e sua má distribuição, assim como a necessidade de um maior comprometimento³⁶.

Conclusão

Os resultados apontam para a necessidade de intensificar o planejamento e a efetivação das ações e da vigilância na atenção ao neonato. O que se observou foi um acompanhamento insatisfatório, fragmentado, representado por uma frequência aquém do recomendado pelo MS no que se refere à mamada na primeira hora, ao

registro na CSC, ao recebimento das vacinas, à orientação às mães e à visita na primeira semana de saúde integral, principalmente para aqueles que residem em áreas mais vulneráveis, que não possuem ESF e profissionais suficientes para um melhor atendimento. Embora o serviço público hospitalar tenha atendido a um maior número de ações, esses aspectos demonstram a necessidade de incorporar essas práticas, conhecer as limitações dos profissionais de saúde e definir suas competências, vislumbrando uma forma de garantir o atendimento integral e humanizado que os neonatos necessitam.

As diferenças das ações realizadas na capital e no conjunto dos interiores, assim como o tipo de natureza do serviço de nascimento da criança, representam o que foi ressaltado na literatura e a realidade encontrada no ano de 2010 no Rio Grande do Norte. Este não se mostra diferente de outras regiões do país, revelando as iniquidades em saúde presentes nas áreas menos desenvolvidas e a necessidade de uma melhor fiscalização nas instituições não parceiras do SUS.

Novos estudos são necessários para avaliar algumas ações não contempladas na pesquisa da Chamada Neonatal, como a orientação para a mãe sobre a importância do aleitamento materno e o estudo de outras variáveis que possam explicar o desfecho encontrado, bem como a necessidade de uma nova pesquisa diante de novos programas e ações criados recentemente, e do novo perfil socioeconômico da população. A divulgação dos mesmos poderá contribuir para a reflexão e o debate com gestores e profissionais de saúde para possibilitar melhor incorporação das práticas assistenciais.

Colaboradores

JMF Pinheiro: autoria. LS Tinoco e ASS Rocha participaram da tabulação e interpretação dos dados. MP Rodrigues participou da coleta de dados e da revisão do texto. CO Lyra coordenou o projeto, e participou da coleta de dados, análise estatística e revisão do texto. MAF Ferreira foi a orientadora e participou da análise estatística e revisão do texto.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2011. Volume 1.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Indicadores de Mortalidade Infantil e Neonatal*. Informações em Saúde. Brasília: MS; 2008. [acessado 2013 ago 3] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10rn.def>.
3. Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef). *Committing to Child Survival: a Promise Renewed Progress Report 2013*. New York: Unicef; 2013.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal*. Brasília: MS; 2009.
5. França E, Lansky S. Mortalidade Infantil Neonatal no Brasil: Situação, Tendências e Perspectivas. Informe de Situação e Tendências: Demografia e Saúde; 2008. [acessado 2013 dez 13] Belo Horizonte. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1956.pdf.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*. Brasília: MS; 2004.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Balança das ações*. 20ª ed. Brasília: MS; 2007.
8. Belo MNM, Azevedo PTACC, Marcele PMB, Vilneide MSBDS, Batista Filho M, Figueiros JN, Figueiroa JN, Caminha MFC. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. *Rev Bras Saude Matern. Infant* 2014; 14(1):65-72.
9. Goulart LMHE, Alves CRL, Viana MRA, Moulin ZS, Carmo GAA, Costa JGD, Almeida JSCB. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. *Rev Paul Pediatr* 2008; 26(2):106-112.
10. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Vigilância em Saúde*. Brasília: CONASS; 2007.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. *Avaliação da atenção ao pré-natal, ao parto e aos menores de um ano na Amazônia Legal e Nordeste, Brasil, 2010*. Brasília: MS; 2013.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 07 de maio de 2014. Dispõe sobre as Diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2014; 8 maio.
13. Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). *Iniciativa Hospital Amigo da Criança*. [online]. Brasília, Brasil; 2014 [acessado 2014 jun 8] Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm.
14. Raies CL, Doren FM, Torres CU. Efectos Del contacto piel con piel Del recién nacido com su madre. *Index Enferm* 2012; 21(4):209-213.

15. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Krkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics* 2006; 117(3):380-386.
16. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Leal MC, Carvalho MS. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. *Cad Saude Publica* 2008; 24(11):2681-2694.
17. Stancato K, Vergílio MSTG, Bosco CS. Avaliação da estrutura e assistência em sala de Pré-parto, Parto e Pós-parto imediato-PPP de um hospital universitário. *Cienc Cuid Saude* 2011; 10(3):541-548.
18. Pillegi MC, Policastro A, Abramovici S, Cordioli E, Deutsch AD'A. A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna: prevalência e fatores limitantes. *Einstein* 2008; 6(4):467-472.
19. Cruz DCS, Suman NS, Spíndola T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(4):690-697.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1016, de 26 de agosto de 1993. Dispõe sobre as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto". *Diário Oficial da União* 1993; 26 ago.
21. Oliveira VG, Pedrosa KKM, Monteiro AI, Santos ADB. Vacinação: O fazer da enfermagem e o saber das mães e/ou cuidadores. *Rev Rene* 2010; 11(n. esp.):133-141.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual Instrutivo das Ações de Alimentação e Nutrição na Rede Cegonha*. Brasília: MS; 2013.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Caderneta de Saúde da Criança: menino*. 6ª ed. Brasília: MS; 2009.
24. Carvalho MF, Lira PIC, Romani SAM, Santos IS, Veras AACA, Batista Filho M. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(3):675-685.
25. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA, Colosimo EA, Carmo GAA, Costa JGD, Magalhães MEN, Mendonça ML, Beirão MMV, Moulin ZS. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad Saude Publica* 2009; 25(3):583-595.
26. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). *Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar La supervivencia*. Geneva: OMS, Unicef; 2009.
27. Caldeira AP, Oliveira RM, Rodrigues OA. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 2):S3139-S3147.
28. Prado SRLA, Fujimoro E. Registro em prontuário de crianças e a prática da integralidade. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(1):67-71.
29. Slomp FM, Mello DF, Scochi CGS, Leite AM. Assistência ao recém-nascido em um Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 41(3):441-446.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.509, de 18 de novembro de 2004. Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativa às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. *Diário Oficial da União* 2004; 22 nov.
31. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 215-43.
32. Aguiar LN. *SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, Percursos, Perspectivas e Desafios*. São Paulo: Martinari; 2011.
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades: Rio Grande do Norte. [online]. Brasil, 2010. [acessado 2014 maio 5]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=240200&search=rio-grande-do-norte>.
34. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. [online]. Brasília, 2008. [acessado 2014 maio 5]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.
35. Faria HP, Coelho IB, Werneck MAF, Santos MA. *Modelo assistencial e atenção básica à saúde*. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2010. NESCON/UFGM – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.
36. Cerezer J, Pozzobon L, Oliveira N, Vedoin P, Colomé J. Atenção a Saúde da Criança: uma análise de sua implementação no município de Santa Maria. In: *3ª Jornada Interdisciplinar em Saúde*; 2010; Santa Maria.

Artigo apresentado em 09/09/2014

Aprovado em 19/03/2015

Versão final apresentada em 21/03/2015