

Evaluación de la atención al recién nacido con riesgo bajo la perspectiva de una política pública de salud¹

Ana Lúcia Forti Luque²

Célia Mara Garcia de Lima³

Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes⁴

Vera Lúcia Pamplona Tonete⁵

Cristina Maria Garcia de Lima Parada⁶

Se objetivó evaluar la atención a la salud de recién nacidos con riesgo acompañados en el primer año de vida por el Programa Crecer Feliz, desarrollado en un municipio del interior del estado de Sao Paulo. Se trata de un estudio epidemiológico poblacional del tipo evaluación de programa de salud que se basó, para el análisis de los datos, en las directrices nacionales de la Agenda de Compromisos del Niño. Los resultados evidenciaron la vulnerabilidad institucional del programa, proveniente de problemas relacionados a la estructura y proceso, con implicaciones en los resultados. Considerando la adecuación de los criterios adoptados por el programa para definición de los recién nacidos con riesgo y de las intervenciones y estrategias propuestas, que se muestran en consonancia con la Agenda de Compromisos, se apunta la necesidad de los administradores de priorizarlo, introduciéndolo efectivamente en la política pública de salud a ser desarrollada en el ámbito del municipio, para reversión de la vulnerabilidad institucional identificada.

Descriptors: Evaluación de Servicios de Salud; Grupos Vulnerables; Recién Nacido; Vulnerabilidad.

¹ Artículo parte de Disertación de Maestría "Avaliação da atenção prestada ao recém-nascido de risco no município de Botucatu-SP", presentada en lo Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil. Apoyo financiero de la Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

² Enfermera. E-mail: luque@btu.flash.tv.br.

³ Cirujano Dentista, Doctor en Enfermería. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: lima@eerp.usp.br.

⁴ Nutricionista, Doctor en Nutrición, Profesor Doctor, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil. E-mail: carvalha@fmb.unesp.br.

⁵ Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Doctor, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil. E-mail: vtonete@uol.com.br.

⁶ Enfermeira, Doctor en Enfermería, Profesor Adjunto, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, SP, Brasil. E-mail: cparada@fmb.unesp.br.

Correspondencia:

Célia Mara Garcia de Lima

Rua: Primo Tronco, 129, Ap. 34

Bairro: Vila Virgínia

CEP: 14030-020 Ribeirão Preto, SP, Brasil

E-mail: lima@eerp.usp.br

Avaliação da atenção ao recém-nascido de risco, na perspectiva de uma política pública de saúde

Objetivou-se avaliar a atenção à saúde de recém-nascidos de risco, acompanhados no primeiro ano de vida pelo Programa Crescer Feliz, desenvolvido em município do interior paulista. Trata-se de estudo epidemiológico populacional, do tipo avaliação de programa de saúde, que se baseou, para análise dos dados, nas diretrizes nacionais da Agenda de Compromissos da Criança. Os resultados evidenciaram a vulnerabilidade institucional do programa, decorrente de problemas relacionados à estrutura e processo, com implicações nos resultados. Considerando a adequação dos critérios adotados pelo programa, para definição dos recém-nascidos de risco e das intervenções e estratégias propostas, que se mostram em consonância com a Agenda de Compromissos, aponta-se a necessidade dos gestores priorizá-lo, inserindo-o, efetivamente, na política pública de saúde a ser desenvolvida no âmbito do município, para reversão da vulnerabilidade institucional identificada.

Descritores: Avaliação de Serviços de Saúde; Grupos de Risco; Recém-Nascido; Vulnerabilidade.

Evaluation of Care for At-Risk Newborns from the Perspective of a Public Health Policy

The aim was to evaluate the care for at-risk newborns under follow-up in their first year of life by the Growing Happily Program, developed in a city in inner São Paulo state. It is a population-based epidemiological health program evaluation study, which was based on the national guidelines of the Agenda of Commitments to Children and Child Mortality Reduction for data analysis. Results showed the program's institutional vulnerability, caused by problems related to its structure and process, with implications for its outcomes. Considering the adaptation of the criteria adopted by the Program for defining at-risk newborns, as well as the proposed interventions and strategies, in consonance with the Agenda of Commitments, the need for managers to make it a priority is appointed, by effectively including it in public health care policies to be developed in cities, in order to reverse the institutional vulnerability identified.

Descriptors: Health Services Evaluation; Risk Groups; Infant, Newborn; Vulnerability.

Introducción

Históricamente la política de salud brasileña se ha dirigido al grupo materno infantil. En ese sentido fue creado el Programa de Salud Materno Infantil, que evolucionó en las últimas décadas del siglo XX para los Programas de Atención Integral a la Salud de la Mujer y del Niño. Específicamente en relación al desarrollo de las políticas brasileñas de atención al niño, con el objetivo de organizar las principales directrices a ser seguidas y superar la desarticulación entre los diversos niveles de atención, el Ministerio de la Salud propone en 2.004 la Agenda de Compromisos para la Salud Integral del Niño y

Reducción de la Mortalidad Infantil, en la cual el trabajo es dirigido a las líneas de cuidado que, en general, presupone una visión global de las dimensiones de la vida de los usuarios⁽¹⁾.

Considerando las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil en el país, se constituye una de las líneas de cuidado prioritarias el Acompañamiento del Recién Nacido de Riesgo, estableciendo acciones de Vigilancia de la Salud por el equipo de la atención básica, con captación precoz y mantenimiento de la atención a partir de una búsqueda activa⁽¹⁾.

En el contexto municipal del presente estudio, la Secretaría de Salud desarrolla desde 1997 el Programa Crecer Feliz, dirigido a la identificación de los niños con riesgo en el nacimiento, los cuales deben recibir visita domiciliar (VD) en los primeros diez días de vida, desarrollada por equipo multiprofesional de las unidades de salud (US). Se sigue el acompañamiento prioritario de las mismas, debiendo la primera consulta médica ser realizada con hasta un mes de edad y, a partir de entonces, consultas médicas y de enfermería intercaladas, quincenalmente o, si es necesario, semanalmente.

Para establecimiento del riesgo neonatal, el programa considera aspectos biológicos: peso al nacimiento inferior a 2.500g, edad de gestación al nacer inferior a 37 semanas, patología que lleve a la internación en unidades de terapia intensiva o de cuidados intermedios en el período neonatal, malformación congénita, índice de Apgar en el quinto minuto de vida inferior a siete y ser hijo de madre portadora del virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). Considera, también, aspectos sociales: residir en área de riesgo, edad materna inferior a 18 años, jefe de familia sin empleo o madre como jefe de familia, padres usuarios de drogas, madre analfabeta, con dos o más hijos muertos, sin compañero, con menos y cuatro consultas de prenatal o con problema psiquiátrico que comprometa el cuidado del niño.

Este estudio tuvo por objetivo evaluar la estructura, el proceso y los resultados de la atención al recién nacido con riesgo inscrito en el Programa Crecer Feliz, durante su primer año de vida. Se pretende, así, subsidiar a los profesionales en la mejoría de la atención en la atención básica y a los administradores en la elaboración de las políticas públicas de salud dirigidas al grupo infantil.

Método

Se trata de estudio epidemiológico poblacional, del tipo evaluación de programa de salud. Como referencial de evaluación fue utilizado el modelo propuesto por Donabedian⁽²⁾ y los resultados fueron discutidos considerando directrices actuales de la política nacional de salud del niño, más específicamente las contenidas en la Plan de Compromisos para la Salud Integral del Niño y Reducción de la Mortalidad Infantil⁽¹⁾. Se utilizó, también, el concepto de vulnerabilidad programática, el cual provee sentido práctico y objetivo para evaluar los éxitos y fracasos de las acciones de salud⁽³⁾.

Botucatu, donde este estudio fue realizado, es considerado un municipio de porte mediano, se localiza en región central del estado de Sao Paulo, Brasil, y cuenta con una población aproximada de 120.000 habitantes.

Su red pública de atención básica es constituida por tres Policlínicas; cinco US que trabajan utilizando el modelo tradicional de centros de salud y ocho Unidades de Salud de la Familia (USF) que abrigan diez equipos.

Dos cuestionarios fueron contruidos para recolectar datos: el primero, respondido por los enfermeros responsables por las US, conteniendo variables relacionadas a la estructura del programa; el segundo, llenado por una de las investigadoras sobre el proceso y resultados de la atención al recién nacido con riesgo en su primer año de vida, a partir de los registros existentes en las fichas de los niños en las US. Hasta llegar a la forma final, estos instrumentos pasaron por ajustes, de forma a responder a los objetivos del estudio.

Los indicadores relativos a la estructura para operacionalización del Programa consideraron el número de unidades en que: los recién nacidos inscritos en el programa estaban identificados en la ficha; había registro de los niños del programa en libro propio; los registros de VD eran archivados en la ficha; los niños con riesgo eran consideradas prioritarios para consulta médica y de enfermería; había copia del Programa; médicos y enfermeros participaron de grupos de gestante y recién nacido en el mes que antecedió a la recolección de datos. En relación a los recursos humanos, los indicadores estudiados se basaron en el número de unidades donde: se consideraba la atención al recién nacido con riesgo como parte de las actividades de los enfermeros y médicos; los auxiliares de enfermería eran capacitados para atender recién nacidos con riesgo, y médicos y enfermeros conocían el total de niños del Programa.

Para estudio del proceso de cuidado se analizaron como indicadores porcentajes de niños que recibieron VD, realizadas en los primeros diez días de vida y acompañadas en puericultura en la red básica de salud; número de atenciones eventuales en US en el primer año de vida y porcentaje de niños que tuvieron todas las atenciones en las US del tipo eventual en el primer año de vida.

Los indicadores propuestos para evaluación de los resultados del programa fueron: porcentaje de niños que recibieron todas las vacunas indicadas para el primer año de vida; porcentaje de resultados adversos a la salud (muerte o internación) en el primer año de vida; porcentaje de niños que fueron atendidos en consulta médica o de enfermería con 12 meses de edad y porcentaje de niños que recibían leche materna a los 12 meses de edad.

Hicieron parte de la investigación todos los neonatos residentes en Botucatu, clasificados como de riesgo, nacidos entre 3 de marzo y 5 de septiembre de 2.006, totalizando 298 niños, 52,9% de los 563 nacimientos ocurridos en ese período en el municipio. Ese período fue

escogido por permitir la evaluación de la última versión del Programa, implementada en el inicio de 2006.

Independientemente del local de nacimiento o del acompañamiento en el primer año de vida, se consideró que todos los recién nacidos deberían recibir VD y ser vacunados por el servicio público de salud. Sin embargo, como parte de los niños era acompañada en servicios de puericultura privados, para algunas variables, el total de recién nacidos considerado fue 185.

El banco de datos fue digitado por una de las autoras y su consistencia fue comprobada a partir de cuestiones asociadas. El análisis, basado en estadística descriptiva, fue realizado por medio del programa EpiInfo versión 3.4.3 y los indicadores son presentados a partir de las frecuencias relativa y absoluta.

Este estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) y respetó las orientaciones para investigaciones involucrando seres humanos (Of. 598/2.006-CEP). Las enfermeras entrevistadas, después de esclarecimiento sobre el trabajo, fueron convidadas a participar y aquellas que aceptaron firmaron el Término de Consentimiento para Participación en Estudio Científico. Para utilización de datos secundarios, se solicitó al CEI liberar este término.

Resultados

Se presenta una breve caracterización de los 298 niños estudiados. La mayoría había nacido en una unidad hospitalaria de nivel secundario (52,0%), de término (77,0%) y parto vaginal (61,0%). Al nacer, 31,6% tenían bajo peso y 92,0% recibieron índice de Apgar igual o superior a siete en el quinto minuto de vida. La mitad de los niños era del sexo masculino, 2% presentaron malformación y 4,4% necesitaron ser internados en unidades de terapia intensiva o de cuidados intermedios al nacimiento. Con relación a los factores con riesgo al nacer, los sociales fueron los más frecuentes (59,7%), seguido de la asociación biológica y social (22,8%) y apenas biológico (17,5%). La mayor parte de las madres estaba en el intervalo de edad entre 19 y 30 años (52,8%), tenían ocho o más años de aprobación escolar (62,3%), contaban con el apoyo del padre del niño (59,4%) y habían pasado por siete o más consultas de prenatal (62,8%). Había desempleo del jefe de la familia en 10,7% de los casos.

Datos sobre la estructura de las 16 Unidades de Salud evidencian que en la mayoría de los niños del Programa no eran identificados, pero tenían atención prioritaria; 56,2% de los enfermeros y 12,5% de los médicos conocían el número de niños inscritos en el Programa (Tabla 1).

Tabla 1 – Estructura del Programa Crecer Feliz en la Unidad de Atención Básica (n=16). Botucatu, Brasil, 2007

Estructura del Programa	Nº	%
Identificación de los niños del programa		
Si	2	12,5
No	14	87,5
Archivo de las fichas de visita en la ficha		
Si	15	93,7
No	1	6,3
Libro de registro en la unidad		
Si	11	68,7
No	5	31,3
Prioridad de consulta médica/enfermería a los recién nacidos de riesgo		
Si	13	81,3
No	3	18,7
Copia del programa en la unidad		
Si	4	25,0
No	12	75,0
Participación del enfermero en el grupo de gestantes		
Si	7	43,7
No	9	56,3
Participación del médico en el grupo de gestantes		
Si	0	0,0
No	15	93,8
Sin información	1	6,2
Participación del enfermero en el grupo de recién nacidos		
Si	5	31,1
Ninguna	11	68,9
Participación del médico en el grupo de recién nacidos		
Si	0	0,0
No	15	93,8
Sin información	1	6,2
Atención al recién nacido con riesgo por el médico		
Si	16	100,0
No	0	0
Atención al recién nacido con riesgo por la enfermera asistencial		
Si	15	93,8
No	1	6,2
Auxiliares de enfermería capacitados para el programa		
Si	10	62,5
No	4	25,0
No sabe	2	12,5
Enfermero conoce el número de recién nacidos con riesgo		
Si	9	56,2
No	7	43,8
Médico conoce el número de recién nacidos con riesgo		
Si	2	12,5
No	14	87,5

En cuanto al proceso de atención, la cobertura de VD fue 54,0%, 68,5% de los niños estaban con la vacunación al día y 2,7% de ellos recibían leche materna con 12 meses de vida (Tabla 2).

Tabla 2 – Proceso de atención del Programa Crecer Feliz. Botucatu, Brasil, 2007

Proceso de Atención	N°	%
Realización de visita (n=298)		
Si	161	54,0
No	137	46,0
Edad (días) al recibir visita (n= 298)		
Hasta 10	63	21,1
Más de 10	98	32,9
No visitados	137	46,0
Vacunación en día (n=298)		
Si	204	68,5
No	36	12,1
No consta	58	19,4
Puericultura en Unidad de Salud (n=298)		
Si	185	62,1
No	113	37,9
Tipo de atención en la Unidad de Salud (n=185)		
Eventual	53	28,6
Rutina	20	10,8
Eventual y rutina	112	60,6
Atención a los 12 meses de vida (n=185)		
Si	18	9,7
No	167	90,3
Amamantamiento materno a los 12 meses de vida (n=185)		
Si	5	2,7
No	180	97,3
Resultados adversos (n=185)		
Si	22	11,9
No	163	88,1
Tipo de resultado adverso (n=22)		
Internación	14	63,6
Muerte infantil	8	36,4

Discusión

Fueron estudiados todos los niños con riesgo nacidos en un semestre del año 2.006, siendo los datos obtenidos relativos al primer año de vida. La representatividad poblacional constituye un aspecto altamente positivo del presente estudio. Sin embargo, algunas fragilidades merecen ser apuntadas: para el análisis de la estructura, las enfermeras responsables por las US, que conocían los objetivos del estudio, fueron las informantes; para análisis del proceso, los datos fueron obtenidos de las fichas de los niños y, eventualmente, acciones de salud realizadas y no registradas no fueron consideradas. Así, los resultados de la estructura obtenidos pueden contener algún sesgo positivo, en cuanto el análisis de proceso, negativo.

La incidencia de recién nacidos con riesgo en el período estudiado puede ser considerada elevada: 52,9%. Considerando que, de acuerdo con el programa, esos niños precisan ser visitados hasta el décimo día de vida y que durante el primer año deben tener una rutina de atención diferenciada, queda claro el desafío impuesto a

las US locales.

Un primer punto a ser observado se refiere a la pertinencia de la clasificación de área con riesgo actualmente adoptado por el Programa Crecer Feliz, definido en 1995, tomando como base un estudio sobre mortalidad perinatal, en el mismo municipio⁽⁴⁾. Los resultados de la presente investigación apuntaron que 87,6% de los recién nacidos con riesgo eran residentes de esas áreas, valor ciertamente elevado. Residir en área con riesgo corresponde a uno de los ejes de riesgo social, según el Programa. Complementan, también, el riesgo social: edad de la madre inferior a 18 años; madre analfabeta; historia de muerte infantil anterior; jefe de familia sin empleo o madre jefe de familia; madre sin compañero/apoyo; madre sin seguimiento prenatal (número de consultas igual o inferior a tres) y madre con problemas psiquiátricos, habiendo, por lo tanto, una ampliación de los factores propuestos por la Agenda de Compromisos⁽¹⁾, que incluye apenas madre adolescente, con baja instrucción, historia de muerte en la infancia y residir en área de riesgo.

Probablemente en consecuencia de esta ampliación, la frecuencia de niños con riesgo de naturaleza social fue elevada: 82,5%, siendo que 59,7% presentaban riesgo exclusivamente de naturaleza social. El Programa considera, también, factores con riesgo de naturaleza biológica, como: peso de nacimiento igual o inferior a 2.500g; edad de gestación al nacimiento inferior a 37 semanas; patología que justifique internación en unidades de terapia intensiva o de cuidados intermedios neonatal; índice de Apgar en el quinto minuto de vida inferior a siete; malformación congénita y madre portadora del Sida. Entre los niños estudiados, 40,3% presentaban uno o más de estos factores. Los criterios biológicos están muy próximos a los expresados en la Agenda de Compromisos⁽¹⁾ y permiten que los servicios de salud desarrollen acciones estratégicas específicas para el adecuado cuidado de la salud del niño, en el sentido de minimizar los daños. Apenas los dos últimos factores con riesgo citados no son contemplados por la Agenda de Compromisos que, en contrapartida, propone que se incluyan los niños cuya madre/cuidador precisó recibir orientaciones especiales en el alta de la maternidad/unidad de cuidados del recién nacido⁽¹⁾.

Los modelos de evaluación de programas y los proyectos de salud pública deben ser aumentados, proceso que se inicia por la medición de indicadores de oferta de servicios, o sea, por la evaluación del programa en cuanto a su fundamentación y adecuación técnica y al contexto

epidemiológico y del sistema de salud. Considerando los criterios técnicos y políticos para definir el niño como de riesgo, el Programa Crecer Feliz es adecuado. En cuanto a las intervenciones y estrategias para su implementación, el programa también se mostró adecuado, ofertando acciones de salud reconocidamente capaces de producir impacto positivo sobre la salud infantil, como la VD en los primeros diez días de vida. Cabe ahora realizar el balance entre lo programado y lo ofrecido a la población objetivo, la segunda etapa del modelo de evaluación⁽⁵⁾.

La Agenda de Compromisos orienta que los profesionales no pierdan oportunidades, en la unidad de salud, domicilio o espacios colectivos, de forma a beneficiar al niño con un cuidado integral y multiprofesional⁽¹⁾, lo que es también lo más relevante para recién nacidos de riesgo. Según las directrices del Programa Crecer Feliz, los niños con riesgo deben ser identificados y registrados en libros propios en las unidades de referencia y tener sus historiales archivados en sus fichas, de forma que los profesionales puedan reconocerlos inmediatamente cuando buscan los servicios de salud. Los resultados de este estudio apuntan que esa forma de actuación no es una práctica constante en el municipio: algunas unidades no poseen libro de registro, en la mayoría de ellas no hay identificación de los niños y no está disponible copia del Programa. Así, ¿Cómo no perder oportunidades, si no es conocida la población objetivo y, muchas veces, ni mismo la propuesta del Programa?

Partiendo del principio que la cuestión central, a ser tratada por las políticas que tienen por objetivo la equidad en salud, es la reducción o eliminación de las diferencias que provienen de factores considerados evitables e injustos⁽⁶⁾, se justifica la prioridad que debe ser dada al grupo de recién nacidos de riesgo. Además de la garantía del acceso, el aumento de la resolubilidad y de la calidad de la atención debe ser garantizado⁽¹⁾. Sin embargo, en cuanto a la priorización de la atención a los recién nacidos de riesgo, los datos levantados en ese estudio revelan que puede haber problemas, debido a la no identificación de los niños en la rutina de los servicios y al desconocimiento de médicos y enfermeros sobre el número de inscritos en el programa.

Otro indicador de proceso adoptado el desarrollo de actividad educativa en grupo de gestantes y recién nacidos fue insatisfactorio. La participación de médicos y enfermeras en esa acción fue limitada, revelando el mantenimiento del modelo tradicional de atención, en que la asistencia es ofrecida casi que exclusivamente a partir de la consulta médica individual, no siempre propiciando

acogimiento a las ansiedades, quejas y temores asociados culturalmente a la gestación y al cuidado infantil. Al contrario, los grupos de gestantes y recién nacidos deben constituir un espacio para compartir experiencias, sentimientos y afectos y socialización de conocimientos técnico-científicos y popular para las participantes⁽⁷⁾.

De acuerdo con el Programa Crecer Feliz, todos los profesionales deben participar del acogimiento y de la atención a los neonatos, a pesar de que no sean explicitadas las estrategias a ser utilizadas, lo mismo ocurriendo en la Agenda de Compromisos, que apunta para la necesidad de superación de la desarticulación entre los diversos niveles del sistema de salud y para garantía del cuidado integral, con flujo ágil y oportuno en cada nivel de atención hasta la recuperación completa del individuo⁽¹⁾.

En el presente estudio, todos los niños con riesgo fueron atendidos con procedimientos de rutina por el médico y, la mayoría, también por el enfermero. La pequeña actuación de esos profesionales en actividades educativas en grupo señala que esas atenciones han sido viabilizadas mayoritariamente a partir de consultas individuales.

La Agenda de Compromisos propone la Primera Semana de Salud Integral, dirigida al cuidado de la madre y recién nacido, preconizando la realización de VD en la primera semana después del parto⁽¹⁾. En el análisis del proceso de cuidado la cobertura de VD fue, en general, pequeña (54,0%), menor aun cuando considerada la realización hasta el décimo día de vida (21,1%). Tomando la VD como el más importante indicador del proceso, el Programa Crecer Feliz presentó desempeño bastante insatisfactorio, reduciendo su potencial de vigilancia a la salud y de producir impacto positivo sobre la salud de este grupo.

El cuidado domiciliar en salud es un dispositivo para la revisión del concepto del proceso salud/enfermedad/cuidado y, por lo tanto, capaz de promover la incorporación de valores que lleven a cambios en dirección a un modelo asistencial comprometido en establecer relación acogedora, marcada por el compromiso y responsabilidad por la salud de los usuarios⁽⁸⁾.

Además de la posibilidad de la VD precoz, al recién nacido, contribuir con la disminución de la mortalidad, otros resultados de esta forma de atención merecen ser considerados, como el fortalecimiento del vínculo entre el servicio de salud y las familias, en el sentido de facilitar acciones de promoción de la salud en el nivel familiar⁽⁹⁾ y la búsqueda activa y captación precoz de los niños de riesgo, conforme propuesto por la Agenda de Compromisos⁽¹⁾.

La cobertura del servicio público municipal de atención básica en el acompañamiento periódico de los recién nacidos con riesgo puede ser considerada baja (62%). Considerando la caracterización de las madres y neonatos anteriormente realizada, así como las áreas de residencia de estos, parece bastante improbable que la proporción de 38% de los niños restantes estuviese en acompañamiento en consultorios particulares o con convenios. Así, es posible que parte de los niños con riesgo al nacer se encuentren afuera de la vigilancia de la salud, acción preconizada por el programa evaluado y por la Planificación de Compromisos⁽¹⁾.

Considerando a los niños que realizaron puericultura en la red básica de salud, llamó la atención el hecho de que 28,6% no hubiesen tenido atención de rutina, o sea, todas las veces que esos niños fueron atendidos había un problema de salud que demandó buscar la atención en las US. Esta situación observada en el municipio es preocupante, especialmente por tratarse de niños que deberían estar siendo acompañados normalmente y frecuentemente, con consultas que permitiesen la vigilancia de su crecimiento y desarrollo y estado vacunación, entre otras acciones fundamentales para la promoción de la salud infantil⁽¹⁾.

Sumadas, la baja implementación de las acciones de vigilancia y cuidado con los neonatos preconizados y la baja cobertura, la posibilidad del Programa haber producido resultados positivos sobre asuntos relativos a la salud infantil es pequeña. Así, se puede inferir que esta condición se repita, o se encuentre todavía peor, para los demás niños.

Los indicadores negativos relativos al proceso de implementación del Programa prácticamente desautorizan el análisis de indicadores de resultados o de impacto⁽⁵⁾. Apenas con la finalidad de describir el comportamiento de los indicadores del componente resultado, fueron examinadas la cobertura de vacunación, indicadores de lactancia materna, internaciones hospitalarias y muertes en el grupo de recién nacidos con riesgo acompañados por el programa.

Al final del primer año de vida estaban con la vacunación en día apenas 68,5% de los niños. La vacunación en ese intervalo de edad es prioridad en los ámbitos federal y estatal^(1,10). Hace años la meta operacional básica es vacunar 100% de los menores de un año con todas las vacunas indicadas para esa edad⁽¹¹⁾. Se destaca que en el municipio estudiado las salas de vacunas son informatizadas, lo que debería viabilizar una mejor monitorización de la situación de vacunación de los

niños y acciones de búsqueda activa de los que faltan.

Se sabe que la lactancia, cuando practicada de forma exclusiva hasta los seis meses y complementada con alimentos apropiados hasta los dos años de edad o más, demuestra gran potencial transformador en el crecimiento, desarrollo y prevención de enfermedades en la infancia y edad adulta, razones por las cuales la Agenda de Compromisos propone el incentivo y orientaciones relativas al amamantamiento materno⁽¹⁾. Sin embargo, apenas 2,7% de los niños recibían leche materna con 12 meses de edad, valor muy bajo si comparado a la situación brasileña. En 1.989, 37% de los niños eran amamantados hasta los 12 meses de edad⁽¹²⁾ y, desde entonces, la duración de la lactancia está aumentando continuamente en el país⁽¹³⁾.

La introducción de la alimentación complementar, así como la lactancia, sufren influencia de la madre y del contexto familiar, sociocultural y económico. Se sabe, sin embargo, que el soporte de los servicios de salud puede contribuir significativamente para mejorar la conducción del proceso de alimentación infantil⁽¹⁴⁾. Estos resultados señalan la necesidad de nuevas estrategias de abordaje a las madres.

La existencia del programa no puede evitar que 14 niños con riesgo atendidos en las US fuesen internados en su primer año de vida, lo que puede estar relacionado a las fragilidades anteriormente apuntadas. Además de eso, ocho murieron antes de completar un año de edad. Considerando que, de estos últimos, seis eran prematuros extremos, que no llegaron a tener alta hospitalaria después del nacimiento, estando, por lo tanto, fuera del alcance del Programa, se sugiere la inclusión de acciones dirigidas a la calificación de la atención prenatal, conforme previsto en el Plan de Compromisos⁽¹⁾. Debe ser destacado, también, que dos muertes estaban relacionadas a niños nacidos a término y con índice de Apgar superior a siete en el quinto minuto de vida, caracterizando el carácter evitable de esas muertes y, nuevamente, la fragilidad del programa.

La fragilidad de programas dirigidos a la vigilancia y cuidado de recién nacidos con riesgo no parece ser fenómeno raro. A pesar de raros, fueron identificados dos artículos conteniendo evaluaciones de programas semejantes. Uno de ellos, el programa de vigilancia del recién nacido de Londrina (PR) fue evaluado en cuanto a la cobertura y al proceso, siendo informantes los enfermeros participantes, como en la presente investigación. Fue constatado que 15,3% de los niños con riesgo no eran acompañados por las unidades básicas de salud (cobertura mejor que la observada en Botucatu), 9,4% frecuentaban

servicios privados o con convenios y las demás no fueron encontradas y 60% de las unidades tenían formas estandarizadas para registro, identificación y control de los niños de riesgo⁽¹⁵⁾. Vale apuntar que los autores destacaron deficiencias del programa, algunas también observadas en el Programa Crecer Feliz, especialmente con relación al proceso de atención.

Un segundo artículo trata de la evaluación de la versión anterior del Programa Crecer Feliz, implementado por una unidad básica de salud del municipio de Botucatu, presentando características e indicadores semejantes a los del presente estudio, como predominio de niños con riesgo social en relación a lo biológico, bajísima cobertura de la VD, predominio de las atenciones individuales y baja cobertura de vacunación⁽¹⁶⁾.

Conclusión

Tomados en conjunto, los resultados de este estudio, evidencian vulnerabilidad institucional de las acciones relacionadas al programa evaluado, como consecuencia de problemas relacionados a la estructura y al proceso, con implicaciones en sus resultados.

Considerando la estructura, se resalta la ausencia de copia del Programa en las unidades; no identificación de los niños con riesgo en las fichas; ausencia de actividades educativas en grupo para gestantes y recién nacidos y desconocimiento de médicos y enfermeros sobre el total de niños con riesgo al nacer en seguimiento en la unidad de salud. El análisis de proceso evidenció baja cobertura de VD, especialmente en los primeros diez días de vida, proporción relativamente pequeña de niños con riesgo al nacer, acompañados en puericultura en los servicios públicos de salud y gran número de atenciones eventuales a estos niños. Con relación a los resultados, como esperado, fueron elevadas las proporciones de niños con vacunación incompleta, que no siguieron el protocolo de atención propuesto al recién nacido con riesgo y que no recibían lactancia materna a los 12 meses de edad, siendo también elevados los índices de internaciones y muertes, a despecho de la prioridad establecida para esas niños.

En síntesis, son adecuados los criterios adoptados por el Programa para definición de los recién nacidos con riesgo y las intervenciones y estrategias propuestas están en consonancia con la Agenda de Compromisos. Cabe, entonces, a los administradores priorizarlo, introduciéndolo efectivamente en la política pública de salud a ser desarrollada en el ámbito del municipio, revertiendo la vulnerabilidad institucional actualmente identificada. Con la divulgación de los resultados del estudio se espera

subsidiar a los administradores y profesionales de la salud en la elaboración de las políticas públicas municipales de salud dirigidas al grupo infantil.

Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. 80 p.
2. Donabedian A. The quality of care – how come it be assessed? *J Am Med Assoc.* 1988; 260(12):1743-8.
3. Ayres JRCM. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. São Paulo: Casa de Edição; 1996.
4. Macharelli CA. Mortalidade perinatal em Botucatu - SP 1991/1992. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1995.
5. Santos IS. Avaliação do impacto de programas nutricionais. *Rev Nutrição.* (PUCCAMP) 2009;22(1):141-50.
6. Viana ALd'Á, Fausto MCR, Lima LD. Política de saúde e equidade. São Paulo em Perspectiva. 2003;17(1):58-68.
7. Delfino MRR, Patrício ZM, Martins AS, Silvério MR. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Ciênc Saúde Colet.* 2004;9(4):1057-66.
8. Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S. A assistência domiciliar: conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2005;13(6):1001-10.
9. Leite WCL, Perico LAD. Vigilância à saúde do recém nascido na Divisão de Saúde Comunitária. *Acta Paul Enferm.* 1996;9:74-8.
10. Governo do Estado de São Paulo (SP). Norma técnica do programa de imunização. São Paulo (SP): Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac"; 2008. 68 p.
11. Ministério da Saúde (BR). Manual de Procedimentos para vacinação. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. 111 p.
12. Venâncio SI, Monteiro CA. Tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiol.* 1998;1:40-9.
13. Réa MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saúde Pública.* 2003;19 (Suppl):S37-45.
14. 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 Mater Infant.* 2007; 7:273-80.
15. Rossetto EG, Pizzo LG. Avaliação do programa de vigilância do recém-nascido de Londrina-Paraná. *Ciênc Cuid Saúde.* 2007;6(2):148-56.

16. Manoel CM, Carandina L, Giarola LC. Programa de vigilância ao recém-nascido de risco: ações desenvolvidas no Centro de Saúde Escola de Botucatu. Rev Paul Pediatr. 2006;24(3):227-32.

Recibido: 18.11.2009

Aceptado: 10.12.2010

Como citar este artículo:

Luque ALF, Lima CMG, Carvalhaes MABL, Tonete VLP, Parada CMGL. Evaluación de la atención al recién nacido con riesgo bajo la perspectiva de una política pública de salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mar.-abr. 2011 [acceso: / /];19(2):[09 pantallas]. Disponible en: _____

día
mes abreviado con punto
año

URL