

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

MARIA ÉLIDA MACHADO

**ATENÇÃO À SAÚDE PRESTADA AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO
NO PRIMEIRO ANO DE VIDA:
um estudo na perspectiva do Programa Pré-Nenê.**

Porto Alegre

2003

MARIA ÉLIDA MACHADO

**ATENÇÃO À SAÚDE PRESTADA AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO
NO PRIMEIRO ANO DE VIDA:
um estudo na perspectiva do Programa Pré-Nenê.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Liana Lautert

Porto Alegre

2003

M149a Machado, Maria Élide

Atenção à saúde prestada ao recém-nascido de risco no primeiro ano de vida : um estudo na perspectiva do programa Prá-Nenê / Maria Élide Machado ; orient. Liana Lautert. – Porto Alegre, 2003.
122 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2002.

1. Recém-nascido. 2. Cuidados integrais de saúde. 3. Planos e programas de saúde. I. Lautert, Liana. II. Título.

CDD: 618.9201

CDU: 612.648-053.2

HLSN: 451.1

NLM: WS 420

*Esta dissertação é dedicada ao meu
companheiro Gilberto, maior incentivador deste
trabalho, que não mediu esforços em me apoiar
na realização desta pesquisa*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me apresenta desafios e me acompanha para que possa vencê-los.

Aos meus filhos Diego e Eduardo pela compreensão das minhas ausências durante toda as suas vidas em busca de qualificação profissional e de melhores perspectivas para o nosso futuro.

À minha primeira professora, minha querida irmã Rosélia, pela presença carinhosa e pelo apoio incondicional a todas as minhas iniciativas.

À minha orientadora Prof. Dra. Liana Lautert, pela disponibilidade em me acompanhar nesta pesquisa dividindo comigo o seu conhecimento.

Aos professores do Mestrado, por me auxiliarem a galgar mais este passo na busca do conhecimento.

Às professoras Dras. Denise Aerts, Eva Pedro e Maria da Graça Motta, membros da banca de qualificação do projeto, pelas valiosas contribuições na construção desta pesquisa.

Aos meus colegas do Curso de Mestrado, pelos agradáveis momentos de convívio que lembrarei para sempre.

À Direção da Escola de Saúde Pública e do CSEM, pela oportunidade proporcionada para a realização do Curso de Mestrado.

À Direção e Coordenadores de Cursos da Rede Metodista de Educação/IPA, pelo apoio e estímulo à minha qualificação profissional.

Aos meus colegas da equipe diretiva do CSEM e aos colegas docentes da Escola de Saúde Pública/RS, por terem absorvido, na minha ausência, as minhas atividades para que eu pudesse realizar o Curso de Mestrado.

À Coordenação do Programa Pra-Nenê, pela disponibilidade em fornecer e discutir sobre os dados utilizados.

À Vânia, pela sua competência e pela paciência em me conduzir pelos caminhos da estatística.

A todas as equipes das UBS do CSEM, pela colaboração nas diferentes etapas de realização deste estudo.

Ao pessoal da Biblioteca e do setor de Reprografia da Escola de Saúde Pública/RS que foram incansáveis ao me auxiliarem na busca da bibliografia.

À comunidade da região de atuação do CSEM, representada pelo seu Conselho Local de Saúde, pela aceitação e divulgação deste trabalho.

Às mães das crianças do estudo que gentilmente me receberam em suas casas e responderam às minhas perguntas.

Às minhas queridas alunas dos cursos de Fonoaudiologia e Nutrição do IPA, pelo auxílio na coleta de dados.

RESUMO

Estudo quantitativo, do tipo descritivo, cujo objetivo foi conhecer a atenção à saúde prestada ao recém-nascido de risco da região de atuação do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), durante o seu primeiro ano de vida. Foram utilizados os critérios de risco e os procedimentos estabelecidos pelo Programa Pré-Nenê, que é um programa de vigilância da saúde da criança, implantado em todo o município de Porto Alegre. Fizeram parte do estudo 201 recém-nascidos da região de atuação do CSEM, que apresentaram algum dos seguintes determinantes de risco ao nascimento: mãe < 18 anos, mãe analfabeta, parto domiciliar, peso < 2500g, idade gestacional < 37 semanas, parto gemelar e Apgar do quinto minuto < 4. Ao caracterizar os recém-nascidos de risco, observou-se que a idade da mãe foi um determinante encontrado em 45,3% das crianças, assim como é baixa sua escolaridade: 45,8% não concluíram o ensino fundamental. Quanto à gestação e parto, 67,9% das mães dos recém-nascidos estudados não fizeram pré-natal adequado em número de consultas. Quanto à idade gestacional, 42,7% foram prematuros. Cerca de 34% dos recém-nascidos tiveram baixo peso ao nascer. Foram buscadas nos seus endereços e encontradas 89 crianças. Os riscos mais frequentes entre as crianças acompanhadas e não acompanhadas durante o seu primeiro ano de vida, foram: idade da mãe; idade gestacional e baixo peso ao nascer. Foi relevante o achado que 46,1% das crianças não foram acompanhadas sistematicamente por nenhum serviço de saúde, demonstrando que a vigilância da saúde infantil não foi uma prática cotidiana na região de estudo. Além do CSEM, os locais mais frequentes que atenderam as crianças estudadas foram os Hospitais da PUC e Presidente Vargas. Para análise da atenção de saúde prestada aos recém-nascidos de risco, foram utilizadas as variáveis: tipo e tempo de aleitamento materno, e vacinação. O aleitamento materno exclusivo, até os seis meses de vida,

ocorreu em somente 12,3% das crianças. O número de crianças com vacina em dia foi semelhante ao total daquela região. A condição de saúde durante o primeiro ano de vida foi analisada a partir da ocorrência e motivos das internações hospitalares e a posição do peso na curva de crescimento. Devido, principalmente, a infecções respiratórias, 50% das crianças estudadas tiveram de 1 a 3 internações hospitalares durante o primeiro ano. Foi constatado que registrar o peso da criança a cada atendimento não é uma prática utilizada pelas equipes do CSEM pois 18,6% das crianças não tinham nenhum registro de peso no seu cartão. Das que tinham registro, 80,3% estavam com o peso dentro dos limites da curva, no entanto, apenas 45,6% tinham registro no último trimestre do 1º ano de vida. Os resultados encontrados são compatíveis com a pobreza e a exclusão da população como também com o atual estágio de consolidação do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: recém-nascido; cuidados integrais de saúde; planos e programas de saúde.

ABSTRACT*

The aim of the present quantitative and descriptive study was to provide a comprehensive view of the attention to health service provided by the Health Center of Murialdo School (CSEM) to newborns at risk during their first year of life. The risk criteria and the procedures used were those established by the Programa Pra-Nenê, a program of vigilance of child health, implemented in the city of Porto Alegre, Brazil. Study participants were 201 newborns of the region served by the CSEM, who presented any of the following determinants of risk at birth: mother younger than 18 years of age, illiterate mother, domiciliary birth, birth weight lower than 2,500g, gestational age < 37 weeks, delivery of twins, and the Apgar score at 5 minutes of life < 4. These newborns were characterized according to variables selected from the System of Information on Live Births (SINASC). Eighty-nine children were contacted through the home address found in the records. After characterizing the newborn at risk, it was observed that the mother's age was a determinant present in 45.3% of the children, as well as low school level (45.8% of the mothers had not completed elementary school). As to gestation and delivery, 67.9% of the mothers did not have adequate prenatal care in terms of number of visits to the health care service. As to gestational age, 42.7% of the children were premature. Around 34% of the newborns had low birth weight. The most frequent risks among the children who had follow-up care and those who did not have follow-up care during their first year of life were the mother's age, gestational age, and low birth weight. A significant finding was the fact that 46.1% of the children did not have regular follow-up care in any health service, which demonstrates that the vigilance of child health was not an everyday practice in these services. Besides the

* Tradução Andréa Caleffi

CSEM, the services most frequently sought for assistance by the children studied were two hospitals in Porto Alegre: Hospital São Lucas of PUC and Hospital Presidente Vargas. Type and duration of breastfeeding and vaccination were the variables used for the analysis of attention to health provided to the newborns at risk. Exclusive breastfeeding during the first six months of life was present in only 12.3% of the children. The number of children with updated vaccination was similar to the total number of children in the region. The condition of health during the first year of life was analyzed having as starting point the event and reasons for hospitalization and weight on the growth curve. Half of the children studied had between 1 and 3 hospitalizations during their first year of life. The most frequent cause for hospitalization was respiratory infection. It was verified that register of the child's weight at each visit to healthcare provider is not done on a regular basis by the teams of the CSEM, since 18.6% of children had no register of weight on their cards. From the children who did have their weight registered, 80.3% were within the normal limits of the curve, however, only 45.6% had register in the last trimester of the 1st year of age. These results are compatible with the situation of poverty and exclusion of the population studied, as well as with the present stage of consolidation of the country's public health system.

KEYWORDS: *infant, newborn; comprehensive health care; health plans and programmes.*

TITLE: *Attention to Health Service Provided to Newborns at Risk During their First Year of Life: a Study from the Perspective of Prá-Nenê Program.*

RESUMEN*

Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, cuyo objetivo ha sido conocer la atención a la salud brindada al recién nacido de riesgo de la región de actuación del Centro de Salud Escuela Murialdo (CSEM), durante su primer año de vida. Se han utilizado los criterios de riesgo y los procedimientos establecidos por el Programa Pra-Nenê, que es un programa de vigilancia a la salud del niño, implantado en todo el municipio de Porto Alegre. Formaron parte del estudio, 201 recién nacidos de la región de actuación del CSEM, que presentaron algunos de los siguientes determinantes de riesgo al nacer: madre menor de 18 años, madre analfabeta, parto domiciliar, peso menor de 2500g, edad gestante < 37 semanas, parto gemelar y Apgar del quinto minuto < 4. Fueron buscadas en sus direcciones y encontrados 89 niños. Al caracterizar a los recién nacidos de riesgo, se observó que la edad de la madre fue un determinante encontrado en el 45,3% de los niños tanto como es bajo su grado de escolaridad: el 45,8% no concluyó la enseñanza primaria. En cuanto a la gestación y parto, el 67,9% de las madres de los recién nacidos estudiados no hicieron el prenatal adecuado en número de consultas. Cuanto a la edad gestante, el 42,7% fue prematuro. Cerca del 34% de los recién nacidos tuvieron bajo peso al nacer. Los riesgos más frecuentes entre los niños acompañados y no acompañados durante su primer año de vida, fueron la edad de la madre, la edad gestante y el bajo peso al nacer. Ha sido relevante el hallado de que el 46,1% de los niños no fueron acompañados sistemáticamente por ningún servicio de salud, demostrando que la vigilancia de la salud infantil no fue una práctica cotidiana en la región de estudio. Además del CSEM, los locales más frecuentes donde fueron atendidos los niños estudiados fueron los Hospitales de la PUC y el Presidente Vargas. Para el análisis de la atención de

* Tradução Henry Daniel Lorencena Souza

salud brindada a los recién nacidos de riesgo fueron utilizadas las variables tipo y tiempo de lactación materno y vacunación. La lactación materna exclusiva, hasta los seis meses de vida del niño, ocurrió solamente en el 12,3% de los niños. El número de niños con vacunas al día fue similar al total de niños de aquella región. La condición de salud durante el primer año de vida fue analizada a partir de la ocurrencia y motivos de las internaciones hospitalarias y la posición del peso en la curva de crecimiento. El 50% de los niños estudiados tuvieron entre 1 a 3 internaciones hospitalarias durante el primer año. El principal motivo de las internaciones fueron las infecciones respiratorias. Se constató que registrar el peso del niño a cada consulta no es una práctica utilizada por los equipos del CSEM pues el 18,6% de los niños no tenían ningún registro de peso en su tarjeta. De los que tenían registro, el 80,3% estaba con el peso dentro de los límites de la curva, sin embargo, tan solo el 45,6% tenía registro en el último trimestre del 1^{er} año de vida. Los resultados hallados son compatibles con la pobreza y la exclusión de la población como también con el actual estadio de consolidación del Sistema Único de Saúde.

DESCRIPTORES: *recién nacido; atención integral de salud; planes y programas de salud.*

TITULO: *Atención a la Salud Brindada al Recién Nacido de Riesgo Durante su Primer Año de Vida: un Estudio en la Perspectiva del Programa “Prá-Nenê”.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM segundo a idade da mãe. Porto Alegre, 2002.	74
Tabela 2 – Distribuição dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM segundo a escolaridade da mãe. Porto Alegre, 2002.	75
Tabela 3 – Distribuição dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM segundo o número de consultas de pré-natal. Porto Alegre, 2002.	77
Tabela 4 – Distribuição dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM segundo o tipo de gravidez. Porto Alegre, 2002.	78
Tabela 5 – Distribuição dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM segundo a idade gestacional. Porto Alegre, 2002.	80
Tabela 6 – Distribuição dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM segundo o tipo de parto. Porto Alegre, 2002.	81
Tabela 7 – Distribuição dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM segundo o sexo. Porto Alegre, 2002.	82
Tabela 8 – Distribuição dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM segundo o peso ao nascer. Porto Alegre, 2002.	84
Tabela 9 – Distribuição dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM segundo o Apgar do quinto minuto. Porto Alegre, 2002.	85
Tabela 10 – Distribuição dos endereços das DN dos recém-nascidos de risco na região de atuação do CSEM. Porto Alegre, 2002.	86
Tabela 11 – Distribuição dos motivos de crianças não encontradas, que nasceram com risco, na região de atuação do CSEM. Porto Alegre, 2002.	87

Tabela 12 – Distribuição dos recém-nascidos de risco, da região de atuação do CSEM, conforme o tipo de acompanhamento durante o primeiro ano de vida. Porto Alegre, 2002.	87
Tabela 13 – Distribuição dos demais locais onde foram atendidas as crianças da região de atuação do CSEM no 1º ano de vida. Porto Alegre, 2002.	90
Tabela 14 – Distribuição dos motivos da busca por consultas de ambulatório no CSEM. Porto Alegre, 2002.	91
Tabela 15 – Distribuição do tempo de aleitamento materno entre os recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM. Porto Alegre, 2002.	93
Tabela 16 – Distribuição da situação da vacinação dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM. Porto Alegre, 2002.	94
Tabela 17 – Distribuição do número de internações hospitalares durante o primeiro ano de vida dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM. Porto Alegre, 2002.	95
Tabela 18 – Distribuição dos motivos das internações hospitalares ocorridas durante o primeiro ano de vida dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM. Porto Alegre, 2002.	96
Tabela 19 – Distribuição do último registro de peso no Cartão da Criança dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM. Porto Alegre, 2002.	97
Tabela 20 – Distribuição da posição do peso dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM na curva de crescimento do Cartão da Criança. Porto Alegre, 2002.	97

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	8
RESUMEN	10
LISTA DE TABELAS	12
1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1 A SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA	23
2.2 AS AÇÕES DE SAÚDE INFANTIL.....	27
2.2.1 Pré-natal	29
2.2.2 Aleitamento materno	31
2.2.3 Crescimento e desenvolvimento da criança	33
2.2.4 Imunizações.....	35
2.3 O PLANEJAMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	38
2.4 O PROGRAMA PRÁ-NENÊ.....	46
2.5 OS RISCOS À SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA CONFORME O PROGRAMA PRÁ-NENÊ	49
2.5.1 Peso ao nascer	49
2.5.2 Apgar	53
2.5.3 Idade materna	54
2.5.4 Parto domiciliar	56
2.5.5 Gravidez múltipla	57
2.5.6 Escolaridade da mãe	58

3 OBJETIVOS	60
3.1 GERAL.....	60
3.2 ESPECÍFICOS	60
4 CAMINHO METODOLÓGICO	61
4.1 O LOCAL DO ESTUDO	61
4.2 A POPULAÇÃO ALVO	64
4.3 A POPULAÇÃO EM ESTUDO	65
4.4 A COLETA DE DADOS	66
4.5 O INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	67
4.6 O ESTUDO PILOTO	68
4.7 A ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	69
4.8 AS CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	70
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	73
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS	73
5.1.1 Variáveis relativas à mãe	73
5.1.2 Variáveis relativas à gestação e parto	76
5.1.3 Variáveis relativas ao recém-nascido	81
5.2 RECÉM-NASCIDOS ACOMPANHADOS E NÃO ACOMPANHADOS NO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA MURIALDO	85
5.3 LOCAL, FREQUÊNCIA E AÇÕES DE SAÚDE PRESTADAS AO RECÉM- NASCIDO DE RISCO	90
6 CONCLUSÕES	99
7 COMENTÁRIOS FINAIS	103
REFERÊNCIAS	107

APÊNDICE A – Formulário para Coleta de Dados	112
APÊNDICE B - Autorização da Instituição	116
APÊNDICE C - Planilha de Orientações	117
APÊNDICE D –Termo de Consentimento Informado	118
ANEXO A - SINASC – Declaração de Nascido Vivo	119
ANEXO B - Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamento	120
ANEXO C - Centro de Saúde Escola Murialdo: área de atuação por unidade básica de saúde	122

1 INTRODUÇÃO

A programação de ações de saúde há muito tempo se constitui em importante ferramenta de planejamento e avaliação dos serviços de saúde. Em todos os níveis do sistema de saúde são usadas ações programadas. Os municípios, nos seus planos municipais de saúde, apresentam aos órgãos estaduais e federais de planejamento a sua situação epidemiológica e a proposta de ações sistematizadas que possam resolver os problemas detectados. Os estados e o Ministério da Saúde, por sua vez, analisam situações de saúde nos seus âmbitos de atuação e também programam ações para assegurar a saúde da população. Esta metodologia de trabalho é utilizada como uma das formas para alcançar cobertura dos serviços de saúde a toda a população com equidade, eficácia e eficiência, em todos os níveis.

Estas ações de saúde normalmente são programadas por área, tais como saúde da mulher, da criança e do idoso, para o enfrentamento de situações de risco por grupos específicos. No caso das crianças, a partir do conhecido risco nutricional gerado pelo desmame precoce, os programas de atenção integral à saúde infantil contemplam, por exemplo, ações de sensibilização das mães para o aleitamento de forma individual ou em grupos, orientação quanto ao preparo das mamas para a amamentação entre outras. Estas intervenções são programadas e avaliadas sistematicamente através de sistemas de informações criados para este fim.

Esses sistemas de informações devem ser alimentados com dados gerados pelas equipes básicas de saúde.

As ações de saúde assim concebidas podem se transformar em instrumentos burocratizados e desarticuladores da ação, quando entendidas somente como mecanismos de controle de atividades, o que pode gerar resistências de parte das equipes de saúde. No entanto, hoje, muitos trabalhadores já não concebem programações diretivas, planejadas em

níveis superiores do sistema e somente executadas pelos serviços. Há organizações de processos de trabalho das quais fazem parte os planejamentos locais, participativos, dinâmicas de trabalho horizontalizadas, nos quais a proposta de atuação parte da realidade e a prática da vigilância da saúde representa um eixo importante para o direcionamento da assistência. Desta forma, programar ações ou executar ações previamente sistematizadas num programa¹ deixa de ser um fardo imposto às equipes de saúde passando a ser um elemento dinâmico de acompanhamento e avaliação das intervenções realizadas para a efetiva resolução dos problemas da população sob sua responsabilidade.

Apesar da constatação de que a prática da vigilância com a utilização de ações de saúde programadas está sendo incorporada, lentamente, ao trabalho cotidiano das equipes, existem problemas relativos à sua manutenção. Uma das conseqüências disso é o prejuízo da avaliação da situação de saúde de uma população.

Esta realidade nós a observamos em nossa trajetória profissional em saúde pública, iniciada há cerca de doze anos. Atuando em planejamento e organização de serviços de saúde bem como na coordenação de equipes, temos vivenciado, de um lado, a dificuldade que sentem os níveis centrais para avaliarem os serviços pela falta de informações nos seus sistemas e, de outro, a prática da vigilância da saúde ainda deficiente nas equipes básicas, o que compromete a geração das informações e a avaliação das ações. Apesar do crescente compromisso das equipes básicas com o alcance de resultados epidemiológicos como parte do seu trabalho, essa situação ainda é muito observada.

O que referimos acima se repete, atualmente, no Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), onde atuamos na Coordenação de Atenção à Saúde.

O CSEM é um órgão da Secretaria Estadual da Saúde (SES) que especializa médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos e nutricionistas em saúde coletiva

¹Programa: conjunto de ações de saúde, organizadas por áreas específicas (mulher, criança ...) que visam à implementação, acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde. Segundo Ferreira (1999, p. 1645), programa é a exposição sumária das intenções ou projetos de um indivíduo ou organização.

por meio da Residência Integrada em Saúde Coletiva e é responsável pela atenção de saúde à maior parte da população do Distrito de Saúde 6 do município de Porto Alegre, onde residem cerca de 45.000 pessoas. Também neste espaço de formação de trabalhadores de saúde, observamos que a execução da atenção de saúde é realizada, mas ainda pouco sistematizada. As equipes conhecem a sua realidade, planejam e executam ações de intervenção, utilizam as propostas dos programas de atenção à saúde, mas a circulação de informações em todos os níveis de avaliação é muito deficiente, o que dificulta o acompanhamento da situação de saúde da população residente nesta área.

Essa lacuna é constatada por diferentes equipes que passaram pela coordenação da atenção à saúde do CSEM e também reconhecida e expressa pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos momentos de supervisão. O desconhecimento das ações realizadas, gerado pela falta de informações acerca da população atendida no CSEM, é criticado, de forma reiterada, em reuniões de trabalho, pela Equipe de Informações em Saúde (EI)², que mantém diversos sistemas de informações e programas para acompanhar e propor ações de enfrentamento das situações de risco de toda a população de Porto Alegre.

De todos os programas em operacionalização no CSEM, parece ser o Prá-Nenê³ o mais deficitário em termos de informações.

O Programa Prá-Nenê é assim denominado atualmente, mas, na verdade, representa uma evolução das ações programáticas de saúde infantil desenvolvidas em Porto Alegre desde a década de 70. O Programa recebeu constantes aprimoramentos por parte de diferentes equipes de trabalho do Centro de Documentação e Informações em Saúde (CEDIS), sempre, porém, voltado à vigilância da saúde da criança menor de um ano e à facilitação do acesso aos serviços de saúde.

²Equipe da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre responsável pela implantação, manutenção e avaliação dos sistemas de informações em saúde do município.

³Prá-Nenê: nome dado pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre ao programa de vigilância e atenção integral à saúde das crianças menores de um ano.

Este programa em Porto Alegre traduz a tendência mundial de priorizar o risco na programação de ações de saúde, ou seja, agir nessa área a partir das necessidades de atenção de grupos específicos. Especialmente na América Latina, a atenção à saúde infantil é prioridade e faz parte das orientações estratégicas e programáticas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para enfrentar os desafios das diferenças de acesso e cobertura dos serviços de saúde e da condição sanitária da população.

Segundo Alleyne (1997), para cumprir este objetivo, os serviços de saúde precisam programar seus procedimentos de intervenção de forma clara, aplicando conhecimentos com qualidade e eficiência.

A atuação de forma programática a partir do enfoque de risco também é orientação do Ministério da Saúde (MS) e da SES constatada em diversos documentos oficiais, nos quais há referências à importância desta prática. No entanto, não se tem como acompanhar a situação de saúde e o impacto das intervenções sem a manutenção de um sistema confiável de informações, e aí reside o problema com o qual se deparam os serviços no seu cotidiano. No caso do CSEM, as equipes das UBS não retornam as informações do programa ao nível central da Instituição e, em consequência, ao EI, não sendo possível assim o acompanhamento das crianças menores de um ano daquela região através do Programa Pré-Nenê.

A coleta e interpretação de dados nos campos de trabalho não é uma deficiência sentida somente no nosso meio. Segundo Benguigui (1997), esta é uma dificuldade existente em todo o mundo, sendo as informações muitas vezes inexatas, pois as intervenções realizadas pelas equipes das unidades de saúde são difíceis de quantificar por serem sinérgicas, atingindo indivíduo, família e comunidade. Mesmo assim, no grupo materno-infantil existem relações perfeitamente estabelecidas epidemiologicamente, que constam dos programas de atenção a estes grupos, cujas estratégias isoladas ou combinadas podem influenciar de forma drástica na saúde da criança. É o caso do peso ao nascer e sobrevivência

ou estado nutricional e capacidade imunológica da criança.

Braveman e Tarimo (1996) citam como estratégia para se enfrentar os riscos à saúde da criança o acompanhamento sistemático do estado de imunização, a história pré-natal, a vigilância do crescimento e desenvolvimento neurológico e psicossocial e ratificam a importância da manutenção de registros confiáveis, especialmente os referentes à família da criança, a fim de monitorar as estratégias propostas.

Em Porto Alegre, através do Programa Prá-Nenê, é possível conhecer as condições de gestação e parto dos recém-nascidos por bairro, e propor estratégias de intervenção com enfoque na vigilância, com o envolvimento de trabalhadores de saúde e da própria comunidade (PRÁ-SABER, 1997).

Com base na importância da atenção à saúde da criança no primeiro ano de vida de forma sistemática e programada, a descontinuidade das informações constatada no CSEM é preocupante, pois este serviço faz parte do conjunto de serviços de saúde de Porto Alegre nos quais o Programa Prá-Nenê está implantado, e sua área de atuação abrange grande parcela da população do município.

Neste cenário algumas questões se impõem. Pergunta-se, primeiramente, quem são os recém-nascidos de risco da área de atuação do CSEM, visto que este é o ponto básico na programação de ações de saúde para menores de um ano. A seguir, questiona-se se todos os recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM estão sendo acompanhados neste serviço, pois no CSEM inexistem dados que forneçam esta informação, dificultando-se assim a avaliação de suas ações através do Programa Prá-Nenê. Observando-se, através da supervisão do trabalho das equipes do CSEM, que existe assistência à saúde infantil, é preciso identificar as ações que estão sendo prestadas aos recém-nascidos de risco da região cuja responsabilidade de atendimento é do CSEM, onde estão sendo acompanhados os que não buscaram atendimento nesta instituição e que atenção estão recebendo.

É importante identificar se as crianças vêm sendo acompanhadas de forma sistemática em seu crescimento e desenvolvimento, assim como verificar seu estado de saúde, visto que o tipo de atenção prestada e a condição de saúde nesta faixa etária são fundamentais para a qualidade de vida lá adiante.

A inexistência de dados do CSEM desqualifica o Programa Pré-Nenê no contexto do município e também os serviços da instituição que, como todos os serviços básicos de saúde, têm a saúde infantil como uma de suas prioridades.

A partir da reflexão sobre a abrangência populacional dos serviços do CSEM, a importância da prática da vigilância em saúde para a formação de especialistas em saúde coletiva e a repercussão da atenção sistemática no primeiro ano de vida para a saúde da criança, justifica-se a realização deste estudo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

A infância é constituída por uma sucessão de períodos cada um com as suas peculiaridades, cada etapa preparando a seguinte, cujos limites, em geral, são pouco nítidos. Mesmo que o desenvolvimento infantil seja um processo global e contínuo, fazem-se cortes em faixas etárias como pontos de referência para se tornar mais claros os riscos próprios de cada fase e assim nortear o planejamento das ações. Várias pesquisas no mundo inteiro já demonstraram a importância dos primeiros anos de vida para o desenvolvimento saudável da criança.

Segundo a OPAS (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1998), os estudos longitudinais realizados em vários países do mundo demonstram que os padrões de crescimento sofrem alterações de acordo com as características socioculturais de cada região. Mesmo com diferentes configurações epidemiológicas, a saúde da criança é uma das prioridades inserida em distintos modelos de atenção à saúde de forma universal. Especialmente a questão relativa ao crescimento e desenvolvimento da criança é um dos eixos da atenção materno-infantil recomendada pelos organismos internacionais de saúde.

A relação entre as boas condições do nascimento, parto, cuidado nos primeiros meses e o desenvolvimento saudável é perfeitamente conhecida. As ações de intervenção nas condições de vida da criança, como, por exemplo, incentivo ao aleitamento materno, imunizações, saneamento básico, são responsáveis pela queda nos indicadores de morbimortalidade em todo o mundo. Apesar de já terem sido constatadas as ações que causam impacto positivo sobre a saúde da criança e de os indicadores demonstrarem melhoria das

condições de saúde, ainda se observam enormes desigualdades sociais a que as crianças estão sujeitas, que podem ser verificadas epidemiologicamente. Um exemplo são os óbitos devidos a doenças infecciosas no primeiro ano de vida em populações pobres.

No Brasil,

... do total de mortes de menores de um ano, metade se concentra na região Nordeste, onde residem 29% da população do país ... A deficiência qualitativa dos dados nas áreas mais carentes do país está associada a índices também elevados de sub-registro de óbitos, dificultando a análise da mortalidade por causas, pois a omissão de dados incide principalmente sobre as patologias típicas do subdesenvolvimento, como a diarreia e as infecções respiratórias agudas (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1998, p. 20).

Os dados de morbidade dos documentos oficiais também demonstram que as crianças menores de uma ano são as que mais internam nos hospitais, sendo as causas mais comuns as doenças respiratórias e diarreicas.

A prematuridade e o baixo peso ao nascer estão associados a 69% dos óbitos perinatais, segundo a OPAS (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1998). Estes dados demonstram a importância de os serviços concentrarem esforços na atenção ao pré-natal e ao parto. Apesar do decréscimo da desnutrição no Brasil na última década, ainda é alta a sua prevalência.

Todas estas informações são possíveis de serem processadas em função da existência de sistemas informatizados desenvolvidos para avaliações de saúde. A utilização desses sistemas qualificam, nos aspectos técnicos e organizacionais, a atenção à saúde infantil prestada pelos serviços, facilitando os diagnósticos e o acompanhamento sistemático das crianças. Esses sistemas têm se constituído em instrumentos úteis aos trabalhadores para o enfrentamento dos obstáculos ao crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças.

No entanto, é fundamental apontar que o desenvolvimento de um ser humano não pode ser resumido a medidas, escalas psicomotoras, quantitativos referentes à morbimortalidade. As mudanças no corpo e na mente de um indivíduo, desde o seu

nascimento, devem ser compreendidas em um todo integrado à sua família, ao seu grupo social, enfim, ao ambiente em que ele se desenvolve.

Segundo Cusminsky e Suárez Ojeda (1988), o processo de crescimento e desenvolvimento da criança dá-se num contexto do qual fazem parte a família, os padrões culturais da sociedade e as condições de acesso aos serviços de saúde de que dispõe. Assim, a sua vulnerabilidade expressa-se não somente por deficiências orgânicas, mas pelo desenvolvimento psicossocial, altamente sensível às adversidades do meio.

As repercussões das condições de saúde e nutrição de uma criança no seu desenvolvimento psicossocial são conhecidas, porém há também repercussões no sentido inverso, ou seja, do aspecto psicossocial nas condições de saúde e nutrição de uma criança:

... a relação entre nutrição e saúde com o psicossocial se considerava num sentido único [...]. Reconheciam-se as repercussões dos problemas de saúde física e da nutrição no desenvolvimento social e emocional, mas a inversa era muito pouco hierarquizada. Estima-se, com razão, que as intervenções nutricionais incidiam no desenvolvimento social das crianças, mas era dado pouco crédito ao efeito que as intervenções no desenvolvimento psicossocial poderiam produzir no estado nutricional ou no crescimento (SUÁREZ OJEDA, 1997, p. 58).

Desta forma, não há como pensar que planejamentos bem estruturados a partir de riscos identificados poderão compensar, de forma isolada, as deficiências mais globais da vida de uma criança, como a sua família ou as relações com a sua comunidade.

Nesta concepção da saúde da criança de forma ampliada, os países, de acordo com as suas distintas capacidades de respostas às demandas da saúde da criança, têm norteado suas intervenções.

As ações que visam a garantir o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança estão baseadas no enfoque de risco. Este é um método empregado para medir a necessidade de atenção por parte de grupos específicos. A partir dos riscos identificados, é possível estabelecer as prioridades em saúde. Ao utilizar o enfoque de risco, os serviços cumprem o princípio da equidade em saúde, em que uma atenção diferenciada deve ser prestada aos que mais dela necessitam, ou seja, os grupos de maior risco.

Segundo Valenzuela e Benguigui (1997), o critério principal para identificar grupos humanos prioritários é o seu grau de preterição com respeito ao acesso aos serviços de saúde. Afirmam estes autores que, no nível local, a participação da comunidade é decisiva no reconhecimento dos fatores de risco de indivíduos ou grupos, pois aumenta a conscientização dos problemas de saúde e dos programas de ação comunitária.

Especialmente no caso da saúde infantil, quanto menor a criança, maior o risco de adoecer e morrer.

Segundo Miura e Procianoy (1997), as primeiras 24 horas de vida da criança são as de maior risco de morte, risco que, na maioria dos países, está mais relacionado com fatores sociais, econômicos e culturais do que genéticos, metabólicos ou fisiológicos. É preciso que a identificação de risco da gestante ou do recém-nascido seja feita o mais precocemente, a fim de reduzir a mortalidade fetal e perinatal.

Uma especificidade do enfoque de risco largamente utilizada na assistência à saúde é o alto risco. Esta situação é especialmente grave quando se trata de mães ou crianças:

Alto Risco significa um risco grave ou muito sério de morbidade ou mortalidade para a mãe e/ou feto e perinato. É importante na assistência pré-natal identificar este grupo de gestantes e prestar a elas uma assistência especial, já que, embora constituam 20 a 30% das gestantes em geral, são responsáveis por 80 a 90% de morbimortalidade perinatal (KRUSE; ABECHE, 1992, p. 99).

O enfoque de risco é uma base metodológica amplamente utilizada nos planejamentos de saúde em todo o mundo. Nas programações estão estabelecidas as prioridades dos serviços, a fim de nortear as práticas de saúde. Estas prioridades estão relacionadas às maiores necessidades de cada local assim como à capacidade instalada de serviços e à possibilidade de recursos para a implementação das ações.

2.2 AS AÇÕES DE SAÚDE INFANTIL

Apesar do imenso avanço tecnológico ocorrido na área da atenção à criança nas últimas décadas, ainda são as doenças infecciosas e as carências nutricionais as principais responsáveis por muitos milhões de óbitos de menores de cinco anos no mundo. A maioria destes óbitos, segundo organizações internacionais, ocorre nos países subdesenvolvidos onde as condições de vida e trabalho da população aumentam em muito os seus riscos.

As principais causas mundiais de óbito de crianças, segundo Cunha, Silva e Amaral (2001), são pneumonia, diarreia, malária, sarampo e desnutrição, todas passíveis de tratamento e prevenção.

São muitas as situações que tornam difícil o controle das doenças infantis, mas sabe-se que as condições ambientais, como falta de água tratada e moradia precária, têm papel fundamental. Soma-se às condições de vida da família, o acesso aos serviços de saúde. Além da importância da existência do serviço ao alcance das famílias, é preciso que a intervenção destes serviços seja efetiva. Os profissionais das UBS, principal porta de entrada do sistema de saúde, precisam estar capacitados e sensíveis para o acolhimento a esta demanda. Da mesma forma, é decisiva a disponibilidade de recursos diagnósticos e de tratamento.

Também Rego e Silva (1995) afirma que, entre as principais causas de morte perinatal e seqüelas na criança, estão a desnutrição materno-fetal, infecções, parto prematuro, hipertensão crônica ou induzida pela gravidez, entre outras, as quais se associam a três grandes fatores: ambientais; socioeconômicos e educacionais. Grande parte deles preveníveis por ações e intervenções no pré-natal, parto e período pós-natal imediato.

A prevenção dos problemas da gestação, no parto e no desenvolvimento inicia-se pela promoção de condições básicas que favorecem a saúde da população: saneamento básico,

alimentação, moradia e controle das doenças infecciosas.

Segundo a OMS e a OPAS, como citam Cunha, Silva e Amaral (2001), a maioria das crianças dos países desenvolvidos tem acesso a uma unidade de saúde comprometida em mantê-las saudáveis, o que não ocorre nos países em desenvolvimento como o Brasil.

No nosso meio, a prática usual resume o atendimento infantil ao diagnóstico e tratamento de uma doença infantil isolada, que provavelmente é o motivo da busca por atendimento no serviço de saúde.

A estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), adotada pelo MS em 1996, procura corrigir esta lógica de atenção à criança. É uma iniciativa que orienta para o reconhecimento da criança, saudável ou doente, como parte do contexto social em que ela vive. Para isso, aponta para um foco de intervenção que considera a família, a comunidade e o sistema de saúde.

Além do tratamento das doenças prevalentes na infância de forma combinada, o AIDPI contempla o acompanhamento do crescimento da criança, o incentivo ao aleitamento materno e as imunizações como fundamentais para a melhoria das suas condições de saúde.

Estas são ações de atenção que buscam proporcionar-lhe a oportunidade de crescer e chegar a ser um adulto saudável e produtivo.

A atenção perinatal, especificamente, necessita estar organizada em rede, na qual as intervenções apresentam níveis de complexidade crescente. A rede básica de saúde é a responsável pela atenção pré-natal às gestantes de sua área de atuação e às crianças nas suas necessidades de crescimento e desenvolvimento saudáveis. É preciso ainda disponibilidade de serviços de maior complexidade para dar apoio diagnóstico e terapêutico às gestantes e crianças de risco.

2.2.1 Pré-natal

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1999) orienta, em suas normas e manuais técnicos, que a assistência ao pré-natal aconteça nas UBS e que a sua prática esteja integrada a uma prática de saúde universal, com abordagem integral da pessoa no seu contexto familiar e social.

A acolhida proporcionada à mãe no pré-natal é importante para a vinculação da criança ao serviço de saúde, assim como proporciona o conhecimento de parte dos profissionais de saúde sobre os riscos a que a criança está exposta, além dos próprios do nascimento.

A oferta de consultas de pré-natal tem aumentado no Sistema Único de Saúde, mas ainda está longe de atingir o número ideal de consultas por gestante para o adequado acompanhamento da gestação (BRASIL, 1999).

Conforme publicação do Estado do Rio Grande do Sul (1997b), o mesmo empenho institucional é demonstrado pela SES do Rio Grande do Sul, que normatiza a assistência pré-natal e disponibiliza assessoria para que os municípios organizem seus serviços com prioridade para o pré-natal. O documento enfatiza a importância do cumprimento de um calendário de consultas no pré-natal e aponta que o ideal seria se todas as gestantes consultassem mensalmente até a 32ª semana, quinzenalmente da 32ª à 36ª e, a partir da 36ª, semanalmente até o parto. Quanto mais precoce o início do pré-natal, maior a sua eficácia.

O MS orienta que, para o adequado acompanhamento pré-natal, o município deve assegurar à gestante a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação e a realização dos seguintes procedimentos: no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação.

Deve ainda garantir a realização dos exames laboratoriais essenciais a este período e o acesso a atendimento ambulatorial ou hospitalar às gestantes identificadas como de alto risco (BRASIL, 2000a).

No Estado do Rio Grande do Sul somente metade das gestantes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal nos anos de 1999 e 2000: 49,8 e 50,7% respectivamente. De acordo com esta mesma fonte, 3,5% das gestantes não fizeram nenhuma consulta de pré-natal em 2000. Se for considerado o número absoluto de nascimentos no Estado, 175.693 no período, chega-se ao número de 6149 crianças que nasceram vivas e cujas mães não fizeram pré-natal (RIO GRANDE DO SUL, 2001).

Além do quantitativo de consultas de pré-natal, é importante também a qualificação do atendimento.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1999), as mulheres estão sendo estimuladas a fazerem o pré-natal, mas os serviços devem responder adequadamente a este chamado. É preciso escutar a gestante, refletir continuamente sobre seus medos, emoções, fantasias, amores e desamores. Corresponder à confiança que as mulheres depositam nos serviços é decisivo para a adesão ao pré-natal e, mais tarde, ao acompanhamento do desenvolvimento da criança.

Rezende, citado por Nogueira, afirma:

... resumidamente, os objetivos da assistência pré-natal são: orientar hábitos de vida da gestante [...]; dar assistência psicológica e educacional; preparar a gestante para o trabalho de parto; ensinar noções de puericultura; fazer o diagnóstico e tratar as doenças pré-existentes que podem gerar riscos para a gravidez e o parto; acompanhar seqüencialmente o processo de gestação(1994, p. 44).

Na primeira consulta de pré-natal devem ser realizados anamnese minuciosa, exame físico e ginecológico e solicitação de exames complementares de rotina. O número de consultas subseqüentes dependerá dos achados da primeira consulta (NOGUEIRA, 1994).

O reconhecimento de uma gestação de alto risco é imprescindível que ocorra o mais precocemente possível. A presença de riscos deve ser observada anteriormente ao

aparecimento do dano, e o controle desses fatores de risco deve fazer parte da agenda individual da gestante, assim como da organização dos serviços de saúde.

Vários estudos mostram que a primeira gestação, a multiparidade, a gravidez no princípio ou no fim da idade reprodutiva, o curto intervalo entre os partos, a perda anterior de filhos e a desnutrição constituem fatores universais de risco, que aumentam a probabilidade de um mau resultado na gravidez [...] (NOGUEIRA, 1994, p. 43).

Continua a mesma autora (*Id.* 1994) afirmando que a disponibilidade da atenção pré-natal que possibilite a constatação e o acompanhamento prioritário para gestantes de risco são medidas pouco sofisticadas que podem contribuir para a reversão de indicadores desfavoráveis referentes às mulheres e às crianças.

2.2.2 Aleitamento materno

É consenso universal ser o aleitamento materno o melhor alimento para a criança nos seus primeiros meses, pois lhe assegura o crescimento e o desenvolvimento saudável. Tem influência biológica e emocional sobre a saúde tanto da mãe quanto da criança. Suas propriedades anti-infecciosas protegem contra doenças, assim como há importante relação entre aleitamento materno e espaçamento entre as gestações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1989).

De acordo com Faria (2000-2001), a relevância dada ao aleitamento materno, dentro das ações de saúde pública, pode ser verificada principalmente nas décadas de 70 e 80, quando ocorreu uma mobilização mundial frente ao aumento da mortalidade infantil. De forma ideal, segundo a OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1989), o aleitamento materno deveria ser exclusivo⁴ até os quatro a seis meses de vida da criança.

⁴Aleitamento exclusivo: aquele em que a criança só se alimenta do leite humano e não toma nenhum outro líquido (exceto gotas ou xaropes contendo vacinas ou medicamentos).

A SES (RIO GRANDE DO SUL, 1997a), seguindo as orientações universais da OMS, aponta em suas normas técnicas e operacionais que o aleitamento materno exclusivo deve ocorrer durante os primeiros seis meses. O documento chama atenção para os benefícios do aleitamento materno, que, além de sua ação imunológica e de assegurar o crescimento da criança, favorece o vínculo mãe-filho, melhora o desenvolvimento psicomotor, emocional e social da criança, evita obesidade, diminui o risco do câncer de mama da mãe e reduz o sangramento no pós-parto imediato.

Apesar de todo o conhecimento sobre as vantagens do ato de amamentar, a prevalência e a duração do aleitamento materno diminuíram em muitas partes do mundo por diversas razões sociais, econômicas e culturais.

Segundo a OMS:

com a introdução de tecnologias modernas e a adoção de novos estilos de vida, houve, em muitas sociedades uma redução notável na importância atribuída a esta prática tradicional. Mesmo involuntariamente, os serviços de saúde contribuíram para este declínio, seja por não apoiarem e estimularem as mães a amamentar, seja por introduzirem rotinas e procedimentos que interferem com a iniciação e o estabelecimento normais de aleitamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1989, p. 23).

Para que o aleitamento materno tenha êxito, é decisiva a participação da equipe de saúde durante o pré-natal e após o parto e do apoio da família e da comunidade. Portanto, é fundamental que todos os profissionais estejam comprometidos com a promoção do aleitamento materno, que demonstrem às mães este compromisso, além do seu conhecimento sobre o assunto.

Entretanto, a realidade mostra que o apoio às mães, de parte das equipes de saúde, ainda é insuficiente. Esta atitude, somada a uma série de desestímulos ao aleitamento materno, leva ao desmame precoce que, por sua vez, influencia negativamente os indicadores de mortalidade infantil.

Para Faria são desestímulos ao aleitamento materno:

... as propagandas sobre alimentos infantis industrializados, o trabalho remunerado da mulher e a ausência de creches próximas ao local de trabalho, a pouca divulgação de seus

direitos trabalhistas neste momento; a informação dos profissionais de saúde, na maioria das vezes, limita-se à questão da técnica de como se deve amamentar e, também, à rotina e estrutura de serviços de saúde, marcadas, basicamente, por uma visão biologicista de tal questão (FARIA, 2000-2001, p. 15).

Muitos estudos realizam-se no mundo sobre a problemática do desmame precoce, entre esses a pesquisa de Martins Filho (1995), que aponta que as equipes de trabalho se mostram conscientes de suas responsabilidades em relação ao problema. Isso, segundo o autor, torna o desmame precoce uma questão difícil de ser solucionada, pois, simultaneamente com o conhecimento dos profissionais sobre as vantagens da amamentação, permanece sua baixa prevalência na população.

Buscando reverter este quadro, as instituições de saúde priorizam o incentivo ao aleitamento materno em seus programas de atenção à saúde. A amamentação também vem sendo divulgada especialmente pelos meios de comunicação e em campanhas realizadas pelo MS.

A importância do ato de amamentar torna-se, portanto, cada vez mais difundida e conhecida, assim como são crescentes os empreendimentos de parte de diversas instituições mundiais, como a OMS e o UNICEF, a favor de sua concretização. Observa-se, porém, que tais incentivos ainda são insuficientes, ao se constatar que a mediana de amamentação exclusiva no Brasil, no ano de 1996, foi pouco acima de um mês de vida, segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (FARIA, 2000-2001).

2.2.3 Crescimento e desenvolvimento da criança

O estado nutricional de um indivíduo é determinado pela interação entre a satisfação das necessidades nutricionais, que se dá pelo consumo e utilização de nutrientes, e pela posição do indivíduo na estrutura social. Esta última condição é o principal determinante do estado nutricional, especialmente das crianças. Assim, o acompanhamento do crescimento

infantil é consensualmente aceito como instrumento decisivo no diagnóstico da desnutrição protéico-calórica e do próprio estado geral de saúde da criança, possibilitando identificar as crianças de maior risco e direcionando as condutas a serem tomadas.

A desnutrição infantil é uma das situações no mundo que mais contribuem para a morte de milhões de crianças antes dos cinco anos. De cada dez que morrem, sete são devido à desnutrição e às doenças infecciosas como as diarréicas, as respiratórias agudas, o sarampo e a malária. Além da morte propriamente dita, o binômio desnutrição-infecção é responsável pelos riscos a que são sujeitas devido a deficientes condições de saúde e falta de acesso aos serviços de saúde (HEALY, 2000).

Em todos os programas de atenção à criança formulados pelos organismos internacionais como OMS, OPAS, UNICEF, constata-se a ênfase na importância do acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento infantil.

Da mesma forma, no Brasil, as ações de saúde da criança implantadas pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde contemplam como prioritárias aquelas que assegurem o crescimento e desenvolvimento infantil saudável.

Segundo Rouquayrol e Almeida Filho (1999), a desnutrição energético-proteica (DEP) ocorre, primariamente, devido à absoluta falta de alimentação e, secundariamente, a fatores externos como alimentação inadequada e ocorrência de infecções. Este tipo de desnutrição é quantificado por indicadores antropométricos baseados no referencial do *National Center of Health Statistics*, EUA (NCHS):

no Brasil, o Ministério da Saúde preconiza o uso do Cartão da Criança⁵, que contém o padrão de referência do NCHS para o acompanhamento do peso e idade das crianças. Este padrão é recomendado pela OMS em nível internacional, já que, pelo menos, até os 10 anos de idade, crianças de diferentes etnias apresentam o mesmo potencial de crescimento, desde que tenham condições nutricionais e ambientais adequadas (BRASIL, 1996, p. 42).

⁵Cartão da Criança: documento criado pelo Ministério da Saúde no qual constam a identificação da criança, informações do nascimento, gráfico peso-idade, atividades que deve ser capaz de fazer de acordo com a sua idade para o acompanhamento do seu desenvolvimento psicomotor e registro das imunizações. É um documento da criança que deve permanecer com a mãe ou responsável.

O MS preconiza que o crescimento deva ser acompanhado através do peso para a idade, porque esta relação mostra rapidamente os progressos ou problemas no desenvolvimento da criança. O crescimento é controlado através do gráfico peso-idade. Nele aparecem duas linhas vermelhas indicando a faixa dentro da qual a maioria das crianças saudáveis cresce de acordo com o padrão de referência do *NCHS*. A posição do peso abaixo das linhas vermelhas indica que a criança está em risco.

Este gráfico peso-idade consta do Cartão da Criança e deve ser preenchido corretamente todas as vezes que é pesada em qualquer serviço de saúde a que recorra:

marcando o peso com um ponto no Cartão da Criança e ligando os pontos, depois de cada pesagem, obtém-se uma curva que permite à mãe visualizar o crescimento da criança. Uma curva ascendente indica que a criança tem um bom desenvolvimento. Uma linha horizontal significa perigo. Uma curva descendente é um sinal seguro de que algo não vai bem com a criança, é um sinal de grande perigo. [...] A visualização desse progresso no Cartão da Criança aumenta a confiança da mãe (BRASIL, 1993, p. 28).

Segundo o Estado do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 1997a), o Cartão da Criança, preenchido corretamente por todos os serviços de saúde, ambulatoriais ou hospitalares, é um instrumento de grande importância para avaliação do seu estado global. Deve ser fornecido nas maternidades por ocasião do nascimento e permanecer com a mãe. Assim como a equipe de saúde, a mãe poderá acompanhar de forma mais ativa o crescimento e desenvolvimento de seu filho.

2.2.4 Imunizações

A vacinação infantil é uma das ações de atenção à saúde da criança que consta das metas de instituições nacionais e internacionais de saúde. É conhecido seu potencial para agir sobre a ocorrência das doenças transmissíveis na infância, que causam a morte de milhares de

crianças no mundo todo e, especialmente, nas regiões subdesenvolvidas.

A meta de eliminar todas essas doenças pode estar próxima no que diz respeito à produção de vacinas. Hoje existem vacinas para prevenir a tuberculose, a hepatite B, o sarampo, a caxumba e a rubéola. Estas vacinas fazem parte dos programas de imunização de muitos países apoiados pela OMS e OPAS. Esta cooperação é necessária, visto que, em países pobres, pode haver muitas dificuldades para a cobertura vacinal de todas as crianças. As condições econômicas com frequência impossibilitam a aquisição das vacinas, a contratação e capacitação de pessoal. Somam-se a estas as dificuldades de infra-estrutura de serviços básicos de saúde nestes locais (QUADROS *et al.*, 1999).

O esquema básico de vacinação estabelecido pela OMS inclui quatro vacinas que oferecem proteção contra seis infecções: anti-sarampo, antipólio (vacina Sabin), DPT ou tríplice (contra difteria, coqueluche e tétano) e BCG (contra tuberculose) (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999).

Segundo a OMS, a cobertura vacinal de menores de um ano na região das Américas aumentou significativamente depois que aquela instituição estabeleceu prioridade e apoio para esta ação. Para a vacina contra o sarampo, as taxas de cobertura aumentaram, de 1978 a 1994, de 23% para 80%; DPT, de 12% para 79%; BCG, de 31% para 91% e antipólio, de 24% para 87%. Estes aumentos na cobertura vacinal traduzem-se em milhares de vidas poupadas e, no que diz respeito à poliomielite, o resultado foi a erradicação desta enfermidade (QUADROS *et al.*, 1999).

Apesar deste progresso em termos de cobertura vacinal, os esforços institucionais continuam, pois ainda é elevado o número de mortes de crianças por doenças imunopreveníveis ou por suas complicações.

Para alcançar a meta de 100% de crianças menores de cinco anos vacinadas, são necessárias estratégias que vão desde apoio institucional até a mobilização comunitária. É

preciso disponibilizar recursos humanos e materiais, mobilizar as comunidades locais e atuar de forma intersetorial.

O compromisso das equipes das UBS é fundamental para que esta meta seja alcançada. É preciso que a imunização seja uma ação sistemática nos serviços de saúde:

inmunización permanente en el servicio de salud es la aplicación de todos los biológicos durante todos los días del año.[...] El personal de salud espera en el servicio a que los niños sean llevados a sus instalaciones para ser vacunados o captados en la institución cuando consultan por otra causa. [...] Requiere una buena educación para la salud en la comunidad y concientización del personal de salud sobre los beneficios de estas vacunaciones y las escasas contraindicaciones (QUADROS et al., 1999, p. 145).

No Brasil, a imunização infantil é direcionada pelo programa Nacional de Imunizações, que tem como objetivo principal a ampla extensão da cobertura vacinal a fim de assegurar à população a adequada proteção imunitária contra as doenças preveníveis.

Caso o serviço de saúde não forneça a vacinação, “os pais devem mobilizar as organizações comunitárias para garantir que seja realizada, pois a vacinação é um direito da criança” (BRASIL, 1993, p. 43).

O Estado do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 1997a) também destaca que o desempenho de um programa de imunizações eficiente e eficaz depende da organização dos serviços de saúde, estratégias de vacinação adequadas e envolvimento da comunidade nessa atividade juntamente com as equipes de saúde.

É responsabilidade das equipes de saúde conhecer a ocorrência e a distribuição das doenças na população de sua atuação, os fatores referentes a seu controle, assim como programar e implementar ações de intervenção.

Entre as atividades a serem realizadas, o sistema de informações do Programa Nacional de Imunizações é um dos pontos chaves para o monitoramento e acompanhamento permanente da cobertura vacinal.

Existem os registros próprios deste sistema nos quais cada dose de vacina administrada deve ser anotada, tanto em instrumentos internos dos serviços de saúde quanto

no Cartão da Criança, que permanece com a mãe.

No Cartão da Criança há um quadro de vacinação que deve ser preenchido em todo serviço onde for levada para ser vacinada. O adequado preenchimento do cartão permite que qualquer profissional que a atenda possa analisar a sua situação vacinal; também possibilita que a mãe acompanhe o agendamento das vacinas do seu filho e cumpra o esquema estabelecido sem atrasos.

O município de Porto Alegre, nos anos de 1998, 1999 e 2000, a cobertura vacinal esteve muito próxima ou maior que 100% para todas as vacinas. Os dados referentes ao ano de 2001 demonstraram uma queda acentuada: todas as vacinas tiveram uma cobertura por volta dos 90%. Esta redução pode significar o retorno de casos de doenças que até então estavam controladas, ou em vias de erradicação, como o sarampo (VILARINO; PUSTAI, 2002).

2.3 O PLANEJAMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A incorporação do planejamento pelas equipes de trabalho em saúde tem sido buscada em diferentes espaços de atuação no sistema de saúde, dos mais centrais aos mais localizados. Apesar disso, especialmente nos espaços locais, como nas UBS, é possível notar ainda nítida resistência ao planejamento das ações. Talvez essa resistência se deva ao caráter normativo do planejamento historicamente implementado no setor saúde, no qual algumas pessoas, em níveis centrais do sistema, planejam, e outras, em nível local, somente executam ações. O primeiro grupo mantém-se deslocado do espaço de trabalho onde os problemas acontecem; por sua vez, os executores, no caso os trabalhadores da ponta do sistema de saúde, atuam apenas como reprodutores de intervenções de saúde construídas à distância e algumas vezes

desarticuladas da sua realidade. Assim, os trabalhadores envolvem reduzida criatividade no trabalho, limitando sua ação ao preenchimento de instrumentos para a manutenção de sistemas de avaliação. Desta forma, segundo Mendes (1994), os trabalhadores em saúde tornam-se robotizados, com o planejamento em saúde negando-lhes a possibilidade de exercitar a capacidade de ler a realidade a sua volta e, imersos nela, propor ações transformadoras juntamente com a população envolvida.

O problema do grande número de formulários para registros típicos dos sistemas de informações é sentido pelas equipes de trabalho. Habitualmente o planejamento traduz-se em programações de ações que requerem um grande número de instrumentos que não fazem parte do cotidiano dos trabalhadores. É comum o fato de se preencherem muitas planilhas desprovidas de sentido para o dia a dia das equipes, transformando-se em material estocado nos fundos das gavetas. Mendes aponta que os métodos tradicionais valorizam demasiadamente os seus instrumentos e podem “funcionar como uma verdadeira prisão, inibindo a ação criativa de planejar” (1994, p. 13). Contudo, tem-se procurado saídas para o impasse historicamente criado entre a necessidade de planejar e o deslocamento do planejamento dos espaços locais de intervenção.

Segundo o mesmo autor (*Id.* 1994), a proposta de Planejamento Estratégico é a que tem sido mais utilizada na América Latina e também no Brasil. Há, contudo, várias proposições de planejamento estratégico das quais Mendes (1994) destaca três principais: a da Escola de Saúde Pública de Medellín, o pensamento de Mário Testa e o Planejamento Estratégico Situacional.

A proposição da Escola de Saúde Pública de Medellín está centrada no planejamento na rede de serviços de saúde, através de um plano construído por forças sociais capazes de produzir mudanças numa área da realidade. A proposição medelliana trata o planejamento como um ato político, e sua base operacional está na identificação de grupos humanos

postergados em decorrência das desigualdades e acessibilidade econômica e que tendem a concentrar-se em espaços geográficos homogêneos. O pensamento de Mário Testa nega o uso de uma metodologia de planejar, pois define este ato como eminentemente político. Torna-se, portanto, impossível criar uma metodologia de planejamento, uma vez que as mudanças sociais se situam no campo da política. Existe ainda a proposição do Planejamento Estratégico Situacional elaborado por Carlos Matus, que aponta para um planejamento unindo diferentes metodologias segundo a complexidade dos problemas nos diferentes níveis de organização: “Esse sistema de planejamento admite vários métodos, os quais devem ser escolhidos de acordo com o nível onde se pratica o planejamento, a natureza do trabalho, a complexidade dos problemas e a capacidade do governo” (MENDES, 1994, p. 14).

Do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus surgem os métodos mais complexos, próprios dos níveis diretivos, o planejamento orientado por objetivos, de complexidade intermediária e os métodos mais simples, destinados a organizações locais com a participação popular.

Ainda segundo Mendes (1994), de um modo geral, independente das proposições metodológicas específicas, o planejamento estratégico tem sido um instrumento fundamental nas novas práticas sanitárias como a da vigilância da saúde.

De acordo com Teixeira, Paim e Villasbôas (1998), pode-se sintetizar a vigilância da saúde como uma prática que apresenta certas características básicas: a intervenção sobre problemas de saúde; a ênfase em problemas que requerem atenção contínua; operacionalização do conceito de risco; articulação entre as ações de promoção de saúde, prevenção e ações curativas; atuação intersetorial; ações sobre o território e intervenção sobre a forma de operações.

Distintas vertentes do debate quanto à prática da “vigilância” nos serviços de saúde utilizam, além do termo “vigilância da saúde”, “vigilância à saúde” e “vigilância em saúde”.

O eixo comum destas variações terminológicas consiste, conforme Teixeira, Paim e Villasbôas, no seguinte:

... é a abertura para a epidemiologia, tanto no que diz respeito à sua contribuição para a análise dos problemas de saúde que transcenda a mera sistematização de indicadores gerais, quanto no âmbito do debate sobre planejamento e organização de sistemas e serviços ... (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998, p. 12).

As ações de vigilância da saúde estão sendo incorporadas nos serviços de saúde na perspectiva da superação das práticas coletivas, representadas pelas vigilâncias epidemiológica e sanitária, desarticuladas das individuais como a assistência ambulatorial e hospitalar. Esta superação vem sendo construída a partir da incorporação aos processos de trabalho em saúde de novos conhecimentos: técnicas de planejamento, epidemiologia, administração estratégica e das ciências sociais em saúde. Segundo estes mesmos autores (*Id.* 1998), a vigilância da saúde tem como suporte político-institucional o processo de descentralização, previsto constitucionalmente, que desencadeou a reorganização dos serviços de saúde em nível local.

Observa-se nos serviços que, com a municipalização da saúde, processo em que os municípios tomam para si a responsabilidade de resolver os problemas de sua população, as propostas da vigilância da saúde tornam-se um eixo importante na reorganização dos processos de trabalho. Os municípios, além de implementar programas de interesse nacional ou estadual, precisam criar políticas de saúde locais visando à transformação do modo de fazer saúde no nível local. Portanto, a prática da vigilância está sendo construída com maior ou menor efetividade conforme a heterogeneidade dos municípios.

É importante frisar que o ponto de partida para a prática da vigilância da saúde é a territorialização do sistema municipal de saúde.

Segundo Teixeira, Paim e Villasbôas:

a territorialização é o reconhecimento e o enquadrinhamento do território do município segundo a lógica das relações entre as condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Isto implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, sócio-econômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários ... (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998, p. 20).

A construção de mapas é fundamental na territorialização. Eles devem conter a delimitação do município, seus distritos, bairros e ruas e a distribuição geográfica da população. Além destes dados, é preciso espacializar os serviços de saúde, creches, escolas, igrejas e seus fluxos, enfim, demonstrar graficamente como a população se movimenta em função de todos os equipamentos sociais de que dispõe. De modo especial, os mapas devem ser temáticos, ou seja, devem conter a caracterização dos diversos grupos populacionais: suas condições e seus principais problemas de saúde. Estes podem ser alcançados basicamente pelas informações epidemiológicas oficiais somadas às informações subjetivas coletadas junto à população.

Esse processo de territorialização permite definir prioridades de acordo com os problemas e grupos específicos, a fim de serem programadas ações de enfrentamento dos problemas detectados de acordo com a proposta metodológica escolhida localmente.

Na prática, os serviços de saúde que têm uma população geograficamente delimitada sob sua responsabilidade costumam realizar busca dos usuários em seus domicílios em inúmeras situações: gestantes que não cumprem o agendamento de pré-natal, crianças faltosas à vacina, idosos ou hipertensos que abandonam seus grupos e tantas outras. São comuns as visitas domiciliares na atenção à saúde infantil, quando os familiares não levam seus recém-nascidos aos serviços de saúde.

É muito difícil esta busca de domicílios. São comuns os endereços não encontrados em função de mudança, o nome da rua ou número da casa incorreto e até a informação prestada de forma errada, por ocasião dos registros, por pessoas que deliberadamente não querem ser encontradas pelos serviços.

Observa-se que o principal obstáculo às visitas domiciliares é a desorganização na ocupação dos espaços urbanos. Esta é uma característica das grandes cidades que, segundo a Fundação de Economia e Estatística (1986), decorre não só do fenômeno migratório em busca de acesso aos serviços existentes, mas principalmente da perda do poder aquisitivo da

população e do desemprego.

A ocupação irregular costuma ocorrer em toda a extensão dos municípios, mas especialmente nas áreas periféricas e em terrenos particulares. Em função da localização, essas ocupações são de difícil controle por parte da fiscalização municipal e, principalmente, geram locais de moradia precários, sem infra-estrutura urbana. Em geral, não há coleta de lixo, as instalações de água e luz são clandestinas e a precariedade do serviço de esgoto pode assumir proporções alarmantes, pois, em tais áreas, é praticamente inexistente (FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA, 1986).

Para Panizzi (1990), as áreas ilegalmente ocupadas seguem planos de urbanismo tradicionalmente utilizados pela cidade legal nos quais são previstos espaços para praças, esportes, vias de acesso e instalação de serviços. Assim, as vilas irregulares inserem-se na malha urbana já consolidada dando continuidade à sua expansão.

Segue a mesma autora afirmando que todos os movimentos das populações moradoras em áreas irregularmente ocupadas se dão através de associações formadas em caráter reivindicatório e que detêm a confiança dos moradores (PANIZZI, 1990).

Assim, cada local organiza a seu modo o seu espaço urbano, dando nome às ruas e número às casas. Mas por ocasião da regularização destas áreas pelos órgãos oficiais, ocorrem alterações na identificação já legitimada naquela população. Isto contribui para a dificuldade que experimentam os serviços de saúde quando necessitam encontrar endereços: mais de uma rua com o mesmo nome, progressão da numeração das casas sem nenhum critério ou com critérios diferentes na mesma vila, casas sem número ou becos ausentes nos mapas oficiais.

É importante frisar que o processo de planejamento não se esgota no reconhecimento de problemas prioritários de uma população delimitada e na racionalização da oferta de serviços, mas exige um enfoque mais abrangente em que os serviços tenham os determinantes dos problemas de saúde também como objeto de intervenção, pois de acordo com

Teixeira, Paim e Villasbôas,

... o planejamento e a programação não se resumem a uma simples técnica que pode ser reproduzida em qualquer circunstância de tempo ou lugar...podem ser não apenas instrumentos de manutenção de uma determinada situação, mas também podem ser instrumentos de mudança e de transformação desta situação (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998, p. 21)..

Frente ao exposto, constata-se que a organização das práticas de atenção à saúde com enfoque na vigilância implica em tarefas técnicas e políticas. A vigilância da saúde não pode ser entendida como uma receita de ações prontas, diretivas, mas como a possibilidade de, a partir da compreensão dos processos políticos envolvidos, identificar maneiras de pensar e executar o trabalho em saúde.

A vigilância da saúde como modelo que incorpora o planejamento às práticas de saúde traz em si a reflexão sobre as Ações Programáticas em Saúde.

A proposta de trabalho programático em saúde surgiu sob a forma de teses acadêmicas no cenário nacional na década de 80 simultaneamente à implantação dos Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde (SUDS). Na época, esta proposta contribuiu para a expansão do modelo assistencial sanitário, centrado na programação de ações para o enfrentamento de danos e riscos. As ações programáticas assim constituídas não deram conta da assistência individual e curativa, que foi sendo absorvida pelas unidades de saúde estaduais e municipais depois da extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), no processo de descentralização do setor saúde. As ações programáticas acabaram dicotomizando ainda mais os programas de saúde e a assistência individual. Nesse cenário surgiram as propostas metodológicas pretendendo vencer essa dicotomia e levar o planejamento para o interior das práticas de saúde, possibilitando a utilização de ações programáticas não como marca de um modelo normativo de planejamento, mas como parte da construção de um trabalho coletivo.

A vigilância da saúde tem se constituído num modelo que contempla ações programáticas, mas que vai além, tentando se impor como um elemento de reorganização das

práticas de saúde.

Observa-se que, a fim de que o modelo da vigilância se torne cada vez mais efetivo nos serviços, é preciso que as instituições criem condições para a sua operacionalização, especialmente com vistas à participação dos trabalhadores no processo de repensar e reorganizar suas práticas cotidianas. Desta forma participativa, os trabalhadores sentem-se estimulados a participar também da melhoria da qualidade das informações dos sistemas, fundamentais no trabalho de vigilância da saúde. Neste processo, as instituições são as responsáveis pela expansão dos sistemas de informações e por possibilitar às equipes a sua utilização como instrumentos de trabalho.

Muitos esforços de parte das instituições têm sido implementados a fim de melhorar as condições para que os trabalhadores possam se envolver criativamente com novos processos de trabalho, especialmente no que tange à vigilância da saúde.

Coelho (1994) relata que, no município de Fortaleza, foi necessária uma reestruturação do órgão municipal de planejamento, pois, especificamente na área da saúde, o sistema de planejamento existente não possibilitava a prática participativa tanto dos trabalhadores como dos usuários dos serviços de saúde. Estas reformulações tiveram o enfoque metodológico do Planejamento Estratégico Situacional. Também em Curitiba, a partir de 1992, ano marcado pelo empenho na descentralização da saúde no município, ocorreram diversos movimentos com um determinado objetivo:

... motivar os trabalhadores a engajar-se numa consistente reflexão crítica que propiciasse repensar as práticas, aproximar-se de um referencial teórico coerente e eficaz para a transformação das mesmas e do conjunto de problemas existentes e definir um elenco de ações e operações de enfrentamento destes problemas (GIACOMINI, 1994, p. 61).

A transformação nas práticas de saúde é uma das dificuldades sentidas pelos municípios no seu processo de municipalização da saúde.

No caso de municípios de médio porte, pode-se observar a experiência de Cachoeira do Sul (RS) relatada por Bastos e Machado (1996): após a contratação das equipes para as

unidades de saúde, a definição de atividades foi muito difícil, pois os profissionais estavam marcados por uma formação centrada somente nos diagnósticos e tratamentos clínicos, encontrando-se ausentes as ações coletivas e o compromisso social. Foram necessários naquele município vários momentos de discussão entre os trabalhadores visando a sensibilizá-los para a reorientação do seu trabalho.

Em Porto Alegre, a SMS mantém-se em constante construção de um modelo de atenção pautado na Vigilância da Saúde, buscando a equidade e a produção social da saúde, reforçando o vínculo entre os seus níveis centrais de planejamento, os trabalhadores da ponta do sistema e a comunidade. “É imprescindível que a atenção em saúde se dirija para o enfrentamento dos problemas e das necessidades dos grupos populacionais, devendo esses serem definidos conjuntamente pelas equipes de saúde e população” (PRÁ-SABER, 1999a, p. 7).

2.4 O PROGRAMA PRÁ-NENÊ

O Programa Prá-Nenê tem sua origem na década de 70, na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e vem sendo aprimorado por diferentes equipes de trabalho, sempre norteado pelo modelo da vigilância da saúde, no qual a assistência à criança menor de um ano é prestada de forma sistemática a partir de riscos identificados. De uma operacionalização centralizada nos primeiros anos, passou a ser descentralizado no início da década de 90, possibilitando o envolvimento de todos os trabalhadores da rede assistencial e a ampliação do acompanhamento durante todo o primeiro ano de vida da criança.

Em 1993, teve seu subtítulo modificado para Programa de Vigilância e Atenção Integral à Saúde das Crianças Menores de Um Ano. Desde 1994, os dados do programa são informatizados, mantendo-se um fluxo contínuo de informações entre a EI e as UBS, o que possibilita uma avaliação permanente.

Em 1997, após a municipalização da saúde em Porto Alegre, o programa foi implantado em toda a rede de serviços, inclusive naqueles não administrativamente vinculados à Prefeitura Municipal de Porto Alegre, sob a coordenação da EI, o que se conserva até hoje.

Uma das estratégias fundamentais do programa é a territorialização. Todos os serviços de saúde têm delimitada sua área de responsabilidade, a fim de possibilitar que as equipes conheçam o perfil de sua população e possam traçar ações de intervenção juntamente com a comunidade.

O Programa Prá-Nenê propõe-se, como objetivo geral, a “... produzir ações de saúde que propiciem o pleno desenvolvimento da criança, buscando aumentar a sua qualidade de vida e a de sua família” (PRÁ-SABER, 1997, p. 10).

E como objetivos específicos

- prestar atenção integral a todas as crianças menores de um ano moradoras das áreas sob responsabilidade dos serviços básicos de saúde;
- identificar os recém-nascidos de alto risco, dedicando-lhes atenção diferenciada;
- promover ações de saúde adequadas às necessidades da criança e de sua família (PRÁ-SABER, 1997, p. 11).

Operacionalmente o Prá-Nenê inicia no Sistema Nacional de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), o qual utiliza como fonte de informação a Declaração de Nascido Vivo (DN) (Anexo A), que é o documento preenchido nos hospitais ou cartório (em caso de parto domiciliar), sendo indispensável para o registro da criança. Com os dados constantes na DN, é possível caracterizar todos os nascidos vivos do município e identificar os recém-nascidos de risco, sendo por isso o ponto de partida do Prá-Nenê.

A DN é emitida em três vias: uma é arquivada com a EI, outra é entregue à mãe, e terceira remetida para os serviços de saúde. A EI recolhe duas vezes por semana as DN de todos os hospitais do município e cadastra imediatamente os dados. Um programa informatizado identifica as crianças por endereço, possibilitando assim que as DN sejam enviadas para a sua Unidade Básica de referência. Esta remessa para as equipes ocorre semanalmente. As DN dos recém-nascidos identificados como ALTO RISCO recebem um carimbo especial de alerta para as equipes. Os critérios de alto risco segundo programa Pré-Nenê são: peso inferior a 2500g, Apgar do quinto minuto menor do que 5, idade materna menor do que 18 anos, idade gestacional inferior a 37 semanas, parto domiciliar, gestação múltipla e mãe analfabeta.

O outro instrumento utilizado pelo Programa, além da DN, é a Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamento (Anexo B), disponível a todas as equipes básicas de saúde. Esta ficha deve ser preenchida na primeira consulta do RN, a ocorrer até os dois primeiros meses. O recém-nascido ou é trazido espontaneamente para o primeiro atendimento ou é buscado através de visita domiciliar pela equipe. Após preenchida a Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamento, é encaminhada à EI, para registro e retorna às equipes básicas, que deverão arquivá-la. “Esta ficha tem como objetivo permitir que a equipe, a partir da caracterização do risco, estabeleça seu plano de ação para cada criança” (PRÁ-SABER, 1997, p. 13).

Na Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamento, estão pontuados os indicadores de risco. Quando a soma dos pontos for igual ou superior a 6, a criança estará em situação de alto risco. A partir desta identificação, a equipe poderá, além de atender as necessidades específicas da criança, promover seu crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Em relação à primeira consulta, o Programa Pré-Nenê considera faltoso o recém-nascido de alto risco não avaliado pela equipe até o décimo dia de vida e, para o baixo risco,

até o vigésimo dia. O acompanhamento deverá ser mensal, ou sempre que se fizer necessário, durante todo o primeiro ano podendo ser realizado por qualquer membro da equipe. Com relação ao acompanhamento, é considerada faltosa a criança de alto risco que não receber atendimento por um mês e a de baixo risco por dois meses. A visita domiciliar deverá efetuar-se para buscar as crianças faltosas tanto à primeira consulta como ao acompanhamento mensal.

Segundo publicação da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (PRÁ-SABER, 1997), a visita domiciliar tem como objetivos avaliar as condições em que a criança vive, identificar o motivo pelo qual a criança não foi levada para atendimento, assim como reforçar o vínculo da família ao serviço.

Aos 6 e aos 12 meses deverão ser feitos registros na Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamento. Ao terminar o primeiro ano, a ficha deverá ser encaminhada a EI para registro e avaliação das condições das crianças. Assim, o nível central tem as informações de três momentos da vida da criança no seu primeiro ano: até os 2 meses, aos 6 e aos 12 meses. Da mesma forma as equipes básicas têm as informações necessárias para discutir e avaliar o seu processo de trabalho na atenção ao menor de um ano.

2.5 OS RISCOS À SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA CONFORME O PROGRAMA PRÁ-NENÊ

2.5.1 Peso ao nascer

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1994), é considerado recém-nascido de

baixo peso todo aquele que nasce com peso inferior a 2.500g, independente da idade gestacional. Então são considerados recém-nascidos de baixo peso tanto os prematuros quanto os recém-nascidos a termo que tiveram retardo do crescimento intra-uterino. Estes neonatos apresentam alguns problemas comuns e outros que os diferenciam entre si.

Estes conceitos são largamente utilizados na área materno-infantil como referem Klaus e Fanaroff:

... no fim da década de 60 foi largamente aceito que nem todos os neonatos de menos de 2500g ao nascer eram prematuros. Do mesmo modo, nem todos os neonatos de mais de 2500g são a termo. Uma vez adotados esses conceitos, foi aplicado o designativo de 'baixo peso ao nascer' a todos os que se situavam abaixo deste limite, independentemente da causa e sem relação com o prazo da gestação. O termo 'prematuro' foi então reservado para os que nascem antes de 38 semanas e o de 'neonato a termo' foi aplicado aos que completaram entre 38 a 42 semanas de gestação (KLAUS; FANAROFF, 1995, p. 65).

Segundo Victora, Barros e Vaughan, citados por Tesch, Machado e Carvalho (1993), o baixo peso ao nascer é uma variável tão significativa para a morbimortalidade infantil que pode ser considerada, isoladamente, como o fator mais importante na sobrevivência das crianças.

Vários autores fazem esta referência a qual é ratificada pelos órgãos internacionais de saúde como OMS e OPAS, que, nas suas publicações, dedicam grande parte à atenção especial que os serviços devem prestar à criança de baixo peso e, em particular, ao recém-nascido nesta situação:

vários estudos têm evidenciado que condições da nutrição intra-uterina, refletidas pelo peso ao nascimento, constituem determinantes imediatos não só da sobrevivência infantil como também do estado nutricional nos primeiros anos de vida (UNICEF, 1998, p. 90).

A incidência do baixo peso ao nascer varia de acordo com o país ou com a região, conforme as suas condições socioeconômicas.

Solís (1997), ao citar os estudos desenvolvidos pelo Centro Latino Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP), demonstra que a incidência de baixo peso ao nascer nos países latino-americanos varia entre 4,6 e 14,8% dos nascimentos. Esta

freqüência é o dobro se comparada aos países desenvolvidos, sendo relacionada também com uma mortalidade neonatal mais elevada.

No Brasil a incidência média de baixo peso ao nascer é de 10,2%. Os diferenciais por região são uma característica epidemiológica do país, onde os indicadores de saúde, de modo geral, refletem as desigualdades sociais existentes.

Segundo o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (BRASIL, 1991), com relação à mortalidade infantil no Brasil, as afecções do período perinatal representam uma das principais causas de morte em menores de um ano, sendo o baixo peso ao nascer o grande componente desta mortalidade. A mortalidade infantil é 40 vezes maior em recém-nascidos de baixo peso do que em recém-nascidos de peso normal.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1994), também é variável a proporção entre os recém-nascidos de baixo peso, de prematuros e dos recém-nascidos a termo que sofreram retardo do crescimento intra-uterino. Esta proporção também se relaciona com a condição sócio-econômica da população. Nos países em desenvolvimento, a proporção dos recém-nascidos com retardo do crescimento intra-uterino é maior do que a dos prematuros, variando de 60 e 70%.

Para Yunes e Diaz (1997), na maioria dos países da região das Américas, mais de 60% dos recém-nascidos de baixo peso sofreram retardo do crescimento intra-uterino.

Ao contrário, nos países desenvolvidos, que têm melhor nível socioeconômico, entre os recém-nascidos de baixo peso, a maior proporção é de prematuros.

Estão descritos na literatura internacional muitos fatores etiológicos para o baixo peso ao nascer, como, por exemplo, insuficiência placentária, infecções, fatores genéticos e desnutrição da mãe. Este último, por sua relevância nas populações pobres, tem recebido atenção especial nas políticas de saúde (CUSMINSKY; SUÁREZ OJEDA, 1988).

Utilizam-se muitas iniciativas no intuito de reduzir as taxas de baixo peso ao nascimento pela suplementação de alimentos nas populações mais desfavorecidas em relação ao acesso e consumo de alimentos, caracterizadas por deficiências nutritivas. Estas intervenções focalizam especialmente o terceiro trimestre da gestação, pois

... durante a embriogênese, o estado nutritivo da mãe exerce pouca influência sobre o desenvolvimento fetal. Isto poderia ser previsto, uma vez que a maioria das mulheres tem reservas nutritivas suficientes para um embrião que cresce lentamente. Entretanto, quando começa a fase da hipertrofia celular fetal do crescimento do terceiro trimestre, as demandas de nutrientes fetais podem exceder a suplência materna se a ingestão dela for baixa (KLAUS; FANAROFF, 1995, p. 69).

Por isso os esforços têm sido direcionados para a garantia da alimentação à gestante nos seus elementos essenciais. As indicações, nos estudos sobre o papel dos fatores nutricionais no crescimento fetal, não são conclusivas se o problema do recém-nascido de baixo peso resulta de uma insuficiente ingesta calórica pela mãe ou de deficiências de algum nutriente específico.

Segundo publicação da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (PRÁ-SABER, 1999a), no ano de 1998, os recém-nascidos de peso inferior a 2.500g representaram 9,4% do total de nascimentos ocorridos na capital, sendo que, destes, cerca de 53% foram prematuros ou com idade gestacional inferior a 37 semanas. Estes dados, quando distribuídos por bairro, destacam as desigualdades relativas às condições sócio-econômicas da população, confirmando o que referem os organismos oficiais de saúde como a OMS, OPAS e MS sobre as proporções de prematuros e recém-nascidos com retardo do crescimento intra-uterino do total de recém-nascidos de baixo peso.

A prematuridade parece ser o problema do nascimento que mais significativamente contribui com a mortalidade perinatal. Esta situação mostra-se estável nos últimos anos em todo o mundo. Nos Estados Unidos, por exemplo, o percentual de prematuros do total de nascidos vivos tem se mantido relativamente constante em cerca de 10% (UNICEF, 1998).

Conforme Klaus e Fanaroff (1995), as estratégias para melhorar o prognóstico dos prematuros têm sido focalizadas na prevenção das condições que levam ao nascimento de crianças de baixo peso, associadas à melhoria da assistência durante o parto e com a evolução do aparato tecnológico. Salientam que medidas relativamente simples durante o pré-natal, eliminação do tabagismo, e combate a infecções do trato gênito-urinário, contribuem para diminuir as taxas de prematuridade.

2.5.2 Apgar

O Índice de Apgar é uma forma universalmente aceita de descrever as condições do nascimento de uma criança. Este escore gradua as seguintes características clínicas do recém-nascido: frequência cardíaca, respiração, tonus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. Cada uma destas características é pontuada de 0 a 2 pelo profissional responsável pelo recém-nascido em sala de parto, e o resultado somará no máximo 10 pontos. Assim, receberá Apgar 10 o recém-nascido que apresentar condições ótimas de vitalidade. Os problemas ao nascimento refletem-se nos escores baixos.

Esta avaliação é realizada no primeiro e no quinto minuto de vida. É um método objetivo de identificar se o recém-nascido necessita de cuidados especiais, assim como para avaliar a eficácia das medidas de reanimação porventura implementadas logo após o nascimento.

A importância do Apgar está na sua capacidade narrativa padronizada...Existe uma correlação com déficit neurológico futuro se o Apgar no primeiro minuto é de 0 a 3, associado à convulsões e hipotonia prolongada. Um Apgar baixo no quinto minuto não sela um mau prognóstico neurológico para o recém-nascido (GIACOMINI, 1997, p. 106).

Mesmo que não se deva considerá-lo isoladamente, o Apgar do quinto minuto é um dos determinantes de risco constante do Programa Pré-Nenê. Segundo publicação da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (PRÁ-SABER, 1999b), a prevalência de recém-nascidos com baixo Apgar no quinto minuto (menor que 4), em Porto Alegre, tem se mantido praticamente inalterada nos últimos anos.

2.5.3 Idade materna

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a adolescência para fins cronológicos é o período compreendido entre os 10 anos completos e os 20 anos incompletos. Nesta fase são observadas importantes transformações orgânicas, funcionais e sociais nos indivíduos.

Estas transformações na vida da mulher são especiais em função da capacidade reprodutiva que se instala. A ocorrência de uma gravidez nesse período relaciona-se com a maturidade biológica, mas, principalmente, com fatores ambientais e sociais: “Durante a gravidez de uma adolescente, a família sofre mudanças na sua dinâmica relacional. A gestação foge do simples ato biológico-reprodutivo, afeta a relação homem-mulher e redefine as identidades sociais” (LUZ, 1999b, p. 144).

De acordo com Luz (1999a), é crescente o número de casos de gravidez na adolescência nos últimos anos em todo o mundo. Este fenômeno induz a várias explicações tanto do ponto de vista biológico como do sócio-cultural: inexistência ou inadequada educação sexual das crianças; declínio da idade da menarca; desconhecimento de métodos anticoncepcionais ou falta de acesso a eles; banalização, pelos meios de comunicação, dos aspectos relativos à sexualidade e aumento da promiscuidade.

Um ponto que merece destaque é a exploração sexual de meninas, que aumentou significativamente em todos os estados brasileiros na última década, segundo levantamento realizado em 22 Unidades Federadas, por Universidades e organizações não governamentais:

... foi possível identificar um perfil nacional da exploração sexual infanto-juvenil, que ocorre em quase todos os estados, de forma diversificada e associada à organização social, cultural e econômica local. A menina explorada tem entre 12 e 16 anos, não completou o primeiro grau e, via de regra, origina-se do interior (UNICEF, 1998, p. 144).

Uma gravidez, quando acontece na adolescência, quaisquer que sejam as suas determinações, passa a ser uma situação de maior exigência orgânica e emocional. É, pois, um determinante de risco para o recém-nascido, tanto devido a fatores biológicos como socioculturais.

Do ponto de vista biológico, é na adolescência que ocorre a maior incidência de toxemias gravídicas, anemia e infecções (TESCH; MACHADO; CARVALHO, 1993). Para Sklovsky *et al.* (1996), a adolescente grávida tem maior aceleração da maturidade óssea, o que compromete sua estatura final. Há também o aspecto nutricional, porque a adolescente tem maiores necessidades para o seu próprio desenvolvimento, o que se soma às demandas do feto e da lactação.

Além das complicações clínicas, são importantes as implicações sociais geradas pela maternidade na adolescência como a interrupção dos estudos e, com isto, a falta de perspectiva de realização profissional, ocorrência de casamentos precipitados pela gestação, subemprego dos pais, reproduzindo-se assim o estado de pobreza da família:

as influências do ciclo gravídico-puerperal na adolescente trazem como conseqüência um prejuízo nas aspirações pessoais com maior deserção escolar, interrupção da expectativa de uma atividade profissional, dificuldades no relacionamento familiar e indução ao casamento precoce (SKLOVSKY *et al.*, 1996, p. 126).

Os indicadores de mortalidade infantil também demonstram a repercussão da idade da mãe nas condições de vida da criança: a maioria dos óbitos infantis é de filhos de mães menores de 18 anos ou maiores de 35 anos (SKLOVSKY *et al.*, 1996).

Os filhos das mães adolescentes, no entanto, apresentam maior risco, porque, nesta situação, é maior a incidência de baixo peso ao nascer e de prematuridade, o que contribui para a elevação da mortalidade perinatal.

Segundo publicação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre (PRÁ-SABER, 1999b), neste município se mantém praticamente inalterado nos últimos anos - em torno de 19% - o percentual de mães com menos de 20 anos.

2.5.4 Parto domiciliar

A ocorrência de parto domiciliar está relacionada ao acesso aos serviços de saúde, e aí reside a determinação do risco ao recém-nascido. A inacessibilidade aos serviços de saúde é uma situação que se faz presente desde antes da gestação e é responsável também pelas baixas coberturas de pré-natal. As mulheres que vivem em populações dispersas, de modo especial as do meio rural, têm dificuldade de chegar aos serviços pela distância geográfica ou pela inexistência de transporte, por não terem condições de pagar passagem ou pela falta de profissionais nas localidades mais longínquas:

... no interior do país e nas regiões afastadas dos grandes centros, o nascimento extra-hospitalar não programado é quase uma regra. Mas a pobreza, a ineficiência de unidades periféricas de saúde na captação para o pré-natal e o transporte pré-hospitalar dessa rede transformam-se em fatores que predispõem a essa modalidade de nascimento também nas grandes cidades. (FIGUEIREDO JUNIOR; MARTINO, 1995, p. 137)

O acesso ampliou-se nos últimos anos em todo o Brasil, mas ainda existem enormes diferenças regionais. Considerando-se o país como um todo, mais de 90% dos partos ocorreram no hospital. No município de Porto Alegre, desde 1992, a grande maioria dos nascimentos ocorreu em hospitais, sendo que o percentual permaneceu estável em 98,9% nos anos de 1996, 1997 e 1998 (PRÁ-SABER, 1999b).

Além dos riscos do nascimento determinados pela inexistência ou baixa qualidade do pré-natal em função do precário acesso aos serviços de saúde, há ainda o risco do tétano neonatal,⁶ devido ao manuseio inadequado do cordão umbilical por ocasião de um parto a domicílio.

Estes riscos à saúde da criança, quer biológicos ou sociais, podem ser minimizados pela garantia de acesso aos serviços de saúde de forma universal.

2.5.5 Gravidez múltipla

Gravidez múltipla é a que ocorre com a presença de dois ou mais fetos. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b), o aumento da mortalidade perinatal é diretamente proporcional ao número de fetos. Estes dados devem-se principalmente à ocorrência de prematuridade e, em segundo lugar, ao retardo do crescimento intra-uterino que ocorre nesta situação. A gravidez múltipla também aumenta o risco materno pelo aparecimento mais freqüente das síndromes hipertensivas, anemias e apresentações anômalas:

a gravidez múltipla relaciona-se com faixas etárias maternas maiores, com a raça negra, com o aumento da paridade, com história familiar (pelo lado materno), com freqüência maior de relações sexuais e, em dias atuais, com as técnicas da ovulação ou de fertilização assistida (BRASILb, p. 59).

Os riscos à saúde infantil relacionados à gravidez múltipla também estão relacionados à ocorrência de baixo peso ao nascer de recém-nascidos de partos gemelares, especialmente devido à prematuridade.

⁶Segundo Ferreira (1999), o tétano neonatal é uma doença infecciosa causada pelo *Clostridium tetani*, caracterizada por trismo, espasmos musculares generalizados e de glote, opistótono, etc. É resultante da infecção da ferida umbilical.

Conforme publicação da SMS de Porto Alegre (PRÁ-SABER, 1999b), 2% dos partos foram gemelares nesta cidade. Estes recém-nascidos de gestações múltiplas são classificados como de alto risco para as ações de saúde infantil no município.

2.5.6 Escolaridade da mãe

Dentre os fatores sociais considerados mais importantes pela maioria dos estudos sobre mortalidade infantil está a educação da mãe.

Tesch, Machado e Carvalho (1993) referem que é indiscutível a importância da mulher para o desenvolvimento da criança e o bem-estar da sua família. A qualidade do seu nível de vida, que tem entre seus indicadores a escolaridade, repercute diretamente na reprodução do núcleo familiar tanto do ponto de vista biológico quanto do social.

O grau de escolaridade da mãe, além de estar relacionado diretamente à condição de saúde do seu filho, é um dos fatores determinantes do sucesso das ações programáticas de saúde infantil.

Yunes e Diaz (1997) apontam que a possibilidade de uma criança morrer antes de completar um ano é três vezes maior nos filhos de mães analfabetas, se comparados às de mães que possuem nível de instrução secundária ou universitária.

Conforme UNICEF (1998), os estudos da mortalidade infantil no Brasil demonstram que, quando são agrupados os dados por ano de estudo da mãe, os diferenciais de mortalidade infantil se ampliam. A variável “grau de escolaridade da mãe” é uma variável socioeconômica e cultural considerada uma das mais importantes para distinguir os níveis social e de informação da família. Na verdade, a escolaridade da mãe demonstra as desigualdades sociais

que, apesar da evolução dos indicadores de saúde, se mantêm e se reproduz na sociedade brasileira:

O grau de instrução da mãe é, assim, um poderoso indicativo da capacidade sócio-econômica e cultural das famílias, exercendo importante papel na informação e controle da morbimortalidade infantil e de crianças menores de 5 anos... (UNICEF, 1998, p. 64)

Segundo publicação da SMS de Porto Alegre (PRÁ-SABER, 1999b), de acordo com dados do SINASC, no município de Porto Alegre é importante o número de mães sem nenhuma instrução ou que não terminaram o primeiro grau. Estas categorias somadas chegaram a 45,8% no ano de 1998.

Assim, conforme Valenzuela e Benguigui (1997), para que qualquer ação programática de saúde tenha possibilidade de obter sucesso, são necessárias estratégias de ação adicionais, de forma intersetorial, para enfrentar os problemas no nível sócio-econômico. Algumas dessas estratégias devem incluir a educação somada a outras iniciativas de inclusão social. Contemplar, nos programas de atenção à saúde, a alfabetização é uma medida que aumenta a eficácia de qualquer programa. É um exemplo de intervenção que pode ser prestada ao usuário na lógica da atenção integral à saúde, com reflexos importantes na sobrevivência infantil.

Conhecer os riscos a que as crianças sob sua responsabilidade estão expostas, é fundamental para as equipes das UBS. Planejar e executar ações baseadas no enfoque de risco e, por consequência, no modelo de vigilância da saúde, qualifica os serviços prestados à criança menor de um ano e pode contribuir para a garantia do seu crescimento e desenvolvimento saudável.

3 OBJETIVOS

Os objetivos do estudo da atenção de saúde prestada ao recém-nascido de risco no primeiro ano de vida, na perspectiva do Programa Pré-Nenê, são os que seguem.

3.1 GERAL

Conhecer a atenção à saúde que é prestada ao recém-nascido de risco da região de atuação do CSEM durante o seu primeiro ano de vida.

3.2 ESPECÍFICOS

Basicamente, três são os objetivos específicos:

- a) caracterizar os recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM segundo as seguintes variáveis: local de ocorrência do parto; sexo; peso ao nascer; índice de Apgar; idade da mãe; duração da gestação; tipo de gravidez; tipo de parto; número de consultas pré-natais e grau de instrução da mãe;
- b) descrever os recém-nascidos de risco acompanhados e os não acompanhados pelas equipes do CSEM no seu primeiro ano de vida, conforme os critérios do Programa Pré-Nenê;
- c) identificar o local de atendimento, a frequência e as ações de saúde prestadas aos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM durante o seu primeiro ano de vida.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

O estudo foi do tipo epidemiológico descritivo, caracterizado como uma série de casos. O modo de exposição foi observacional, pois se observaram os eventos como ocorreram na população sem nenhuma intervenção sobre eles. Com relação à direção temporal, o estudo foi retrospectivo, pois a coleta de dados referiu-se a eventos ocorridos anteriormente, durante o primeiro ano de vida das crianças. A unidade de observação foi o indivíduo, sendo os sujeitos da pesquisa os recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM.

Por adequação aos objetivos propostos e à limitação de tempo, optou-se por este método cuja terminologia é utilizada por Pereira (1995), que define os Estudos Epidemiológicos Descritivos como aqueles que informam sobre a distribuição dos eventos em termos quantitativos. Afirma que estes estudos são adequados para identificar grupos de risco, informar sobre necessidades de segmentos da população, estabelecendo relação da epidemiologia com a prevenção de doenças e o planejamento em saúde. Os Estudos Epidemiológicos Descritivos sugerem, também, explicações para as variações nas frequências encontradas que podem servir de base para o prosseguimento de pesquisas.

4.1 O LOCAL DO ESTUDO

O estudo realizou-se na região de atuação do CSEM (Anexo C).

O CSEM iniciou suas atividades em 1956, no bairro Partenon, no município de Porto Alegre, por iniciativa de um grupo de médicos da SES do Rio Grande do Sul, que acreditava

num modelo transformador de atenção à saúde, onde a proximidade com a população poderia resolver seus problemas de saúde. O CSEM estava, naquela época, na vanguarda internacional cuja proposta era a da saúde comunitária. Nesta perspectiva, pesquisadores do então Centro de Saúde Murialdo⁷ criaram uma proposta de formação de médicos na qual a ênfase era a responsabilidade com grupos populacionais limitados geograficamente e não somente atendimentos centrados no hospital ou em procedimentos.

No ano de 1976 criou-se o Programa de Residência na área da Saúde Comunitária que se constituiu na primeira residência em Medicina Geral Comunitária do país. De forma pioneira, o CSEM prestava atenção básica de saúde a uma população adstrita e realizava formação de trabalhadores nesta área. Além de médicos, outros profissionais também se formaram no CSEM: psicólogos, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros e um administrador, todos na modalidade de residência no campo da atenção básica.

O CSEM passou, em sua história, por diferentes momentos de investimento, discussão da proposta de formação, adequação à legislação da saúde, atualização teórica, mas sempre avançando na sua trajetória de integração entre ensino e serviço.

Hoje o CSEM é um complexo constituído de seis UBS que prestam assistência a uma população delimitada do Distrito de Saúde 6 do município de Porto Alegre. Mantém-se como centro formador de trabalhadores em saúde, através de sua Residência Integrada em Saúde Coletiva, em diversas áreas como medicina, enfermagem, psicologia, nutrição, serviço social e odontologia.

Administrativamente, por sua característica de ensino, o CSEM está vinculado à Escola de Saúde Pública da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e é mantido por esta instituição. No aspecto epidemiológico, o CSEM faz parte do conjunto de serviços de saúde gerenciados pela SMS de Porto Alegre, que, como gestor do Sistema

⁷Desde a sua criação, esta foi a denominação da instituição. O nome foi alterado para “Centro de Saúde Escola Murialdo” por ocasião da reestruturação do seu programa de residência, que ocorreu em 1999.

Municipal de Saúde, orienta e acompanha o impacto das ações realizadas na saúde da população do município. Sua atuação depende, portanto, de constante articulação técnica e política entre as esferas estadual e municipal.

O trabalho do CSEM está organizado a partir da adstrição da população por Unidade Básica. Sua atuação tem enfoque na saúde da família e é centrada no trabalho em equipe interdisciplinar. Todas as UBS contam diariamente com, no mínimo, dois médicos gerais comunitários, um enfermeiro, quatro auxiliares de enfermagem e com um nutricionista, um psicólogo, um assistente social e médicos de outras especialidades, como, por exemplo, ginecologista e cardiologista, duas vezes por semana. Todos os profissionais das UBS, além da atividade assistencial, atuam como preceptores de ensino. Cada equipe básica possui um coordenador que é membro da própria equipe.

Além das UBS, o CSEM tem em sua estrutura uma Unidade de Referência Especializada (URE), que funciona no prédio central, onde estão instalados os serviços de referência como laboratório de análises clínicas, serviços de odontologia e vigilâncias epidemiológica e nutricional assim como pronto atendimento ambulatorial à noite e aos finais de semana. A URE também é responsável pelos encaminhamentos a outros serviços secundários e terciários do sistema municipal de saúde.

Do ponto de vista administrativo, a coordenação interna do CSEM está dividida em três departamentos: a Coordenação das Ações de Saúde, que acompanha o planejamento e execução das ações de saúde desenvolvidas pelas equipes básicas, a Coordenação de Ensino, responsável pelas atividades inerentes ao ensino de saúde coletiva, e a Coordenação Administrativa, que responde pela infra-estrutura do ensino e do serviço em todo o complexo do CSEM. As coordenações dos departamentos formam uma equipe diretiva que, assim com as equipes básicas, também é multiprofissional e tem caráter interdisciplinar. A direção geral é desempenhada por um diretor nomeado pelo secretário estadual da saúde. Historicamente o

CSEM sempre teve seus diretores escolhidos entre os profissionais do quadro da própria Instituição.

Além da assistência à saúde da população e da sua Residência Integrada em Saúde Coletiva, o CSEM é campo de estágio curricular, em todas as suas unidades e departamentos, para alunos de graduação dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia de diferentes Instituições de Ensino Superior assim como para a formação profissional de Técnicos de Enfermagem da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul.

A organização do cotidiano do trabalho é feita pelas próprias equipes, e todas devem manter momentos semanais de planejamento e avaliação das metas de trabalho. Uma vez por mês as reuniões de equipe têm a participação da direção, que acompanha e orienta o trabalho no cumprimento da função institucional de assistência e ensino de saúde coletiva.

O trabalho do CSEM também é acompanhado pela população. As equipes básicas participam de reuniões comunitárias para discussão dos problemas referentes a cada uma de suas áreas de atuação. Além disso, o CSEM participa do Conselho Local de Saúde do Distrito de Saúde 6, através de representantes da equipe diretiva e dos trabalhadores das equipes.

4.2 A POPULAÇÃO ALVO

A população alvo foi constituída pelos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM.

4.3 A POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população em estudo compreendeu todas as crianças nascidas no período de 01 de janeiro a 30 de setembro de 2000, caracterizadas como de risco de acordo com o Programa Pré-Nenê. Optou-se por este intervalo de tempo, pois todas as crianças nascidas com risco no ano de 2000 já teriam completado um ano de idade por ocasião da coleta de dados.

Conforme este programa, recém-nascido de risco é aquele que apresentou pelo menos uma destas situações por ocasião do nascimento: peso inferior a 2500g, Apgar do quinto minuto menor do que 5, idade materna menor do que 18 anos, idade gestacional inferior a 37 semanas, parto domiciliar, gestação múltipla e mãe analfabeta.

Foi solicitada à EI da SMS de Porto Alegre uma relação dos nascidos no período compreendido entre 01 de janeiro e 30 de setembro de 2000. Constaram do banco de dados fornecido 510 crianças. Destas, 470 foram identificadas como pertencentes à região de atuação do CSEM. Esta diferença de 40 crianças, que corresponde a 7,9% do total, foi devida à identificação diferente, de alguns endereços limítrofes, por parte da EI da SMS e do CSEM. Utilizou-se o mapeamento do CSEM, pois em seus limites está a população que aquele serviço identifica como de sua responsabilidade. Do total foram selecionadas para este estudo 201 crianças por apresentarem, por ocasião do nascimento, pelo menos um dos riscos previstos no Programa Pra-Nenê

Além das variáveis constantes na DN, que caracterizam o recém-nascido como de alto risco segundo o Programa Pré-Nenê, foram selecionadas ainda as variáveis sexo do recém-nascido, tipo de parto e número de consultas de pré-natal para a descrição dos recém-nascidos, por sua relevância na qualificação do atendimento pré-natal, parto e nascimento.

4.4 A COLETA DE DADOS

Para a caracterização epidemiológica dos recém-nascidos de risco do período compreendido entre 01 de janeiro e 30 de setembro do ano de 2000, na região de atuação do CSEM, utilizaram-se os dados secundários da DN, que é o documento básico do SINASC. Foram descritas as seguintes variáveis da DN: local de ocorrência do parto; sexo do recém-nascido; peso ao nascer; índice de Apgar; idade da mãe; duração da gestação; tipo de gravidez; tipo de parto; número de consultas de pré-natal e grau de instrução da mãe.

Após a caracterização dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM segundo o SINASC, foi realizada a busca nos domicílios, através do endereço da mãe constante na DN para identificar a atenção à saúde prestada à criança no seu primeiro ano de vida: local, frequência e tipo de atendimento recebido nos serviços de saúde; tipo e tempo de aleitamento materno; vacinação; condição de nutrição⁸ ao completar um ano; ocorrência e motivo de internações hospitalares.

As informações foram coletadas por meio de inquérito com a mãe ou responsável pela criança como também por informações constantes do Cartão da Criança⁹.

Segundo Pereira (1995), inquérito é a inquirição direta das pessoas, obedecendo a um protocolo definido. Neste estudo o instrumento de inquérito foi um formulário (Apêndice A).

Optou-se pelo formulário como instrumento de coleta de dados, pois, sendo o pesquisador quem registra as anotações, poderá contemplar as diferentes capacidades de compreensão das perguntas pelos sujeitos da pesquisa.

⁸A condição de nutrição da criança foi avaliada pela posição do peso em relação à curva de crescimento, aos doze meses, constante no Cartão da Criança.

⁹Documento de identificação da criança, instituído pelo Ministério da Saúde, no qual constam a identificação, condições do nascimento e os registros sobre a condição da criança dos 0 aos 5 anos. Documento padronizado em todos os serviços de saúde, que é mantido com a criança.

O questionário e o formulário são instrumentos muito usados para o levantamento de informações. Diferenciam-se apenas no que se refira à forma de aplicação. O questionário é preenchido pelo próprio entrevistado e o formulário é preenchido, indiretamente, isto é, pelo entrevistador (BARROS; LEHFELD, 1990, p. 50).

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora com o apoio de alguns alunos do Instituto Porto Alegre da Igreja Metodista (IPA), onde a pesquisadora é docente. As equipes do CSEM forneceram informações importantes para a localização dos endereços.

As dificuldades para encontrar os endereços foram amenizadas através das informações colhidas junto às moradias com números semelhantes ou na vizinhança.

Visitou-se cada endereço no máximo três vezes, para encontrar a mãe ou o responsável pela criança.

Os participantes da coleta de dados foram treinados pela pesquisadora, a fim de manterem uma uniformidade ao abordarem as mães e preencherem corretamente o instrumento. Para tanto houve um momento inicial de capacitação e, após, encontros semanais.

4.5 O INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento para coleta de dados nos domicílios divide-se em três partes. Na primeira são apresentados os dados referentes à localização do endereço da criança. Na segunda constam as perguntas a serem respondidas pela mãe ou responsável pela criança. As variáveis desta parte são local de atendimento, frequência e tipo de atendimento recebido no primeiro ano de vida; tipo e tempo de aleitamento materno; ocorrência e motivos de internações hospitalares no mesmo período.

Na terceira parte constam os dados coletados dos Cartões da Criança: vacina em dia e condição de nutrição ao final do primeiro ano de vida.

4.6 O ESTUDO PILOTO

O estudo piloto para testar o instrumento de coleta de dados foi realizado durante atividade de rotina de uma UBS, atendendo à sugestão feita à pesquisadora em reunião com a coordenação do CSEM. Assim, o estudo piloto desenvolveu-se com mães de crianças de 1 a 2 anos que participavam de um grupo educativo da UBS 4 realizado pela nutricionista daquela equipe.

A partir da efetivação do estudo piloto, modificou-se o número de alternativas referentes aos serviços de saúde utilizados no primeiro ano de vida da criança. Foi constatado que este número de serviços é pequeno, não havendo necessidade de cinco opções de resposta como se tinha concebido no formulário.

Na questão F, com relação aos procedimentos realizados nos serviços, retirou-se das respostas a opção “vacinas”, pois observou-se no estudo piloto que a busca dos serviços para a vacinação se dá separadamente da agenda de acompanhamento da criança no primeiro ano de vida, não sendo, portanto, um procedimento que faça parte do atendimento sistemático.

Referente à questão Q do formulário em que se pretendia averiguar se, ao final do primeiro ano, a criança estava com a vacina em dia, constatou-se não ser possível coletar esta informação devido a vários motivos: patologia da criança que inviabilizou a vacinação no dia marcado, falta de alguma vacina nos serviços, impossibilidade de decifrar a data da vacinação registrada por letra ilegível do profissional, cartão sujo ou carimbo borrado. Enfim, optou-se por observar no cartão se a criança, no momento do inquérito, estava com alguma vacina em aberto.

Para as demais questões foram feitas observações sobre a melhor forma de o entrevistador formular as perguntas, não tendo havido necessidade de alterações.

4.7 A ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados das DN foram analisados a partir dos registros digitados no banco de dados do SINASC, o que possibilitou a descrição dos recém-nascidos conforme as variáveis selecionadas.

Os dados coletados nos domicílios foram digitados em uma planilha eletrônica do Epi Info, versão 6.0, que é um sistema de processamento de texto, banco de dados e estatística para estudos epidemiológicos, disponível no *site* do *Centers of Disease Control and Prevention (CDC)*, de Atlanta.

Utilizou-se dupla entrada na digitação dos dados, a fim de diminuir os erros de digitação.

A análise descritiva foi feita através das freqüências absolutas e relativas dos achados. Nas variáveis quantitativas contínuas foram calculados medidas de tendência central.

O grupo dos recém-nascidos acompanhados e dos não acompanhados pelas equipes do CSEM foram descritos separadamente em relação às variáveis em estudo.

As seguintes variáveis foram utilizadas como indicadores da atenção prestada ao recém-nascido de risco no seu primeiro ano de vida: local, freqüência do atendimento; realização de antropometria mensal no primeiro ano de vida; tipo e tempo de aleitamento materno; vacinação. Da mesma forma, a ocorrência, os motivos de internações hospitalares e a condição de nutrição utilizaram-se como indicadores da condição de saúde da criança no seu primeiro ano.

De acordo com os critérios do Programa Pré-Nenê, considerou-se “criança acompanhada” a que teve, no mínimo, sete atendimentos durante o primeiro ano de vida para o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento.

4.8 AS CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Toda pesquisa requer de parte do pesquisador o reconhecimento da autonomia dos sujeitos da pesquisa:

de modo geral, o relacionamento pesquisador-sujeito da pesquisa pode ser considerado assimétrico, em razão das possíveis diferenças no nível educacional e do conhecimento científico de ambas as partes...Um dos resultados destas diferenças poderia ser...a indiferença ou ignorância da vontade e dos sentimentos do paciente ou sujeito de experimentação (GOLDIM; CLOTET; FRANCISCONI, 2000, p. 10) .

Independente das proposições metodológicas de uma pesquisa, com ou sem experimentações, é fundamental estabelecer uma relação de confiança entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa. Nesta perspectiva aparece o Consentimento Informado ou Conhecimento Livre e Esclarecido não só como uma conduta ética formal, mas como uma contribuição para minimizar as desigualdades entre o pesquisador e os sujeitos.

Segundo Goldim, Clotet e Francisconi (2000), o Consentimento Informado é a formalização de uma relação de autonomia, liberdade e respeito, entre pesquisador e pesquisado, que são direitos invioláveis do ser humano. Trata-se de um termo que deve ser assinado pelas pessoas envolvidas na pesquisa com todas as informações relativas aos objetivos, métodos e duração da pesquisa e que se constitui na legitimação do ato de pesquisar.

Goldim (2000) aponta que o Consentimento Informado deve ser redigido de forma clara e acessível, com vocabulário adequado e apresentando todas as informações necessárias para a tomada de decisão de parte do sujeito, não podendo haver coerção. Sendo assim, o consentimento é fruto da liberdade dos sujeitos. Estas são, pois, as prioridades que caracterizam o Consentimento Informado: o respeito e a autonomia.

O Consentimento Informado não deve ser reduzido ao Termo de Consentimento Informado, mas se constitui num processo de informação e solicitação de autorizações no qual

estão incluídos os Termos de Consentimento para uso de informações institucionais para a realização da pesquisa.

Para este estudo realizaram-se primeiramente reuniões informais com as coordenações do CSEM e do Programa Prá-Nenê nas quais se discutiu o tema do estudo. Só após estes contatos, cumpriu-se o projeto de pesquisa.

Após o exame de qualificação, providenciou-se a autorização formal de parte da coordenação do CSEM (Apêndice B) para a realização da pesquisa naquele local.

A seguir, o projeto deste estudo foi submetido aos Comitês de Ética das duas instituições envolvidas: SMS de Porto Alegre e Escola de Saúde Pública, da qual faz parte o CSEM.

Após aprovado sem restrições pelo Comitê de Ética da SMS e com recomendações metodológicas, pelo Comitê da ESP, o projeto foi discutido com todos os trabalhadores do CSEM em reuniões por equipe em cada UBS. Nestas reuniões foram discutidas todas as etapas da pesquisa, mas, especialmente, as melhores condições para a operacionalização da coleta de dados em cada local. Definiram-se pessoas e horários de referência em cada UBS, para auxiliarem os alunos na localização dos endereços, assim como trocaram-se informações sobre a dinâmica de trabalho da UBS e da própria comunidade. Em função das diferenças encontradas em cada local, foi necessário criar uma planilha de orientações como é apresentado no Apêndice C.

O projeto desta pesquisa também foi apresentado em reunião do Conselho Local de Saúde do qual fazem parte representantes dos serviços e das associações de moradores do Distrito de Saúde 6 do município de Porto Alegre.

O Termo de Consentimento Informado (Apêndice D) foi assinado pelas mães ou responsáveis pelas informações e se constituiu de duas vias, ficando uma com o entrevistado e a outra com a pesquisadora.

Tanto no pedido de autorização das instituições envolvidas quanto no Termo de Consentimento Informado, consta a Declaração de Responsabilidade da pesquisadora com relação ao uso dos dados.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados a seguir são referentes a um grupo de crianças que nasceram com, pelo menos, um determinante de risco segundo os critérios do Programa Prá-Nenê. Trata-se, portanto, de um universo onde as situações desfavoráveis ao crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças aparecem com maior nitidez, se comparadas ao universo de nascidos vivos.

O total de crianças moradoras na região de atuação do CSEM, nascidas entre 01 de janeiro e 30 de setembro de 2000 que apresentaram algum risco ao nascimento foi de 201, representando 42,8% do total de nascidos vivos naquele local e período.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS

Para caracterizar os recém-nascidos estudados, as variáveis constantes do banco de dados do SINASC foram agrupadas em variáveis relativas à mãe, variáveis relativas à gestação e parto e variáveis relativas ao recém-nascido.

5.1.1 Variáveis relativas à mãe

A idade e a escolaridade foram as variáveis estudadas relativas às mães dos recém-nascidos e estão apresentadas nas Tabelas 1 e 2.

5.1.1.1 Idade materna

De acordo com a OMS, a adolescência é o período compreendido entre os 10 anos completos e os 20 anos incompletos (LUZ, 1999a).

Com relação à idade da mãe dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM, a média encontrada foi de 22,3 anos, sendo a mediana, 19 anos. O percentual de mães adolescentes, com menos de 18 anos neste grupo, foi de 45,3% indicando um grande número de crianças com esta situação de risco. A menor idade encontrada foi de 13 anos e a maior, 48 anos. A frequência das idades extremas foi de uma mãe para cada uma das idades.

Tabela 1 – Distribuição dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM segundo a idade da mãe. Porto Alegre, 2002.

Idade da mãe	n	%
< 18 anos	91	45,3
>=18anos	110	54,7
Total	201	100,0

Fonte: Pesquisa direta. MACHADO, M.E. Coleta no banco de dados do SINASC. Porto Alegre, 1 jan./30 set. 2000.

Neste universo constata-se um grande número de crianças cujo risco elevado, próprio do nascimento, permanece durante o crescimento e desenvolvimento da criança. A gestação na adolescência, além de comprometer o desenvolvimento biológico das mães, em função das suas demandas orgânicas, gera especialmente implicações sociais. As mães adolescentes freqüentemente abandonam a escola diminuindo suas perspectivas profissionais e, em conseqüência, ficam mais sujeitas ao subemprego. Ocorrem também casamentos precoces precipitados pela gestação. Estas situações levam, assim, à reprodução do quadro social inicial que levou à gestação na adolescência (SKLOVSKY *et al.*, 1996).

O número encontrado de crianças de mães adolescentes neste estudo é alto. No entanto se comparado ao total de crianças do município de Porto Alegre, cujo percentual de filhos de mães adolescentes tem permanecido estável em cerca de 19%, verifica-se que está dentro da mesma faixa, ou seja, 19,4%. O preocupante é que muitas destas crianças estão expostas a mais de um fator de risco.

5.1.1.2 Escolaridade materna

A escolaridade das mães dos recém-nascidos de risco é baixa, pois 68,8% não terminaram o ensino fundamental. A categoria das mães sem nenhuma instrução representa 2,6% da amostra. Em seis DN não havia registro deste dado.

Este dado é maior do que o encontrado no município de Porto Alegre cujo percentual de mães que não terminaram o ensino fundamental é de 45,8%. Este resultado demonstra desigualdade social visto que as crianças do estudo residem numa região pobre, da periferia de um grande centro urbano. Chama a atenção que neste universo ainda foram encontradas 5 mães analfabetas, apesar de todos os programas de alfabetização de adultos e das medidas para evitar a evasão escolar realizados pelos governos e pelas comunidades.

Tabela 2 – Distribuição dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM segundo a escolaridade da mãe. Porto Alegre, 2002.

Anos de estudo	n	%
Nenhum	05	2,6
1 a 3 anos	20	10,3
4 a 7 anos	109	55,9
8 a 11 anos	50	25,6
12 anos e +	11	5,6
Ignorado	06	
Total	195	100,0

Fonte: Pesquisa direta. MACHADO, M.E. Coleta no banco de dados do SINASC. Porto Alegre, 1 jan./30 set. 2000.

A escolaridade da mãe é um indicador importante da qualidade de vida da família e tem repercussão também sobre as condições da mãe para acompanhar as ações de saúde infantil desenvolvidas pelos serviços. Sendo este um universo de crianças cujas mães são prioridade dos programas que visam contribuir para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, é preocupante o elevado número de mães com baixa escolaridade. Somase a isso, a situação em que a escolaridade da mãe está relacionada diretamente à condição de saúde do seu filho. Assim, para que as ações programáticas a serem desenvolvidas pelos serviços, nesta região, tenham êxito, são necessárias articulações intersetoriais que possibilitem melhorar a escolaridade das mães pois, a integralidade da atenção tem reflexos não só na sobrevivência infantil mas na qualidade de vida da criança.

5.1.2 Variáveis relativas à gestação e parto

As variáveis consultas de pré-natal, tipo de gravidez, duração da gestação, tipo de parto e local de ocorrência do parto foram as variáveis estudadas para caracterizar as situações em que ocorreram a gestação e o parto dos recém-nascidos de risco.

5.1.2.1 Consultas de pré-natal

O total dos dados referentes a esta variável foi 196, pois em cinco DN não havia registro.

Tabela 3 – Distribuição dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM segundo o número de consultas de pré-natal. Porto Alegre, 2002.

Número de consultas de pré-natal	n	%
Nenhuma	18	9,2
1 a 3 consultas	51	26,0
4 a 6 consultas	64	32,7
7 e +	63	32,1
Ignorado	05	
Total	196	100,0

Fonte: Pesquisa direta. MACHADO, M.E. Coleta no banco de dados do SINASC. Porto Alegre, 1 jan./30 set. 2000.

Como está demonstrado na Tabela 3, somente 32,1% das mães dos recém-nascidos estudados realizaram 7 ou mais consultas como preconizado no Programa Pré-Nenê e encontrou-se percentual semelhante de mães (32,7%) realizaram 4 a 6 consultas. Este dado encontra-se muito abaixo do percentual de mães dos recém-nascidos que realizaram 7 consultas ou mais, do município de Porto Alegre, que é de 51,7%, ou do Rio Grande do Sul, 50,7%.

Chama a atenção o alto percentual de mães que realizaram somente de 1 a 3 consultas de pré-natal: 26,0%.

Se for considerado o número absoluto de nascidos vivos de risco nesta região, observa-se que 18 crianças nasceram de mães que não fizeram pré-natal. Este número é alto visto que a meta dos serviços de saúde para o pré-natal é de 100%, ou seja, que nenhuma gestante fique sem este tipo de atendimento.

Sendo o número de consultas um dos indicadores da qualidade do pré-natal, o resultado encontrado aponta para a baixa qualidade do atendimento pré-natal, naquela região, no período estudado. Ratifica-se o que aponta o MS (BRASIL, 1999) que, apesar do aumento do número de consultas pré-natal, os serviços necessitam melhorar muito a assistência nesta área.

O número de consultas pré-natal, segundo o MS (BRASIL, 1999), reflete a capacidade dos serviços de captarem precocemente as gestantes para a primeira consulta de pré-natal e o vínculo estabelecido depois disso entre a gestante e a equipe de saúde. Quanto mais precoce início do pré-natal, maior o período disponível para as equipes possam diagnosticar e intervir sobre as situações de risco.

É preciso destacar também que a assistência pré-natal pode ser facilmente programada pelos serviços de saúde. Em UBS, que trabalham com população adstrita, é possível estimar o número de gestantes existentes na população, a fim de estabelecer estratégias visando ao atendimento adequado. Sendo o início precoce um ponto importante para a qualidade do pré-natal, as gestantes podem ser buscadas, através de estratégias variadas, quando não estiverem chegando espontaneamente aos serviços. Esta é uma orientação que consta dos manuais técnicos do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999), e visa acompanhar a gestante para evitar complicações na gestação e parto.

5.1.2.2 Tipo de gravidez

O tipo de gravidez dos recém-nascidos estudados foi única na sua grande maioria como mostra a Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM segundo o tipo de gravidez. Porto Alegre, 2002.

Tipo de gravidez	n	%
Única	184	91,5
Dupla	17	8,5
Total	201	100,0

Fonte: Pesquisa direta. MACHADO, M.E. Coleta no banco de dados do SINASC. Porto Alegre, 1 jan./30 set. 2000.

O percentual de 8,5% de gêmeos é alto se comparados ao total de nascimentos no município de Porto Alegre que, em 1999, 2% foram de partos gemelares (PRÁ-SABER, 1999b).

Este achado é importante na medida em que a ocorrência de partos gemelares está diretamente relacionada ao baixo peso ao nascer, que, por sua vez, é o determinante mais importante da sobrevivência infantil.

5.1.2.3 Duração da gestação

Dentre os recém-nascidos de risco estudados, 55,8% tiveram entre 37 e 41 semanas de gestação e 42,7% foram prematuros, ou seja, tiveram gestações com menos do que 37 semanas. O percentual de recém-nascidos que tiveram gestação com duração menor do que 32 semanas foi de 4,5%. Como todos os recém-nascidos deste estudo apresentaram algum risco ao nascimento, e a duração da gestação é um dos riscos selecionados pelo Programa Prá-Nenê, o percentual de prematuros é bem maior do que o apresentado pelo total de nascidos vivos em Porto Alegre no mesmo ano que foi de 9,9% (RIO GRANDE DO SUL, 2001). No conjunto dos nascidos vivos no mesmo período na região de atuação do CSEM, a idade gestacional menor do que 37 semanas representa 18,2%.

Por outro lado cabe lembrar que a região estudada está entre as de taxa de maior mortalidade infantil do município de Porto Alegre.

Este achado, portanto, ratifica a idéia de que a alta mortalidade infantil, que é constatada nas populações pobres, tem na prematuridade uma importante contribuição. Indica, juntamente com as demais variáveis, as desigualdades existentes entre os bairros de Porto Alegre.

Este resultado também pode ser relacionado com a qualidade do pré-natal referida anteriormente pois como apontam Klaus e Fanaroff (1995), a ocorrência de prematuridade pode ser minimizada com medidas relativamente simples no pré-natal.

Tabela 5 – Distribuição dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM segundo a idade gestacional. Porto Alegre, 2002.

Semanas	n	%
22 a 27	02	1,0
28 a 31	07	3,5
32 a 36	76	38,2
37 a 41	111	55,8
42 e +	03	1,5
Ignorado	02	
Total	201	100,0

Fonte: Pesquisa direta. MACHADO, M.E. Coleta no banco de dados do SINASC. Porto Alegre, 1 jan./30 set. 2000.

Do total de crianças cujas mães realizaram menos de 7 consultas de pré-natal, 63 (47,3%) nasceram prematuros. Apesar da observação deste resultado, não há associação estatística entre o número de consultas de pré-natal e a idade gestacional.

5.1.2.4 Tipo de parto e local de ocorrência

No grupo de recém-nascidos de risco, 95,5% dos partos ocorreram em hospital sendo que o tipo de parto mais freqüente foi o parto normal com 65,5%. Por se tratar de um universo de recém-nascidos de risco, é alto o percentual de cesáreas: 34,3%. Apesar do tipo de parto ser uma informação importante para organização dos serviços de saúde, esta não é uma variável que caracterize risco segundo o Programa Pra-Nenê.

Tabela 6 – Distribuição dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM segundo o tipo de parto. Porto Alegre, 2002.

Local \ Tipo de parto	Normal		Cesárea		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hospital	132	65,7	69	34,3	201	95,5
domicílio	08	4,0	-	-	08	4,0
outros	01	0,5	-	-	01	0,5

Fonte: Pesquisa direta. MACHADO, M.E. Coleta no banco de dados do SINASC. Porto Alegre, 1 jan./30 set. 2000.

O percentual de partos hospitalares neste grupo é um pouco menor do que ocorre no restante do município de Porto Alegre, onde o percentual de partos hospitalares é de 98,9%, mantendo-se estável nos últimos anos (PRÁ-SABER, 1999a).

Mesmo sendo um percentual elevado de partos hospitalares, chama a atenção a ocorrência, entre os estudados, de 8 partos no domicílio, visto que esta população reside em área periférica mas de fácil acesso a hospitais. Este resultado contraria em parte o que dizem Figueiredo Junior e Martino (1995) sobre a ocorrência de nascimentos extra-hospitalares. Segundo estes autores, os partos domiciliares ocorrem em regiões pobres, afastadas, onde o pré-natal é precário e inexistente transporte pré-hospitalar. Não é o que ocorre na região estudada pois, apesar de periférica, esta região é bem servida de transporte coletivo ou outros serviços de transporte como o do Corpo de Bombeiros e Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU).

5.1.3 Variáveis relativas ao recém-nascido

A seguir estão analisadas as variáveis sexo, peso e Apgar dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM.

5.1.3.1 Sexo e peso ao nascer

Quanto à variável sexo do recém-nascido de risco, foram encontrados 48,3% do sexo feminino e 51,7% do sexo masculino. Estes percentuais apresentam distribuição por sexo semelhante aos demais recém-nascidos de Porto Alegre no ano de 2000, onde o número de nascimentos do sexo masculino é discretamente maior do que os do sexo feminino (RIO GRANDE DO SUL, 2001).

Ao realizar a distribuição do peso do recém-nascido por sexo mostra uma pequena diferença: o percentual de recém-nascidos de baixo peso é maior no sexo feminino do que no sexo masculino. Na análise estatística não há associação estatisticamente significativa entre o sexo e peso dos recém-nascidos estudados.

Tabela 7 – Distribuição dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM segundo o sexo. Porto Alegre, 2002.

Sexo	n	%
feminino	97	48,3
masculino	104	51,7
Total	201	100,0

Fonte: Pesquisa direta. MACHADO, M.E. Coleta no banco de dados do SINASC. Porto Alegre, 1 jan./30 set. 2000.

O peso médio dos recém-nascidos estudados foi de 2741g, que é um peso considerado adequado pela OMS e OPAS (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1998), mas foi alta a incidência encontrada de baixo peso ao nascer pois 34,3% das crianças tiveram peso inferior a 2500g ao nascimento. No conjunto dos nascidos vivos da região de abrangência CSEM representam 14,7%.

De acordo com a OPAS, a incidência de baixo peso ao nascer nos países latino-

americanos varia entre 4,6 e 14,8% dos nascimentos. Assim sendo estes dados situam-se na margem superior dos achados descritos pela OPAS (SOLÍS, 1997). A elevada frequência encontrada neste grupo é relevante visto que esta variável, se vista isoladamente, pode ser determinante da sobrevivência da criança. Estão incluídos nestes resultados todos os recém-nascidos com menos de 2500g, independente da idade gestacional.

A elevada frequência de baixo peso neste grupo é relevante visto que esta variável, se considerada isoladamente, pode ser determinante da sobrevivência da criança. Estão incluídos nestes resultados todos os recém-nascidos com menos de 2500g, independente da idade gestacional.

Os dados encontrados confirmam que o baixo peso varia de acordo com as condições econômicas da população, pois esta incidência foi encontrada numa população periférica de uma grande cidade. Também esta variável caracteriza as diferenças sociais da população.

Quando analisada a proporção de prematuros e desnutridos intra útero entre os recém-nascidos de baixo peso, observa-se resultados semelhantes aos encontrados nos países desenvolvidos, onde é maior a proporção de prematuros entre os recém-nascidos de baixo peso, ao contrário das populações de países em desenvolvimento, onde a maioria dos recém-nascidos de baixo peso sofreram retardo do crescimento intra-uterino. Esta situação também é observada no total de recém-nascidos do município de Porto Alegre onde a maioria dos recém-nascidos de baixo peso são prematuros. Neste estudo a distribuição das crianças de baixo peso conforme a idade gestacional demonstra que do total de crianças de baixo peso, 62,3% foram prematuros e 37,7% tiveram idade gestacional maior do que 37 semanas.

O achado de alta incidência de baixo peso ao nascer é preocupante pois, segundo o que apontam os organismos nacionais e internacionais de saúde, o baixo peso é componente importante da mortalidade infantil e as intervenções para redução deste indicador devem ser prioritárias durante o pré-natal.

As ações neste sentido devem ter caráter intersetorial que visem garantir à gestante a alimentação essencial. Devem ser somados também os esforços para a captação e adesão das gestantes ao pré-natal a fim de que o tempo de acompanhamento pré-natal seja suficiente para as intervenções específicas de redução do número de recém-nascidos de baixo peso, quer sejam ações de recuperação nutricional das mães, quer sejam de prevenção da prematuridade.

Tabela 8 – Distribuição dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM segundo o peso ao nascer. Porto Alegre, 2002.

Peso (g)	n	%
< 2500	69	34,3
>= 2500	132	65,7
Total	201	100,0

Fonte: Pesquisa direta. MACHADO, M.E. Coleta no banco de dados do SINASC. Porto Alegre, 1 jan./30 set. 2000.

5.1.3.2 Apgar

O Apgar de 0 a 3 no quinto minuto que, segundo Giacomini (1997) está associado à déficit neurológico futuro, dado que foi apresentado por somente duas das crianças estudadas. Este resultado mostra que este não foi um determinante importante na caracterização da criança de risco. Há indicações na literatura que este dado é pouco confiável em função de registros deficientes nos hospitais. Este problema pode ser gerado pela simples falta de registro ou por pouco rigor na aferição das condições de nascimento frente os critérios da Tabela de Apgar. É possível também que a demanda de atendimento rápido a uma criança que nasce em más condições vitais prejudique a sua avaliação em tempo oportuno. Neste estudo, 10 crianças não tinham o registro do Apgar na DN, representando 3,9% do total,

demonstrando que a falta de registro de Apgar não é relevante no SINASC. Cabe lembrar que 08 nasceram, no domicílio onde esta avaliação não é realizada. Em função da qualidade dos registros e como esta é uma variável que não deve ser vista isoladamente, este resultado deve ser observado com reservas.

Tabela 9 – Distribuição dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM segundo o Apgar do quinto minuto. Porto Alegre, 2002.

Apgar	n	%
< 4	02	1,0
>= 4	189	99,0
Ignorado	10	
Total	201	100,0

Fonte: Pesquisa direta. MACHADO, M.E. Coleta no banco de dados do SINASC. Porto Alegre, 1 jan./30 set. 2000.

5.2 RECÉM-NASCIDOS ACOMPANHADOS E NÃO ACOMPANHADOS NO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA MURIALDO

Para descrever os recém-nascidos acompanhados e não acompanhados pelas equipes do CSEM, conforme os critérios de risco do Programa Pré-Nenê, foi realizada uma busca dos endereços das crianças em estudo, a partir de uma planilha fornecida pela EI da SMS, onde constava o número da DN, o nome da mãe e o seu endereço.

Constatou-se a mesma dificuldade com que se deparam os trabalhadores das UBS no seu cotidiano quando necessitam fazer busca de usuários nos domicílios. A numeração das casas é desorganizada, não existe coerência entre os números, falta indicação do nome das ruas ou os endereços são registrados de forma incompleta. Há também a situação em que as

casas têm até quatro números diferentes em função de cadastramentos realizados por distintos serviços municipais ou estaduais, como por exemplo, Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN), companhia distribuidora de energia elétrica e outros.

Os endereços existentes e não existentes foram chamados *endereço correto* e *endereço incorreto* e seus dados seguem na Tabela 10. Verificou-se que 34,8% dos endereços não existem como foi informado na planilha fornecida pela EI que, por sua vez, foi elaborada a partir dos dados constantes nas DN. Devido a erros na informação da mãe, nos registros dos hospitais ou da Secretaria Municipal de Saúde, a busca das crianças ficou prejudicada neste estudo como também ocorre no dia-a-dia das equipes de saúde.

Tabela 10 – Distribuição dos endereços das DN dos recém-nascidos de risco na região de atuação do CSEM. Porto Alegre, 2002.

Endereço	n	%
correto	131	65,2
incorreto	70	34,8
Total	201	100,0

Fonte: Pesquisa direta. MACHADO, M.E. Coleta de dados em domicílio por formulário. Porto Alegre, dez. 2001/fev.2002.

Mesmo inexistindo o endereço constante na listagem, as crianças foram procuradas pelo nome da mãe junto aos moradores de casas com números semelhantes, armazéns, creches e outros locais que pudessem prestar alguma informação. Desta forma foram localizados 21 endereços dos 70 incorretos. Assim, somente 49 endereços não foram encontrados por inexistirem. Ainda assim este foi o principal motivo de crianças não encontradas. O segundo motivo mais freqüente foi devido à mudança de endereço, que representou 31,3% das crianças não encontradas.

Tabela 11 – Distribuição dos motivos de crianças não encontradas, que nasceram com risco, na região de atuação do CSEM. Porto Alegre, 2002.

Motivos	n	%
endereço não encontrado	49	43,7
mudou-se	35	31,3
nunca morou	12	10,7
excedeu 3 visitas	10	8,9
ausente temporariamente	06	5,4
Total	112	100,0

Fonte: Pesquisa direta. MACHADO, M.E. Coleta de dados em domicílio por formulário. Porto Alegre, dez. 2001/fev. 2002.

Por meio destas informações foram encontradas apenas 89 crianças, representando 44,3% do total de 201 crianças. Destas 81 (91,0%), foram encontradas na primeira visita, e oito (9,0%) na segunda. O horário utilizado para a coleta de dados foi prioritariamente o turno da manhã. O retorno para a segunda visita ocorreu à tardinha ou aos finais de semana em função do horário de trabalho da mãe ou responsável.

Tabela 12 – Distribuição dos recém-nascidos de risco, da região de atuação do CSEM, conforme o tipo de acompanhamento durante o primeiro ano de vida. Porto Alegre, 2002.

Tipo de acompanhamento	n	%
não acompanhadas	41	46,1
acompanhadas no CSEM	31	34,8
acompanhadas em outro local	17	19,1
Total	89	100,0

Fonte: Pesquisa direta. MACHADO, M.E. Coleta de dados em domicílio por formulário. Porto Alegre, dez. 2001/fev. 2002.

Segundo o Programa Prá-Nenê é considerada *criança acompanhada* aquela que retornou ao serviço de saúde de referência para acompanhamento, no mínimo, sete vezes durante o primeiro ano de vida. Neste estudo foram associados os procedimentos *peso e medidas* e *exame físico*, além da frequência dos atendimentos, a fim de caracterizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Foram descartadas as

crianças que foram levadas ao serviço de saúde somente em função de alguma queixa de saúde. Estas foram chamadas *crianças não acompanhadas*.

Das 89 crianças encontradas, somente 48, representando 53,9%, realizaram sete ou mais consultas, onde foi realizado exame físico e verificação de peso e medidas, para o seu acompanhamento durante o primeiro ano de vida. Destas, 17 foram acompanhadas em outros serviços de saúde. Chama a atenção que 41 de 89 crianças, representando 46,1%, não foram acompanhadas de forma programada durante o seu primeiro ano de vida. Estas realizaram número insuficiente de consultas para o seu acompanhamento ou foram atendidas somente na livre demanda dos serviços de saúde pela busca de consultas médicas devido à problemas clínicos.

Quadro 1 – Distribuição das crianças acompanhadas e não acompanhadas durante o primeiro ano de vida segundo determinantes de risco ao nascimento. Porto Alegre, 2002.

Determinantes de risco	Acompanhadas				Não acompanhadas		Total por risco	% sobre o total de crianças encontradas
	CSEM		outro serviço		n	%		
	n	%	n	%			n	
Idade da mãe < 20 anos	18	40,0	06	13,3	21	46,7	45	50,6
Peso do RN < 2500g	07	27,0	07	27,0	12	46,0	26	29,2
Idade gestacional < 37 semanas	10	29,4	05	14,7	19	55,9	34	38,6
Parto domiciliar	-	-	-	-	03	100,0	03	3,4
Gravidez gemelar	02	50,0	01	25,0	01	25,0	04	4,5
Mãe analfabeta	02	50,0	01	25,0	01	25,0	04	4,7
Apgar 5 min < 4	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Pesquisa direta. MACHADO, M.E. Coleta de dados em domicílio por formulário. Porto Alegre, dez. 2001/fev. 2002.

- indica valor ou percentual igual a zero

O Quadro 1 mostra a distribuição das crianças acompanhadas e não acompanhadas durante o primeiro ano de vida segundo determinantes de risco ao nascimento. A discussão destes achados está apresentada com números absolutos em função de serem quantitativos muito pequenos.

De todos os determinantes de risco apresentados o mais freqüente foi a idade da mãe: 18 crianças, das 31 acompanhadas no CSEM tinham mães com menos de 18 anos de idade. O determinante de risco menos freqüente foi o Apgar. Nenhuma criança do grupo que foi encontrado apresentou Apgar menor do que 4 no quinto minuto de vida.

Das crianças encontradas, 26 apresentaram baixo peso ao nascer. Destas, 7 foram acompanhadas no CSEM e 7 em outros serviços. Perfazendo o total de 14. Chama a atenção que 12 crianças que tiveram baixo peso ao nascer não foram acompanhadas no seu primeiro ano de vida por nenhum serviço de saúde, apesar de possuírem endereço fixo na região de abrangência do CSEM. O baixo peso é um determinante importante do adoecimento e morte das crianças, portanto o acompanhamento de crianças menores de um ano deve ser prioridade em todos os serviços de saúde, os quais deveriam realizar buscas destas crianças a fim de prevenir complicações associados à condição de saúde.

Com relação à idade gestacional < 37 semanas, 34 crianças do estudo apresentaram este risco ao nascimento, sendo que entre estas 26 nasceram com baixo peso. Do conjunto de crianças que nasceram prematuras 10 foram acompanhadas no CSEM e 5 em outros locais. Observa-se que 19 destas crianças não foram acompanhadas em nenhum serviço de saúde. Cabe destacar que neste grupo encontram-se RN que apresentaram pelo menos dois fatores de risco: baixo peso e prematuridade.

Da mesma forma que o baixo peso ao nascer, este dado é preocupante pois a idade gestacional inferior a 37 semanas pode determinar as condições de sobrevivência da criança e tem importante participação nos indicadores de mortalidade infantil em todo o mundo.

Das 89 crianças encontradas, 3 nasceram no domicílio indicando falta de assistência ao parto. Destas, nenhuma foi acompanhada conforme orientação o Programa Pré-Nenê.

Ainda no Quadro 1 observa-se que 4 crianças que nasceram com determinante de risco foram de partos gemelares. Destas, 2 tiveram seu crescimento e desenvolvimento

acompanhados durante o primeiro ano de vida no CSEM. Das demais, uma foi acompanhada em outro serviço e uma não teve acompanhamento. É importante frisar que o nascimento gemelar pode estar associado a baixo peso ou a prematuridade, aumentando muito seu potencial como determinante das condições de vida da criança.

A mãe analfabeta foi o risco ao nascimento apresentado por 4 das crianças encontradas. Duas foram acompanhadas no CSEM e uma acompanhada em outros serviços de saúde e uma não foi acompanhada durante o seu primeiro ano de vida conforme estabelecido pelo Programa Pré-Nenê.

5.3 LOCAL, FREQUÊNCIA E AÇÕES DE SAÚDE PRESTADAS AO RECÉM NASCIDO DE RISCO

Das 89 crianças encontradas, 67 foram levadas para atendimento no CSEM e 22 em outros locais, representando respectivamente 75,3 e 24,7% do total. Apesar da maioria das crianças ter sido levada ao CSEM, este serviço não atendeu as crianças em número de consultas e procedimentos adequados ao seu acompanhamento, pois quando caracterizadas as *crianças acompanhadas*, observa-se que somente 31 realizaram acompanhamento sistemático do seu crescimento e desenvolvimento nas suas Unidades Básicas de referência e 17 em outros locais, representando 34,8% e 19,1% do total de 89 crianças, respectivamente.

Tabela 13 – Distribuição dos demais locais onde foram atendidas as crianças da região de atuação do CSEM no 1º ano de vida. Porto Alegre, 2002.

Local	n	%
Hospital da PUC	08	36,4
Hospital Presidente Vargas	06	27,3
Pediatra particular	03	13,6
Outros serviços	05	22,7
Total	22	100,0

Fonte: Pesquisa direta. MACHADO, M.E. Coleta de dados em domicílio por formulário. Porto Alegre, dez. 2001/fev. 2002.

Dos recém-nascidos que nasceram com algum risco na região de atuação do CSEM 41 crianças, correspondendo a 46,1%, não foram acompanhadas em nenhum serviço de saúde, comparecendo apenas quando apresentavam algum problema de saúde ou realizando consultas esporádicas.

Dos demais locais que atenderam as crianças de risco estudadas, o mais freqüente foi o ambulatório do Hospital São Lucas da PUC, que atendeu oito crianças. Este achado pode ser explicado pela proximidade daquele local, pelo fato das crianças terem em grande número nascido naquele hospital e também por serem recém-nascidos de risco que, de alguma forma, permaneceram vinculados ao hospital após o nascimento. Situação semelhante observa-se com relação ao Hospital Presidente Vargas que foi o segundo local mais freqüente no atendimento das crianças do estudo.

Além destes locais, outros serviços de saúde foram citados, demonstrando uma dispersão daquela população com relação à busca de atendimento.

Tabela 14 – Distribuição dos motivos da busca por consultas de ambulatório no CSEM. Porto Alegre, 2002.

Motivos	n	%
Infecções respiratórias	11	44,0
Febre	05	20,0
Infecções intestinais	02	8,0
Outros	07	28,0
Total	25	100,0

Fonte: Pesquisa direta. MACHADO, M.E. Coleta de dados em domicílio por formulário. Porto Alegre, dez. 2001/fev. 2002.

Os recém-nascidos que foram atendidos em consultas de ambulatório no CSEM por demanda espontânea, em função de alguma queixa, representaram 28% do total dos estudados. Este tipo de atendimento revela que 25 crianças que deveriam ter o seu crescimento e desenvolvimento acompanhado sistematicamente, só foram atendidas em função da demanda por consultas médicas. A queixa mais freqüente para procura de atendimento foi “problemas respiratórios”. Se incluídas todas as infecções respiratórias que

foram relatadas como bronquite, pneumonia e gripe chega-se a 44% dos motivos de atendimento no CSEM. Estes dados confirmam que as infecções respiratórias apresentam alta prevalência nas populações pobres, sendo componentes importantes nas taxas de mortalidade infantil (CUNHA; SILVA; AMARAL, 2001). A intervenção sobre estes indicadores depende, além de fatores ambientais e socioeconômicos, das ações efetivas de pré-natal, parto e pós-natal imediato, como apontam Rego e Silva (1995).

As febres inespecíficas representaram 20% das queixas que motivaram consultas de ambulatório. As infecções diarréicas foram o motivo da busca do serviço em somente 8% dos casos. Nos demais locais a distribuição dos motivos que levaram às consultas de ambulatório foi semelhante.

Além das variáveis *local, frequência do atendimento e realização de antropometria (peso e medidas)*, foram utilizadas as variáveis *tipo e tempo de aleitamento materno, e vacinação* para avaliar a atenção de saúde prestada ao recém-nascido da região de atuação do CSEM.

A Tabela 15 mostra que das 89 crianças estudadas, 27% nunca foram amamentadas. Se juntadas as primeiras categorias de tempo de aleitamento materno, chega-se a 64,1% que receberam leite materno somente até três meses de idade. O tempo ideal de aleitamento, orientado pelo MS, que é de seis meses, foi encontrado somente em 12,3% das crianças estudadas. Vale ressaltar que estas crianças, tendo nascido com alguma situação de risco, provavelmente permaneceram internadas após a alta hospitalar de suas mães. Esta é uma barreira importante ao aleitamento materno sendo por isso, fundamental o compromisso do hospital na manutenção da amamentação.

As rotinas e novas tecnologias hospitalares, se de um lado favorecem a melhoria das condições vitais, por outro lado, são desestímulos ao aleitamento materno, como aponta Faria (2001).

Desta forma, os dados encontrados sobre aleitamento materno dizem respeito tanto à atenção prestada à criança de risco pelas equipes das UBS como também dos hospitais onde as crianças ficaram internadas.

Estes achados reafirmam o que diz Faria (2001), quando descreve que o estímulo ao aleitamento materno, que consta em todos os programas de saúde da criança, ainda são insuficientes pois a mediana de aleitamento materno exclusivo no Brasil, em 1996, era de pouco mais de um mês, dados muito próximos dos que foram encontrados.

O aleitamento materno é de alta relevância no contexto da saúde pública. Assim, todos os esforços devem ser empenhados para garantir aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança por sua ação imunológica, além dos benefícios ao desenvolvimento neurológico e emocional (RIO GRANDE DO SUL, 1997a).

Tabela 15 – Distribuição do tempo de aleitamento materno entre os recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM. Porto Alegre, 2002.

Tempo	n	%
Nunca	24	27,0
Até um mês	10	11,2
Até dois meses	07	7,9
Até três meses	16	18
Até quatro meses	09	10,1
Até cinco meses	05	5,6
Até seis meses	11	12,3
Mais de seis meses	07	7,9
Total	89	100,0

Fonte: Pesquisa direta. MACHADO, M.E. Coleta de dados em domicílio por formulário. Porto Alegre, dez. 2001/fev. 2002.

Na Tabela 16 está demonstrado que 83,1% das crianças tinham as vacinas em dia no momento da coleta de dados. A correta vacinação é uma condição fundamental para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança e a meta dos serviços é que 100% estejam com vacina em dia. Ainda assim, 7,9% das crianças estudadas tinham pelo menos uma vacina em atraso.

Este achado é semelhante à cobertura vacinal no município de Porto Alegre, no ano de 2001 (VILARINO; PUSTAI, 2002). Considerando que este é um estudo com crianças que tiveram risco ao nascimento, este percentual é elevado pois estas crianças deveriam ter prioridade em todos os serviços.

Observou-se ainda 8 crianças que não tinham registro de vacina no Cartão da Criança por estarem utilizando a sua segunda via.

Tabela 16 – Distribuição da situação da vacinação dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM. Porto Alegre, 2002.

Vacina em dia	n	%
Sim	74	83,1
Não	07	7,9
Sem registro de vacina	08	9
Total	89	100,0

Fonte: Pesquisa direta. MACHADO, M.E. Coleta de dados em domicílio por formulário. Porto Alegre, dez. 2001/fev. 2002.

A seguir estão apresentados os resultados referentes à *ocorrência e motivos de internações hospitalares* assim com a *condição de nutrição da criança* ao final do primeiro ano de vida. Estas variáveis foram utilizadas como indicadores da condição de saúde da criança no seu primeiro ano.

A maioria das crianças, 59, representando 66,3% do total, não tiveram nenhuma internação hospitalar durante o primeiro ano de vida.

Das 30 crianças que tiveram internações hospitalares, 40% internaram uma vez, 50% de uma a três vezes e 10%, mais de três vezes.

Tabela 17 – Distribuição do número de internações hospitalares durante o primeiro ano de vida dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM. Porto Alegre, 2002.

Número de internações	n	%
Uma vez	12	40,0
1 a 3 vezes	15	50,0
> 3 vezes	03	10,0
Total	30	100,0

Fonte: Pesquisa direta. MACHADO, M.E. Coleta de dados em domicílio por formulário. Porto Alegre, dez. 2001/fev. 2002.

Estas internações foram as que ocorreram após a alta hospitalar por ocasião do nascimento. Não aparecem nestes dados os casos em que as crianças permaneceram no hospital após alta da mãe. Este dado refere-se, portanto, a problemas de saúde ocorridos no domicílio da criança. É alto o número de crianças que tiveram mais de uma internação, no entanto, por se tratar de um grupo composto apenas por crianças que apresentaram riscos à saúde ao nascer, não é possível confirmar o que relatam Cusminsky e Suárez Ojeda (1988) que o risco ao nascimento permanece durante o primeiro ano de vida.

A recorrência das internações das 30 crianças totalizou 47 internações. As infecções respiratórias, assim como nas consultas de ambulatório, também foram o principal motivo das internações hospitalares para 53,2% das crianças. Se somadas a esta categoria as internações por asma, chega-se a 59,6%. O segundo motivo mais freqüente de internações hospitalares foram as infecções diarreicas. Estas duas categorias juntas somam 72,4% dos motivos das internações hospitalares. Estas são também as principais causas de óbito de crianças em todo o mundo e por isso constam com prioridades em todos os protocolos de atendimento de crianças que são recomendados pelos organismos nacionais e internacionais de saúde. Portanto, as intervenções precoces para o diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas, respiratórias e diarreicas, podem impactar positivamente nestes resultados.

Tabela 18 – Distribuição dos motivos das internações hospitalares ocorridas durante o primeiro ano de vida dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM. Porto Alegre, 2002.

Motivos de internações	n	%
Infecções respiratórias	25	53,2
Infecções diarreicas	06	12,8
Asma	03	6,4
Outros	13	27,6
Total	47	100,0

Fonte: Pesquisa direta. MACHADO, M.E. Coleta de dados em domicílio por formulário. Porto Alegre, dez. 2001/fev. 2002.

Para avaliação da condição de nutrição foi observado o último registro de peso do primeiro ano de vida, no Cartão da Criança. Este é um documento importante que a mãe ou responsável deve portar a cada atendimento em qualquer serviço de saúde.

Segundo o MS (BRASIL, 1996), a desnutrição é responsável pela morte de milhões de crianças. Assim, é muito importante que os serviços façam o registro do peso no gráfico peso-idade pois esta relação mostra rapidamente o progresso ou os problemas nutricionais da criança. As equipes de saúde devem aproveitar todas as oportunidades em que a criança é atendida para verificar seu peso e registra-lo no cartão. Estes registros são fundamentais para todos os profissionais de saúde que atenderem a criança em qualquer serviço de saúde pois auxiliam na detecção precoce do risco nutricional, assim como permite que a mãe acompanhe o crescimento e desenvolvimento do seu filho.

Das 89 crianças estudadas, 81 tinham Cartão da Criança, representando 91,4%. Apesar de ser alto o percentual de crianças que tinham cartão, chama a atenção a baixa qualidade dos registros: 18,6% das crianças não tinham nenhum registro do seu peso e somente 45,6% tinha algum registro do peso no último trimestre, do seu primeiro ano de vida.

Tabela 19 – Distribuição do último registro de peso no Cartão da Criança dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM. Porto Alegre, 2002.

Registro do peso	n	%
Não tem registro	15	18,6
Ao nascer	03	3,7
1 mês	01	1,2
2 meses	01	1,2
3 meses	03	3,7
4 meses	03	3,7
6 meses	05	6,2
7 meses	05	6,2
9 meses	08	9,9
10 meses	06	7,4
11 meses	04	4,9
12 meses	27	33,3
Sem cartão	08	
Total	89	100,0

Fonte: Pesquisa direta. MACHADO, M.E. Coleta de dados em domicílio por formulário. Porto Alegre, dez. 2001/fev. 2002.

Considerando que 53,9% foram consideradas crianças acompanhadas durante o primeiro ano de vida, observa-se que realizar o registro do peso da criança no cartão à cada consulta ainda não constitui uma prática plena nos serviços de saúde.

Este percentual é baixo se considerado que este é um registro obrigatório a cada atendimento da criança (RIO GRANDE DO SUL, 1997a). Faz parte de todos os protocolos de atendimento à criança instituídos no país que são trabalhados no CSEM e este é um serviço-escola que especializa profissionais de saúde para a área de saúde coletiva sendo a nutrição uma parte importante da integralidade da atenção à saúde infantil.

Tabela 20 – Distribuição da posição do peso dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM na curva de crescimento do Cartão da Criança. Porto Alegre, 2002.

Posição na curva de crescimento	n	%
Dentro dos limites	53	80,3
Acima do limite superior	02	3,0
Abaixo do limite inferior	11	16,7
Total	66	100,0

Fonte: Pesquisa direta. MACHADO, M.E. Coleta de dados em domicílio por formulário. Porto Alegre, dez. 2001/fev. 2002.

Quanto à posição do peso na curva de crescimento, a Tabela 20 mostra que, excetuando as crianças sem registro e sem cartão, obteve-se um grupo de 66 marcações de peso distribuídas durante todo o primeiro ano de vida. Destas 66 crianças, 80,3% estavam com o último peso do primeiro ano de vida dentro dos limites da curva; 16,7% das crianças encontravam-se abaixo do limite inferior da curva de crescimento. Quando analisado o último trimestre, observa-se que 37 crianças, representando 56% do total, tiveram o último registro de seu peso neste período. Destas 13,7% estavam a abaixo do limite inferior da curva de crescimento.

A não recuperação do estado nutricional destas crianças durante o primeiro ano de vida pode estar relacionada à falta de alimentação ou fatores externos como ocorrência de infecções, conforme apontam Rouquayrol e Almeida Filho (1999).

Mais uma vez ratifica-se a importância de intervenções precoces sobre o binômio desnutrição-infecção, que é o responsável pela elevação dos indicadores de mortalidade infantil numa população (HEALY, 2000).

6 CONCLUSÕES

Este estudo teve o objetivo de conhecer a atenção de saúde prestada ao recém-nascido de risco da região de atuação do CSEM. Foram utilizados os critérios do Programa Pré-Nenê visto ser este o programa de atenção à saúde infantil concebido pela SMS para as todas as crianças de Porto Alegre e que deve ser executado por todas as equipes de saúde do município.

Ao caracterizar os recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM observou-se, nas variáveis relativas à mãe, que a idade materna foi um determinante de risco importante no grupo estudado. O percentual de 45,3% de mães adolescentes, ou menores de 18 anos, aponta para a necessidade de ações intersetoriais destinadas especificamente à esta faixa etária, pois este é um determinante de risco ao nascimento que permanece durante o crescimento da criança devido à situação social de reprodução do estado de pobreza gerada pela gestação na adolescência. O alto percentual encontrado, 45,8%, de mães que não concluíram o ensino fundamental, da mesma forma, significam impacto direto na condição da mãe em cuidar do seu filho, como também no sucesso de programas de saúde infantil.

O estudo mostrou também que ainda há adolescentes analfabetas naquela região pois, entre as estudadas, foram encontradas cinco recém-nascidos de mãe sem instrução.

As variáveis relativas à gestação e parto mostraram que o pré-natal adequado em número de consultas não foi realizado pelo grupo estudado. Somente um terço das mães realizaram sete ou mais consultas de pré-natal. O percentual de 42,7% de prematuros encontrados no estudo alerta também para a qualificação do pré-natal.

Com relação às variáveis que se referem aos recém-nascidos, o peso merece destaque por sua relevância na sobrevivência infantil. Dos recém-nascidos do estudo, 34,3% tiveram

baixo peso ao nascer. Este foi um determinante importante para inclusão das crianças no estudo, pois se considerado o total de nascidos naquele local e período, o percentual de baixo peso foi de 14,7%. Ainda assim, este percentual é elevado pois se encontra no limite superior da faixa aceita pela OPAS para a ocorrência de baixo peso nos países da América Latina é de 4,6 a 14,8%.

A descrição dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM mostrou a desigualdade existente neste bairro de Porto Alegre. Todas as variáveis analisadas mostraram resultados compatíveis com indicadores de populações pobres, residentes nas periferias das grandes cidades. Os resultados encontrados podem também ser considerados como elucidativos dos fatores que determinam o alto coeficiente de mortalidade infantil naquela região.

A descrição das crianças acompanhadas e não acompanhadas, segundo critérios do Programa Pré-Nenê, mostrou que o risco mais freqüente à saúde da criança foi a idade da mãe: 50,6% das crianças encontradas tinham mães menores de 18 anos. O segundo determinante de risco mais freqüente foi a idade gestacional: 38,6% foram prematuros. O baixo peso ao nascer foi observado em 29,2% das crianças encontradas. Estas crianças têm maior risco de adoecimento e morte durante o seu crescimento e devem ter prioridade no atendimento em qualquer serviço de saúde. Se não comparecerem espontaneamente às UBS devem se buscadas por meio de visita domiciliar. Neste aspecto o estudo apontou que a maioria das crianças que apresentaram baixo peso, prematuridade e mãe adolescente não tiveram o seu crescimento e desenvolvimento acompanhado sistematicamente durante o primeiro ano de vida. A atenção prestada foi, prioritariamente, a partir da demanda por consultas médicas, em função de algum problema clínico apresentado pela criança.

No período estudado, a programação de ações sistemáticas de saúde infantil, a partir da responsabilidade das equipes com uma população adstrita, foi aquém do estabelecido pelo

Programa Prá-Nenê. Este, por sua vez, traduz para o município de Porto Alegre as orientações dos organismos nacionais e internacionais de saúde sobre esta questão.

Do total de 89 crianças encontradas, somente 31 foram acompanhadas, ou seja, receberam atendimento durante o primeiro ano de vida, no CSEM, em número e procedimentos adequados para garantir o seu crescimento e desenvolvimento saudável, conforme recomendações do Programa Prá-Nenê. Os demais serviços que atenderam os recém-nascidos de risco daquela região foram, prioritariamente, os hospitais, provavelmente onde estes nasceram e com os quais estabeleceram vínculo.

Para avaliar a atenção de saúde prestada ao recém-nascido da região de atuação do CSEM foram analisadas as variáveis tipo e tempo de aleitamento materno e vacinação.

O aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança, que é preconizado pelo MS, ocorreu em somente 12,3% das crianças. Este resultado abaixo do esperado pode estar relacionado com as consultas de pré-natal, cujo número reduzido pode ter sido insuficiente para as equipes utilizarem estratégias de sensibilização e preparo da mãe para o aleitamento materno.

Ao analisar a vacinação das crianças, pôde-se observar, através dos registros no Cartão da Criança e pelas respostas das mães, que a vacinação não faz parte do acompanhamento sistemático da criança na UBS. Apesar do grande número de crianças que não receberam atendimento sistemático, os resultados referentes à vacinação são semelhantes em cobertura ao total de crianças daquela região, naquele período.

A condição de saúde da criança foi analisada através da ocorrência, motivos de internações hospitalares e a condição de nutrição: 50% das crianças tiveram de uma a três internações hospitalares durante o primeiro ano de vida. As infecções respiratórias foram o principal motivo das internações. Este resultado ratifica a importância das ações específicas de diagnóstico precoce e tratamento deste tipo de afecção. O pequeno número de internações

por doenças diarreicas pode estar relacionado com a capacidade resolutiva das UBS nesta área ou pelo período estudado ter sido prioritariamente nos meses de inverno, nos quais a prevalência de problemas respiratórios em crianças é alta.

Foi relevante o achado referente ao registro do peso da criança na curva de crescimento constante no Cartão da Criança, pois 18,6% das crianças não tinham nenhum registro de peso no cartão, demonstrando que o registro do peso não é uma prática utilizada pelas equipes no seu cotidiano. Este resultado é compatível com os achados referentes ao número de crianças que não foram acompanhadas como determina o Programa Pré-Nenê, mas, mesmo nas consultas ambulatoriais, onde é rotina a pesagem da criança, o registro do peso no cartão não é realizado.

O registro de peso mais encontrado foi aos doze meses, quando 33,3% das crianças tinham este registro. Os achados apontaram que cerca de 80% das crianças estavam com o peso dentro dos limites da curva de crescimento, no momento em que foi registrado o último peso, o que configura boa condição de nutrição. Não foi possível analisar a condição nutricional ao final do primeiro ano de vida, ou se houve recuperação durante este período. Em função dos últimos registros de peso estarem dispersos em todos os meses do primeiro ano, os achados foram pouco conclusivos neste aspecto.

No geral, as condições desfavoráveis ao crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças puderam ser observadas em todas as variáveis estudadas, relativas a este grupo de nascidos de risco, da região de atuação do CSEM.

7 COMENTÁRIOS FINAIS

No que diz respeito ao pré-natal, é preciso que os serviços de referência criem estratégias de captar precocemente as mães e, além disso, que estabeleçam vínculo com as gestantes, a fim de aumentar o número de consultas de pré-natal como também para que as mães levem espontaneamente seus filhos aos serviços de saúde para o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento. É importante um olhar mais atento sobre as mães adolescentes, que foram a maioria neste estudo. Elas buscam menos os serviços e têm mais dificuldade de estabelecer vínculos institucionais. A estas deve ser proporcionada melhor acolhida e busca ativa nos casos de abandono do pré-natal.

É preciso que além das medidas já citadas, de vinculação das mães aos serviços, estes disponham dos meios que garantam uma gestação saudável. São fundamentais os recursos diagnósticos e de tratamento precoce das intercorrências da gestação a fim de reduzir a ocorrência de prematuridade.

Com relação ao aleitamento materno, as estratégias devem ser revistas pelas equipes das UBS, pois foi reduzido o número encontrado de crianças que foram amamentadas.

Estas estratégias também devem ser intensificadas pelas equipes dos hospitais, pois estas crianças, por terem nascido com algum risco, permaneceram no hospital após a alta da mãe. Sabe-se que os procedimentos hospitalares contribuem para a perda do aleitamento materno exclusivo. Esta situação é mais marcante se o risco do nascimento foi o baixo peso ou a prematuridade como ocorreu com a maioria das crianças deste estudo. Estas situações, além da debilidade da criança, demandam procedimentos de recuperação do estado nutricional que interferem diretamente na prática do aleitamento materno.

Os aspectos referentes às imunizações mostraram que são perdidas oportunidades de

vacinação das crianças. Em primeiro lugar, este procedimento não faz parte do acompanhamento sistemático da criança. Isto foi percebido já no estudo piloto. Mesmo na prática de livre demanda, onde a criança retorna à UBS em função de algum problema clínico, não podem ser desperdiçados estes retornos para atualizar o estado vacinal da criança.

Pelo conjunto dos achados pode-se inferir que a qualidade das intervenções, de parte dos serviços, determinam melhores ou piores condições de saúde mais adiante. As consultas de pré-natal em número insuficiente podem levar ao baixo peso e/ou prematuridade da criança que, por sua vez, gera a necessidade da permanência no hospital, que contribui para a perda do aleitamento materno exclusivo. Esta situação é um dos determinantes da ocorrência de infecções infantis e assim por diante. Assim, intervenções programadas e executadas precocemente e com qualidade podem inibir uma cadeia de sucessivos eventos desfavoráveis à saúde da criança.

Os dados referentes à pesagem e registro do peso da criança são preocupantes, uma vez que o CSEM é um centro que especializa profissionais em saúde coletiva e entre as categorias que fazem parte da Residência Integrada está a nutrição que é uma área envolvida diretamente com a vigilância nutricional. Portanto, o registro do peso da criança deveria ser prática corrente naquele serviço.

Foi observado que ainda há um distanciamento entre o que determina o Programa Pré-Nenê e o atendimento que é prestado pelos serviços de saúde.

A atenção integral à saúde da criança, de forma programada, tem se constituído em importante estratégia de intervenção buscada pelos serviços de saúde, especialmente pelas Unidades Básicas. Há empenho neste sentido de parte das instituições de saúde pois em todos os protocolos de saúde da criança, a atenção programada e sistemática está presente. Da mesma forma, serviços são estruturados visando a interdisciplinaridade. A capacitação das equipes de saúde para a incorporação do planejamento de ações, a partir das necessidades e uti-

lizando indicadores locais, tem sido observada, em maior ou menor escala, em todos os serviços. Por outro lado, as instituições formadoras de profissionais de saúde reestruturaram seus programas curriculares buscando transformar as práticas de saúde. É preciso passar do modelo de atenção médica, esgotado por sua pouca efetividade, para o modelo da vigilância da saúde.

Este cenário é de transformação de práticas, de rupturas de paradigmas. É o momento de mudar a forma de ver os problemas de saúde e intervir sobre eles. É tarefa árdua para os gestores dos sistemas de saúde e desafiadora para as equipes que prestam assistência direta à população.

Neste contexto encontra-se o CSEM, uma instituição que faz ensino em serviço. Habilita profissionais de saúde para trabalharem em equipe e intervirem sobre os problemas de uma população adstrita há muitos anos. Busca esta transformação de modelo de atenção mesmo antes desta mudança ser contemplada nas políticas de saúde. Ainda assim, a Instituição se ressentiu de todos os obstáculos típicos de grandes transformações.

Este estudo mostrou que a programação de ações de atenção à saúde da criança ainda não está satisfatoriamente incorporada ao cotidiano das equipes pois foi encontrado um número elevado de crianças que nasceram com risco e que não foram acompanhadas durante o seu primeiro ano de vida nem pelo CSEM e nem por nenhum outro serviço de saúde.

Os resultados encontrados são compatíveis, de um lado, com a pobreza e a exclusão da população e, de outro, com o estágio atual de consolidação do Sistema Único de Saúde apontando para a necessidade de transformações no aparelho formador de profissionais de saúde, que ainda mantém a ênfase no modelo biomédico e curativo de atenção à saúde.

Estes achados no entanto, são passíveis de intervenções intersetoriais, de políticas públicas integradas que visem melhorar a qualidade de vida das famílias, o que tem reflexos diretos na situação de saúde das crianças.

Além das intervenções mais abrangentes, é possível apontar algumas intervenções

focalizadas, a serem realizadas pelo sistema de saúde, naquele local representado pelo CSEM, o qual tem uma grande população sob sua responsabilidade. Os achados apontam para a melhoria da qualidade no atendimento do pré-natal, para a necessidade de acolhimento e vínculo mais consistente entre as equipes e a população, para a programação de ações específicas de saúde da criança, para a utilização dos critérios de risco na organização do atendimento. Enfim, para a necessidade de vencer a lógica da livre demanda dos serviços, especialmente com relação a crianças.

Este estudo mostrou também a necessidade de melhorias no Programa Pré-Nenê, especialmente no que tange à qualidade dos registros, pois foi grande a dificuldade para encontrar as crianças, a partir dos registros da DN, que é o documento básico do Pré-Nenê. É preciso conscientização das pessoas que coletam as informações, como também das que alimentam o sistema, de que cada número digitado, cada palavra mal escrita representa a vida de uma criança. Encontrar o endereço é o primeiro passo para assegurar à criança uma melhor condição para o seu crescimento e desenvolvimento saudável.

Além das intervenções sobre os problemas encontrados, esta pesquisa suscita outros estudos. Por ser um estudo descritivo, desvenda uma série de situações que abrem questionamentos. Cada situação desvendada se apresenta como um desafio de decifrá-la melhor, de compreendê-la. Este estudo mostrou a atenção prestada ao recém-nascido de risco no primeiro ano de vida. Os resultados foram referentes a região de atuação do CSEM como um todo. Pode-se perguntar se existem diferenças entre as UBS e quais seriam os motivos desta diferença; qual a repercussão na vida das crianças, após o seu primeiro ano, das situações encontradas? Por que o número de crianças acompanhadas sistematicamente foi baixo? Que estes questionamentos possam ser respondidos por outros estudos.

Enfim, os questionamentos são intermináveis e aí talvez resida o encanto da pesquisa: a busca incessante por respostas.

REFERÊNCIAS

ALLEYNE, George A. O. Prólogo. *In*: BENGUIGUI, Yehuda *et al.* **Ações de saúde materno-infantil a nível local**: segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância. Washington, DC: OPAS, 1997. 283 p. p. xxv.

BARROS, Aidil de Jesus Paes de; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Projeto de pesquisa**: propostas metodológicas. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1990. 102 p.

BASTOS, Francisco de Avelar; MACHADO, Maria Élide. **Uma Cachoeira de saúde**: técnica e política construindo o SUS em Cachoeira do Sul: RS. Porto Alegre: EVANGRAF, 1996. 142 p.

BENGUIGUI, Yehuda *et al.* **Ações de saúde materno-infantil a nível local**: segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância. Washington, DC: OPAS, 1997. 283 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Medidas vitais**: um desafio de comunicação. Brasília, DF: P & Ia, 1993. 89 p.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Centro de Referência em Vigilância Nutricional da Região Centro-Oeste. **Vigilância nutricional. antropometria**: manual de técnicas e procedimentos. Goiânia, 1996. 52 p.

_____. Ministério da Saúde. Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP). **Bases programáticas**. Brasília, DF, 1991. 94 p.

_____. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. **Informações para gestores e técnicos**. 3. ed. Brasília, DF, 2000a. 35 p.

_____. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Mulher. **Assistência pré-natal**: normas e manuais técnicos. 3. ed. Brasília, DF, 1999. 52 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. **Manual de assistência ao recém-nascido**. Brasília, DF, 1994. 132 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Gestação de alto risco**. Brasília, DF, 2000b. 164 p.

BRAVEMAN, Paula A.; TARIMO, E. **El reconocimiento sistemático en atención primária de salud**: determinación de prioridades com recursos limitados. Ginebra: OMS, 1996. 214 p.

COELHO, Vera Câmara. A experiência sobre planejamento e programação da vigilância à saúde nos distritos sanitários de Fortaleza. *In*: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.).

Planejamento e programação local da vigilância da saúde no distrito sanitário. Brasília, DF: OPAS/OMS, 1994. 109 p. (Série desenvolvimento de saúde, n. 13). p. 97-101.

CUNHA, Antônio José Ledo Alves da; SILVA, Maria Eunice Fontenele Sabóia; AMARAL, João J. F. A estratégia de “Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI” e sua implantação no Brasil. **Revista de Pediatria do Ceará**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 33-38, jan./abr. 2001.

CUSMINSKY, Marcos; SUÁREZ OJEDA, Elbio Néstor. Crecimiento y desarrollo: salud de niño y calidad de vida del adulto. *In*: CRECIMIENTO y desarrollo: hechos y tendencias. Washington, DC: OPS/OMS, 1988. 628 p. p. 3-19. (Publicación científica, n. 510).

FARIA, Renata Mercês Oliveira de. Redes de ajuda e amamentação. **Revista de APS**: atenção primária à saúde, Juiz de Fora, MG: NATES, v. 3, n. 7, p. 15-23, dez. 2000/maio 2001.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 2128 p.

FIGUEIREDO JUNIOR, Israel; MARTINO, Márcia de. Nascimento extra-hospitalar não programado. **Arquivos Brasileiros de Pediatria**, Rio de Janeiro: Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p. 137-140, set./out. 1995.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. **Segregação urbana e mortalidade em Porto Alegre**. Porto Alegre, 1986. 212 p.

GIACOMINI, Carlos Homero. Por uma lógica dialética no processo sócio-histórico de construção do Distrito Sanitário: planejamento e programação local na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. *In*: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Planejamento e programação local da vigilância da saúde no Distrito Sanitário**. Brasília, DF: OPAS/OMS, 1994. 109 p. (Série desenvolvimento de saúde, n. 13). p. 61-87.

GIACOMINI, Clarice. O exame físico do recém-nascido. *In*: MIURA, Ernani; PROCIANOY, Renato (Org.). **Neonatologia**: princípios e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 656 p. p. 105-14.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: DACASA, 2000. 180 p.

_____. ; CLOTET, Joaquim; FRANCISCONI, Carlos Fernando. **Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. 130 p.

HEALY, Bernadine. Lanzamiento de la iniciativa niños sanos: la meta del 2002. *In*: NIÑOS sanos: la meta de 2002. Washington, DC: OPAS/OMS, 2000. p. 16-18

KLAUS, Marshall H.; FANAROFF, Avroy A. **Alto risco em neonatologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 392 p.

KRUSE, Wilson; ABEICHE, Alberto Mantovani. **Assistência pré-natal**. Porto Alegre: Ed. da Universidade/UFRGS, 1992. 317 p.

LUZ, Anna Maria Hecker. **Mulher adolescente**: sexualidade, gravidez e maternidade. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999a. 234 p.

_____. Tenho 16 anos, dois filhos ... um dia vou me casar vestida de verde-bebê. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. especial, p. 143-156, 1999b.

MARTINS FILHO, José. Aleitamento materno. *In*: ALVES FILHO, Navantino; CORREA, Mario Dias. **Manual de perinatologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1995. 1117 p. p. 467-478.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). O planejamento local da vigilância da saúde no Distrito Sanitário. *In*: _____. **Planejamento e programação local da vigilância da saúde no Distrito Sanitário**. Brasília, DF: OPAS/OMS, 1994. 109 p. (Série desenvolvimento de saúde, n. 13). p. 7-18.

MIURA, Ernani; PROCIANOY, Renato S. (Org.). **Neonatologia**: princípios e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 656 p. p.23.

NOGUEIRA, Maria Inês. **Assistência pré-natal**: prática de saúde a serviço da vida. São Paulo: HUCITEC, 1994. 157 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno**: o papel essencial dos serviços materno-infantis. Genebra: OMS/OPAS, 1989. 32 p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **A saúde no Brasil**. Brasília, DF: OPAS/OMS, 1998. 262 p.

PANIZZI, Wrauna Maria. Da legalidade à ilegalidade: a formação de microterritórios urbanos. *In*: OLIVEIRA, Naia; BARCELLOS, Tanya (Org.). **O Rio Grande do Sul urbano**. Porto Alegre: FEE, 1990. 262 p. p. 190-213.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 596 p.

PRÁ-SABER: informações de interesse à saúde. Porto Alegre: CEDIS, v. 2, n. 2, dez. 1997. 42 p.

_____. Porto Alegre: CEDIS, v. 4, n. 2, out. 1999a. 74 p.

_____. Porto Alegre: CEDIS, v. 4, n. 3, dez. 1999b. 106 p.

QUADROS, Ciro C. A. *et al.* Programa Ampliado de Inmunización (PAI). *In*: BENGUIGUI, Yehuda *et al.* **Acciones de salud materno-infantil a nivel local**: según las metas de la cumbre mundial em favor de la infancia. Washington, DC: OPAS, 1999. 285 p. p. 143-172.

REGO, Maria Albertina; SILVA, Benigno Rocha da. O pediatra na assistência perinatal. *In*: ALVES FILHO, Navantino; CORREA, Mario Dias. **Manual de perinatologia**. 2. ed. Rio de Janeiro, MEDSI, 1995. 1117 p. p. 25-34.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Informações em Saúde. **Estatísticas de nascimento**: nascidos vivos 1999 e 2000. Porto Alegre, 2001. 208 p. (Estatísticas de nascimento SINASC, v. 4).

_____. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde da Criança e do Adolescente. **Ações em saúde**: saúde da criança e do adolescente. Porto Alegre, 1997a. 50 p. (Normas técnicas e operacionais).

_____. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde da Mulher. **Ações em saúde**: saúde da mulher. Porto Alegre, 1997b. 94 p. (Normas técnicas e operacionais).

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 570 p.

SKLOVSKY, Edson *et al.* Gestação de alto risco. *In:* DUNCAN, Bruce; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 854 p. p. 189-196. (Série biomédica).

SOLÍS, José Antônio. Saúde reprodutiva e perinatal. *In:* BENGUIGUI, Yehuda *et al.* **Ações de saúde materno-infantil a nível local: segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância**. Washington, DC: OPAS, 1997. 283 p. p. 217-243.

SUÁREZ OJEDA, Elbio Néstor. Desenvolvimento integral da criança. *In:* BENGUIGUI, Yehuda *et al.* **Ações de saúde materno-infantil a nível local: segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância**. Washington, DC: OPAS, 1997. 283 p. p. 53-72.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luíza. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF: FNS, Centro Nacional de Epidemiologia, v. 7, n. 2, p. 7-28, abr./jun. 1998. ISSN: 0104-1673.

TESCH, Lenira; MACHADO, Maria Élide; CARVALHO, Rodney F. **Configuração epidemiológica dos nascidos vivos do município de Cachoeira do Sul: um estudo a partir do SINASC**. 1993. 77 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) - Escola de Saúde Pública [e] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1993.

UNICEF. **A infância brasileira nos anos 90**. Brasília, DF, 1998. 170 p.

VALENZUELA, Carmen; BENGUIGUI, Yehuda. Atenção integral em saúde materno-infantil e seus componentes. *In:* BENGUIGUI, Yehuda *et al.* **Ações de saúde materno-infantil a nível local: segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância**. Washington, DC: OPAS, 1997. 283 p. p. 27-52.

VILARINO, Maria Aparecida; PUSTAI, Adelaide Kreutz. Análise da cobertura vacinal 2001. **Boletim Epidemiológico**, Porto Alegre: Secretaria Municipal da Saúde, v. 5, n. 14, p. 3, fev. 2002.

YUNES, João; DIAZ, Adrián. A situação da saúde materno-infantil e suas tendências na América Latina e no Caribe. *In:* BENGUIGUI, Yehuda *et al.* **Ações de saúde materno-infantil a nível local: segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância**. Washington, DC: OPAS, 1997. 283 p. p. 1-16.

APÊNDICE A - Formulário para Coleta de Dados

APÊNDICE B - Autorização da Instituição

APÊNDICE C - Planilha de Orientações

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Informado

ANEXO A - SINASC – Declaração de Nascido Vivo

ANEXO B - Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamento

**ANEXO C - Centro de Saúde Escola Murialdo: área de atuação
por unidade básica de saúde**