

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**FÁTIMA MARTINEZ SLOMP**

**Assistência ao recém-nascido em uma unidade do**  
**Programa de Saúde da Família de Guarapuava – PR**

Ribeirão Preto

2005

FÁTIMA MARTINEZ SLOMP

**Assistência ao recém-nascido em uma unidade do  
Programa de Saúde da Família de Guarapuava – PR**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, convênio MINTER realizado entre a Universidade de São Paulo e a Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná. Inserida na linha de pesquisa: Assistência à Criança e ao Adolescente.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Débora Falleiros de Mello.

Ribeirão Preto

2005

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, EXCLUSIVAMENTE PELO PROCESSO DE REPRODUÇÃO FOTOESTÁTICO E PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

#### FICHA CATALOGRÁFICA

Slomp, Fátima Martinez.

Assistência ao recém-nascido em uma unidade do Programa de Saúde da Família (PSF) de Guarapuava – PR / Fátima Martinez Slomp; orientadora Débora Falleiros de Mello. – Guarapuava, 2005.

74 f.: il.; 30 cm

Dissertação (Mestrado — Programa de Pós-Graduação. Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Recém-nascido. 2. Cuidados de saúde. 3. Enfermagem.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Fátima Martinez Slomp

Assistência ao recém-nascido em uma unidade do Programa Saúde da Família de Guarapuava-PR

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, no Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, convênio MINTER realizado entre a Universidade de São Paulo e a Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

*A Deus,  
por ter estado sempre presente na minha vida.*

*A meu marido,  
por não medir esforços para me ajudar a chegar até aqui.*

*A meus filhos  
Amanda, Pablo e Rafael, por compreenderem minhas ausências.*

*A Universidade Estadual do Centro-Oeste,  
por ter proporcionado atingir esta meta.*

*A querida Carmen Scochi,  
pela dedicação e profissionalismo no ensinar.*

*A minha orientadora Débora Mello,  
pela paciência, competência e carinho.*

*A todas as mães dos Fernandos, Marias, Vanessas, Paulos e Melissas,  
por participarem do estudo.*

*“Mais do que nunca, é preciso dar um novo sentido a esses pequenos seres iluminados que ocupam almas e corações... Crianças interiores que habitam castelos, vales e montanhas edificadas quando ainda arquitetávamos sonhos... Meninos e meninas comprometidos apenas em bater a meta diária da felicidade.”*

*Gabriel Chalita*

## RESUMO

SLOMP, F. M. **Assistência ao recém-nascido em uma unidade do Programa de Saúde da Família de Guarapuava – PR.** 2005. 74 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

Este estudo teve como objetivo descrever a assistência ao recém-nascido (RN) no período neonatal, realizada em uma unidade do Programa de Saúde da Família (PSF) do Município de Guarapuava-PR, com vistas a subsidiar a organização da atenção à saúde da criança no contexto da família. Trata-se de estudo descritivo, a partir do levantamento de dados registrados em declarações de nascidos vivos e em prontuários de famílias com bebês nascidos no período de 01/10/2003 a 30/09/2004, num total de 90 RNs. Verificou-se que grande parte dos RN apresentou Apgar 9/10, nasceu na faixa de normalidade de peso e a termo (acima de 3.000g e de 37 a 41 semanas de gestação), porém há um número expressivo de RN de baixo peso ao nascer (peso menor que 2.500g) e prematuros (menos que 36 semanas de gestação). No tocante às mães, mais da metade realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal, sendo que uma parcela significativa o fez abaixo do recomendado; a maioria dos partos foi cesáreo; metade delas tem idade entre 20 e 29 anos, sendo encontrado número expressivo de gestantes em idade considerada de risco gestacional (16 entre 15 e 19 anos e 14 acima de 35 anos); e grande parte tem nível de escolaridade inferior a 8 anos de estudo. Constatou-se que a maioria dos RNs recebeu aleitamento materno exclusivo e vacinação completa no período neonatal e 6 (6,6%) foram hospitalizados por pneumonia. A cobertura vacinal e o aleitamento materno foram os componentes da assistência materno-infantil que apresentaram melhor resposta às ações realizadas pela equipe do PSF. Em relação aos atendimentos, tem-se que a maioria dos RNs foi visitada por Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), no período neonatal precoce e uma parcela relativamente pequena compareceu à unidade no período neonatal para

atendimento pelo médico e/ou pela enfermeira, sendo que esse atendimento está centrado na demanda espontânea. A partir da descrição da forma de captação da clientela e da verificação dos atendimentos realizados, foi possível construir um fluxograma de atendimento ao recém-nascido. Depreendeu-se que o fluxograma representa uma forma adequada de identificar o tipo de demanda, o atendimento de cada profissional, os procedimentos, encaminhamentos, retornos, assim como as lacunas. Permitiu, ainda, visualizar o período neonatal esquematicamente, possibilitando contribuir na organização da assistência ao recém-nascido em unidades de PSF.

Descritores: Recém-nascido, Cuidados de saúde, Enfermagem.



## ABSTRACT

SLOMP, F. M. **The assistance given to newborn children in the neonatal period at a Unit of the Health of the Family Programme** (PS: Programa de Saúde da Família - PSF) in the City of Guarapuava (PR). 2005. 74 pages. Dissertation (Master's Degree) – Nursery School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, 2005.

The goal of this survey is to describe the assistance given to newborn children in the neonatal period. It was carried out at a Unit of the Health of the Family Programme (PSF) in the City of Guarapuava (PR) with the specific aim of subsidizing the organization that cares for children's health in the context of the family. It is a descriptive study and was conducted from the registered data in the certificate of live birth and medical records. The research was done with children born between 01/OCT/2003 and 30/SEP/2004 adding up 90 newborn babies. We have noticed that a lot of birth certificates showed a 9/10 Apgar and that despite a large number of born children who were of average weight; there was also a significant number of underweight and premature babies. Concerning women, about half of them got prenatal care with 7 or more appointments, but the number of mothers who didn't go to the doctor as it was recommended is considered very large too. The main delivery procedure was the Caesarian section. Half of the women were between 20 and 29 years old, the number of teenagers (between 15 and 19 years old) and women over-30s being significant. It was discovered that many of the pregnant women were at a maternal age risk (under 19 and upper 35 years old) and some of them had a level of education lower than 8 years. Our survey revealed that most of the newborn babies had exclusive breastfeeding and complete vaccination at the neonatal period, 6 of them (6,6%) having been taken to hospital due to pneumonia. The covering of the children who were being vaccinated and breastfed was the part of the maternal-infant assistance that has showed the best answer to the actions taken by the PSF team. With regard to the service, it was provided mainly by spontaneous request. We discovered that the

majority of children was visited by ACS in the premature neonatal period having been attended by a doctor and/or a nurse. From the description of the way of attracting clients and from the verification of the taken services, it was possible to create a flow chart containing information on the assistance given to newborn children. It was deduced that the flow chart represents a right way of identifying the type of request, the service taken by each professional, the procedures, the requirements of further visits to specialists, returns, as well as the omissions. It has allowed us to see the neonatal period schematically and contributed to an organization of the aid to newborn children in Units of the PSF.

Keywords: Newborn children, Health Care, Nursery

## RESUMEN

SLOMP. F. M. **Asistencia al recién nacido en una unidad del Programa de Salud de la Familia de Guarapuava – PR.** 2005. 74 f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Riberão Preto, Universidad de São Paulo, 2005.

Este estudio tuvo como objetivo describir la asistencia al recién nacido en período neonatal, realizada en una unidad del Programa de Salud de la Familia (PSF) del municipio de Guarapuava – PR, con vistas a subsidiar la organización de la atención a la salud del niño en el contexto de la familia. Se trata de estudio descriptivo, a partir del levantamiento de datos registrados en declaraciones de nacidos vivos y en prontuarios de familias con bebés nacidos en período de 01/10/2003 a 30/09/2004, en un total de 90 recién nacidos (RN). Observamos que gran parte de los RN presentó Apgar 9/10, nace en faja de normalidad de peso y a término, pero hay un número expresivo de RN de bajo peso al nacer y prematuros. En el tocante las mujeres, más o menos la mitad realizó el prenatal con 7 o más consultas, siendo que una parcela significativa lo hizo abajo del recomendado; la mayoría de los partos fue cesáreo; mitad de ellas tiene edad entre 20 y 29 años, una parcela es adolescente (entre 15 años y 19 años) y otra está arriba de 30 años, siendo encontrado número expresivo de gestantes en edad considerada de riesgo gestacional (<19 años y >35 años); y gran parte tiene nivel de escolaridad inferior a 8 años de estudios. Observamos que la mayoría de los RN recibió amamentación exclusiva e vacunación perfecta en el período neonatal y 6 RN (6,6%) fue hospitalizado por neumonía. La cobertura de vacunas y el período de lactancia fueron los componentes de la asistencia materna infantil que presentaron mejor respuesta a las acciones realizadas por el equipo del PSF. En situación neonatal precoz y un porcentaje relativamente pequeño compareció a la unidad en el período neonatal para ser atendido por el médico y/o enfermera, siendo que ese atender está centrado en la demanda espontánea. A partir de la forma de

captación de la clientela y de la verificación de los que fueron atendidos, fue posible construir un flujograma de atender al recién nacido. Se desprendió que el flujograma representa una forma adecuada de identificar el tipo de demanda, el atender de cada profesional, los procedimientos, encaminamientos, retornos, así como las lagunas. Permitió visualizar el período neonatal esquemáticamente, posibilitando contribuir en la organización de la asistencia al recién nacido en unidad de PSF.

Descriptores: Recién nacido, cuidado de salud, enfermería.

## LISTA DE FIGURAS/QUADROS/TABELAS

|           |   |       |
|-----------|---|-------|
| Figura 1. | Fluxograma de atendimento ao recém-nascido.....   | 48    |
| Quadro 1. | Mortalidade infantil de Guarapuava – PR no período de 1993 a 2004... 23   |       |
| Quadro 2. | Distribuição dos atendimentos realizados por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde aos recém-nascidos..... | 51/52 |
| Tabela 1. | Distribuição dos recém-nascidos no PSF Santa Cruz, de acordo com o peso de nascimento.....  | 38    |
| Tabela 2. | Distribuição dos recém-nascidos no PSF Santa Cruz, de acordo com o Apgar. ....  | 40    |
| Tabela 3. | Distribuição da idade gestacional dos recém-nascidos atendidos no PSF Santa Cruz.....   | 41    |
| Tabela 4. | Distribuição das mães atendidas no PSF Santa Cruz, de acordo com o número de consultas no pré-natal.....  | 42    |
| Tabela 5. | Distribuição das crianças atendidas no PSF Santa Cruz, de acordo com a escolaridade materna. ....   | 44    |
| Tabela 6. | Distribuição das crianças atendidas no PSF Santa Cruz, de acordo com a idade materna.....   | 45    |

## SUMÁRIO

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 1   | Construção do objeto de estudo.....  | 15 |
| 1.1 | A situação da saúde da criança:<br>aspectos da mortalidade infantil no Brasil e no Estado do Paraná..... | 20 |
| 1.2 | A vigilância à saúde da criança de risco .....   | 28 |
| 2   | Objetivos.....   | 32 |
| 2.1 | Objetivos específicos.....   | 32 |
| 3   | Metodologia.....   | 33 |
| 3.1 | Caracterização do estudo.....  | 33 |
| 3.2 | Local do estudo .....  | 33 |
| 3.3 | População de estudo.....   | 34 |
| 3.4 | A coleta de dados .....  | 34 |
| 3.5 | Análise de dados.....  | 36 |
| 3.6 | Aspectos éticos da pesquisa .....  | 37 |
| 4   | Resultados e discussão.....  | 38 |
| 4.1 | Caracterização dos recém-nascidos estudados.....   | 38 |
| 4.2 | A assistência aos recém-nascidos.....  | 47 |
| 5   | Considerações finais .....   | 59 |
| 6   | Referências bibliográficas.....  | 64 |
| 7   | Anexo.....   | 73 |

## ***1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO***

Cada vez mais, o interesse pelo desenvolvimento integral da criança vem crescendo em todo o mundo, como resultado do aumento constante da sobrevivência infantil e do reconhecimento de que as experiências da infância exercem efeitos consideráveis na futura capacidade funcional dos seres humanos.

As ações em saúde que dizem respeito à etapa do desenvolvimento humano, abrangendo a faixa etária compreendida entre o nascimento e a adolescência, têm sido denominadas ações em saúde da criança e têm como objetivo proporcionar condições favoráveis ao crescimento e desenvolvimento normal do ser humano (BRASIL, 2000). No Brasil, na década de 80, foi criado o Programa Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), que tinha como enfoque as ações básicas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno, imunização, controle de doenças respiratórias e diarreicas na infância (BRASIL, 1984).

Nos anos 90, o tema família ganha destaque nas diretrizes políticas públicas de saúde, sendo criado o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, com a proposta de reacender a atenção primária à saúde e reorganizar a atenção básica à saúde (BRASIL, 1998). Em consonância com o PSF, o Ministério da Saúde vem propondo, desde 1996, a implementação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Essa estratégia tem como objetivos a redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade; diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas e dos distúrbios nutricionais; garantia de adequada qualidade da atenção à saúde a essas crianças, tanto nos serviços de saúde como nos domicílios e na comunidade, bem como o fortalecimento da promoção à saúde e de ações preventivas na infância (OPAS, 2000).

Desde meados de 2002, mais de 17,5 milhões de brasileiros foram incluídos no PSF. Essa ampliação de quase 32% na cobertura do PSF foi fundamental na melhoria de um importante indicador de saúde: a mortalidade infantil. Nas regiões assistidas pelas equipes multiprofissionais, o índice de mortes de crianças no primeiro ano de vida caiu 14,69%, no período de 2003 (BRASIL, 2005b). Dados do Ministério

da Saúde mostram que, em dezembro de 2002, a taxa de mortalidade infantil, nas localidades com PSF era de 31,3 por mil nascidos vivos (/1000 NV). Ao final de 2004, a taxa abaixou para 26,7/1000 NV. Houve também uma redução importante nos óbitos relacionados à diarreia e à infecção respiratória aguda, duas das principais causas de mortes de crianças. Nas áreas de atuação desse Programa, a mortalidade de crianças com até um ano por diarreia caiu 36,36% entre o final de 2002 e dezembro de 2004. As infecções respiratórias caíram 24,24% no mesmo período (BRASIL, 2005b). Em termos da organização dos serviços de saúde, a estratégia da Saúde da Família vem sendo colocada como eixo norteador e estruturante da atenção básica, envolvendo um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, desempenhadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência aos problemas de saúde. O Ministério da Saúde, na tentativa de reorganizar a atenção básica em saúde, assumiu o desafio da estratégia de Saúde da Família, embasada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência. A abordagem do PSF é a atenção centrada na família, a qual é vista e entendida a partir do seu ambiente físico e social. Essa prática tenta enfatizar uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções, que vão para além das práticas curativas (BRASIL, 1998). Para a atenção à criança no contexto da Saúde da Família são propostas linhas de cuidado, considerando o cuidado integral e a vigilância à saúde. O PSF pode ser visto como uma experiência radical, considerado uma oportunidade que gera uma nova prática.

O Ministério da Saúde, na atenção básica à saúde de crianças menores de cinco anos de idade, incorporando atividades do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do PSF, atualmente, vem ressaltando o cuidado integral à saúde da criança, entendendo-o como a responsabilidade de disponibilizar a atenção necessária em todos os níveis de assistência, multiprofissional e intersetorial, levando em conta necessidades e direitos do indivíduo. O Ministério entende que a promoção da saúde integral da criança, o desenvolvimento das ações de prevenção dos agravos e a assistência são objetivos para além da redução da mortalidade infantil, apontando compromissos de prover a qualidade de vida da criança para que possa crescer e desenvolver todo seu potencial (BRASIL, 2005a).



Assim, propõe os seguintes princípios norteadores do cuidado na saúde da criança:

- planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais para o estabelecimento de interfaces necessárias, com articulação das diversas políticas sociais e iniciativas da comunidade, pressupondo que a intersetorialidade define objetivos comuns e produz novas ações;

- acesso universal como o direito de toda criança receber assistência de saúde, com a responsabilidade da unidade de saúde em receber todos os que a procuram e propiciar escuta de demandas ou problemas de saúde, avaliando cada situação;

- acolhimento como a escuta qualificada, que estabelece uma relação cidadã e humanizada e que define encaminhamentos adequados para a resolução das demandas identificadas, sem burocratização dessa prática;

- responsabilização pela equipe sobre a saúde integral da criança, com estabelecimento de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário e garantia de continuidade da assistência;

- assistência integral com abordagem global e acompanhamento da trajetória da criança pelos níveis de atenção, contemplando todas as ações de saúde adequadas para prover resposta satisfatória na produção do cuidado, não restringindo às demandas apresentadas;

- assistência resolutiva com a promoção da articulação para disponibilizar os diversos saberes e recursos em todos os níveis de atenção, sem que o cuidado seja pontual e de forma fragmentada, garantindo a continuidade até completa resolução;

- equidade com a definição de prioridades para atuação no processo de organização da assistência à saúde da criança, com maior alocação dos recursos onde é maior a necessidade;

- atuação em equipe com articulação de diversos saberes e intervenções dos profissionais, efetivando um trabalho solidário e compartilhado para a produção de respostas qualificadas às necessidades em saúde da criança;

- desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde, estruturando ações educativas nas escolas, creches, pré-escolas e unidades de saúde, visando ao ambiente e aos hábitos de vida para uma qualidade de vida saudável;
- participação da família e controle social na gestão local como direito de cada cidadão e potencial de qualificação e de humanização da assistência, incentivando a participação e envolvimento com informações sobre os cuidados, os problemas de saúde, propostas de abordagem e intervenções necessárias;
- avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada pela unidade de saúde ou equipe de saúde da família, contribuindo para que os problemas prioritários sejam identificados e os ajustes e ações sejam realizados.

O Ministério da Saúde aborda, ainda, as linhas de cuidado como aquelas que pressupõem uma *visão global das dimensões da vida das pessoas que possibilitem respostas também mais globais, fruto de um trabalho em equipe*. Coloca, também, que o “cuidado em saúde demanda uma visão integral do usuário em todos os aspectos, englobando ver a pessoa por inteiro, contemplando uma postura acolhedora com escuta atenta, olhar zeloso e estabelecimento de vínculo e responsabilização” (BRASIL, 2005a, p. 19). Enfatiza, ainda, as seguintes linhas de cuidado: ações da saúde da mulher; atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido; triagem neonatal (teste do pezinho); incentivo ao aleitamento materno; incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; combate à desnutrição e anemias carenciais; imunização; atenção às doenças prevalentes, com destaque para as doenças respiratórias/alergias, diarreias, HIV/AIDS, sífilis congênita, rubéola congênita e tétano neonatal; atenção à saúde bucal; atenção à saúde mental; prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil; atenção à criança portadora de deficiência (BRASIL, 2005a).

A Convenção das Nações Unidas de 1989 sobre os Direitos das Crianças, a reunião de Cúpula Mundial das Nações Unidas em Favor da Infância de 1990 e a reunião de Cúpula dos Presidentes das Américas de 1994 sublinharam a importância

desses programas e incorporaram 26 metas de desenvolvimento psicossocial e progresso educacional nos respectivos documentos oficiais. Dessas, 19 são referentes ao setor saúde (OPAS, 1999a).

Dentro das metas da infância, o Brasil, então, passou a promover intervenções dirigidas à melhoria das condições de saúde das mulheres, visando à garantia do nascimento seguro e à sobrevivência dos recém-nascidos, tais como: a melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal, a humanização do parto e nascimento, a redução do número de cesarianas desnecessárias e a melhoria da qualidade da assistência prestada ao binômio mãe-filho, incluindo a promoção do aleitamento materno nas primeiras horas após o parto (BRASIL, 1996).

O crescimento e o desenvolvimento têm sido considerados bons indicadores, expressivos do nível de saúde da população infantil. No campo da saúde, são abordados como indicadores positivos das condições de saúde e não como indicadores negativos, por meio de danos maiores, como as taxas de mortalidade (MONTEIRO; D'AQUINO BENÍCIO; PATRÍCIO ORTIZ, 2000).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é considerado o eixo norteador da assistência à saúde da criança, com ênfase na vigilância de fatores que podem interferir nesse processo. Assim, o acompanhamento das crianças pelas unidades de saúde é configurado como uma das ações mais importantes para a redução do coeficiente de mortalidade infantil e seus componentes e para o alcance de melhor qualidade de vida (UNICEF, 1990; MONTEIRO; D'AQUINO BENÍCIO; PATRÍCIO ORTIZ, 2000; SUCUPIRA; BRESOLIN, 2003). Segundo esses autores, a qualidade de vida está, fundamentalmente, marcada pelas condições de vida e que as políticas públicas da área da saúde e as ações intersetoriais têm importância também na determinação desta qualidade. A seguir é apresentada a situação de saúde da criança, em que a redução da mortalidade infantil ainda é um grande desafio no país para os gestores, profissionais de saúde e para a sociedade como um todo.

## 1.1 A SITUAÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA: ASPECTOS DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL E ESTADO DO PARANÁ.

No Brasil, historicamente, o perfil de morbimortalidade tem definido o grupo materno-infantil como prioritário para as ações de saúde, ganhando destaque nos programas e diretrizes políticas direcionados à saúde da criança, a redução da mortalidade infantil, considerada um grande indicador do desenvolvimento social e econômico de um país ou região.

Existem claras associações entre riqueza e nível de desenvolvimento de um país ou região e suas taxas de mortalidade infantil (TMI). Nas regiões pobres do mundo, onde essas taxas são mais elevadas, a maioria das mortes infantis poderia ser evitada com medidas simples e eficazes. Mais de 70% desses óbitos deve-se à pneumonia, diarreia, desnutrição, malária e afecções perinatais, ou uma associação delas (BRASIL, 2004).

Nas últimas décadas, foi observado, no Brasil, um declínio de 67% do coeficiente de mortalidade infantil, que passou de 85,6/1000NV, em 1980, para 28,6/1000 NV, em 2001, sendo essa queda, devido principalmente à redução da mortalidade pós-neonatal, ou infantil tardia (após 27 dias de vida até 1 ano de idade). Essa redução é atribuída a vários fatores como as intervenções ambientais, a ampliação do acesso a serviços de saúde, o avanço das tecnologias de saúde, em especial a imunização e a terapia de reidratação oral, a melhoria do grau de instrução das mulheres, a diminuição da taxa de fecundidade, entre outros (LUCENA; LIMA; MARINO, 1998). Como decorrência da redução do componente pós-neonatal nas últimas décadas, a mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) passou a ser o principal componente da mortalidade infantil em todo Brasil em termos proporcionais, a partir dos anos 90 (BRASIL, 2005a).

Conforme o documento elaborado pelo Ministério da Saúde - Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a mortalidade neonatal tem sido considerada de mais difícil controle que a mortalidade pós-neonatal, já que esta última é mais vulnerável às melhorias globais da condição de vida. A mortalidade neonatal

basicamente decorre de problemas relacionados com a gravidez e o parto, por sua vez intimamente relacionados com as características biológicas das mães, as condições socioeconômicas das famílias e a disponibilidade e a qualidade da atenção perinatal. Também relata que a concentração dos óbitos neonatais, no período neonatal precoce (0 a 7 dias de vida), principalmente nas primeiras horas de vida, evidencia a estreita relação entre essas mortes e a qualidade da assistência nos serviços de saúde, durante o trabalho de parto e no atendimento a crianças, no nascimento e no seguimento (BRASIL, 2004).

Entre os menores de 5 anos, as principais causas de mortalidade incluem as afecções perinatais, as infecções respiratórias, as doenças diarréicas e a desnutrição. É importante destacar que, nesse grupo etário, numerosos óbitos ficam com a sua causa básica mal definida (até 49% em alguns estados do Nordeste). Parte da diminuição observada dessa mortalidade, nos últimos anos, é devido a ações simples relativas ao setor saúde, tais como o controle pré-natal, o estímulo ao aleitamento materno, a ampliação da cobertura vacinal, a utilização de sais de reidratação oral (SRO), a educação materna e, principalmente, à importante queda da fecundidade observada no país, nesses últimos 15 anos. Outro fator importante tem sido a melhoria da condição nutricional da população infantil, medida pelo indicador altura/idade, que definia em 15,7% a população infantil desnutrida, em 1990, contra 10,5%, em 1996, representando uma redução de 30% nesse período (PNDS, 1997).

Em muitas regiões do Brasil, entre elas as regiões Sul e Sudeste, houve decréscimo na mortalidade infantil, tendo como determinantes as condições de saneamento básico, moradia, acesso a serviços de saúde, salário e alimentação (MONTEIRO; FRANÇA JÚNIOR; CONDE, 2000).

No Sul, em 2001, o Estado do Paraná foi o que apresentou maior coeficiente de mortalidade infantil, 17,9/1000 NV, seguido do Rio Grande do Sul, com 15,8/1000 NV, e de Santa Catarina, com 15,5/1000 NV (BRASIL, 2001a).

Com a implantação dos Comitês de Prevenção de Mortalidade Infantil (CEPMIs) no Estado do Paraná, passou-se a monitorar as taxas de mortalidade infantil de forma sistematizada, tendo como estratégia a identificação de critérios específicos,

de grupos ou indivíduos com maior probabilidade de adoecer ou morrer. Essa proposta de enfoque de risco, desde o final dos anos 70, tem sido um importante subsídio para intervenções e definições de prioridades na prevenção e no monitoramento de riscos de uma população (BACKET; DAVIES; BARZAVIAN, 1985).

O resultado dos componentes da mortalidade infantil no Paraná (óbitos neonatal e pós-neonatal) apresentou tendência geral de decréscimo, com declínio gradual, embora não tenha sido de maneira uniforme no Estado, provavelmente refletindo as desigualdades nos processos de desenvolvimento econômico e social das diferentes regiões paranaenses e sua relação com a distribuição espacial de serviços de saúde.

No triênio 2000-2002, foram investigados pelo Comitê de Mortalidade Infantil do Estado do Paraná (CEPMI) em torno de 9.120 dos óbitos em menores de um ano ocorridos no Estado. Quando se fez a análise dos óbitos infantis ocorridos nesse período, entre as Regionais de Saúde (RS) do Paraná, foi possível observar grandes diferenças. Identificou-se que 50% das RS apresentavam índice acima da média do Estado (17,9/1000 NV) (PARANÁ, 2002a). Foram citados os Municípios de: Guarapuava (5ª RS) - 26,3/1000 NV; Paranaguá (1ª RS) - 23,6/1000 NV; Telêmaco Borba (21ª RS) - 23,3/1000 NV; Irati (4ª RS) - 22,8/1000 NV; Ponta Grossa (3ª RS) - 21,1/1000 NV; Pato Branco (7ª RS) - 19,7/1000 NV; União da Vitória (6ª RS) - 19,6/1000 NV; Jacarezinho (19ª RS) - 19,2/1000 NV; Umuarama (12ª RS) - 19,1/1000 NV; Cornélio Procópio (18ª RS) - 18,5/1000 NV; Campo Mourão (11ª RS) - 18,5/1000 NV (PARANÁ, 2002a). Com isso, percebe-se que essas Regionais apresentam condições socioeconômicas e de saúde vulneráveis e que são necessárias amplas ações intersetoriais, com o objetivo de produzir impacto favorável na redução da mortalidade infantil no Estado.

Destaca-se o Município de Guarapuava, situado na região Centro-Oeste, que vem trazendo uma representatividade negativa para o Estado, no que se refere à mortalidade infantil. Esse Município está localizado a 250 quilômetros da capital, Curitiba, situado no 3º planalto, com um clima moderado, subtropical úmido. A temperatura média anual é de 16,8°C. Sua população está estimada em 166.268

habitantes (IBGE, 2005). É sede de uma microrregião formada por 19 municípios e possui economia baseada na agropecuária de subsistência, pecuária extensiva, extração da erva-mate, suinocultura e fruticultura.

Historicamente, Guarapuava tem mudado sensivelmente o perfil da saúde, no que se refere à mortalidade infantil, mas tem-se mantido de forma negativa (Quadro 1) e acima da média do Estado, já visto anteriormente.

**Quadro 1 – Mortalidade infantil de Guarapuava – PR no período de 1993 a 2004.**

| Ano  | MI *  |
|------|-------|
| 1993 | 49,09 |
| 1994 | 43,72 |
| 1995 | 37,62 |
| 1996 | 37,71 |
| 1997 | 35,02 |
| 1998 | 32,03 |
| 1999 | 31,65 |
| 2000 | 26,80 |
| 2001 | 27,55 |
| 2002 | 28,80 |
| 2003 | 20,48 |
| 2004 | 19,31 |

\* /1000 NV

Fonte: SESA/SEP/CIDS/DSI/SIM - Sistema de Informação Sobre Mortalidade - 2004.

Observa-se na tabela acima que a taxa de mortalidade infantil sofreu uma redução de 60,7% num período de 11 anos. Esta queda deve-se à ampliação da rede básica de saúde, com novas unidades do PSF a partir do ano de 2000. Até este período havia apenas 9 equipes, passando, então, para 20 equipes do PSF (2004).

Com a implantação das unidades passou-se a priorizar o atendimento às crianças de risco e a monitorar as taxas de mortalidade infantil de forma mais sistematizada.

Com os diagnósticos realizados pelos CEPMI estadual, regional e municipal, tem sido possível analisar a situação de saúde da criança. Dentro dessas análises, ressalta-se que condições culturais, escolaridade, situações de vida da mulher e da família, qualidade da assistência prestada à gestante/mãe durante a gestação, parto e pós-parto, e cuidados imediatos ao recém-nascido, são componentes essenciais e fundamentais para que ocorra a redução de mortalidade infantil (PARANÁ, 2001). Também os comitês têm função de categorizar a evitabilidade do evento, os critérios de evitabilidade, a responsabilidade pelo óbito e a causa básica (doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos ou que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal e as medidas de prevenção e intervenção para redução das taxas – CID 10). Para óbitos evitáveis, são levadas em consideração as ciências e tecnologias existentes atualmente, os quais poderiam ser evitados ou não deveriam ter ocorrido.

Nos critérios de evitabilidade, existem grupos de óbitos assim denominados (PARANÁ, 2000):

Grupo A – imunoprevenção

Grupo B – saneamento/TRO

Grupo C – combate à desnutrição, aleitamento

Grupo D – atenção à gestante, parto

Grupo E – tratamento precoce/doenças respiratórias

Grupo F – atenção a traumas e urgências

Grupo G – dificilmente reduzíveis

Grupo H – devido a outras causas

Grupo I – mal definidas



Abaixo, o percentual de cada grupo encontrado após a investigação dos óbitos infantis, no Estado do Paraná, no ano de 2000, e as descrições pertinentes a cada um deles.

- Grupo A – 0,28%: óbitos reduzíveis por imunoprevenção e educação para a saúde: difteria, coqueluche, hepatite, poliomielite, rubéola, sarampo, tétano, tétano neonatal, tuberculose e varicela.
- Grupo B – 5,27%: óbitos reduzíveis por saneamento básico, terapia de reidratação oral, incentivo ao aleitamento materno e educação para saúde: enteroinfecções, diarreias e desidratação.
- Grupo C – 2,64%: óbitos reduzíveis por medidas de combate à desnutrição, incentivo ao aleitamento materno e educação para a saúde.
- Grupo D – 49,93%: óbitos reduzíveis por adequada atenção à gestação, no parto, e ao recém-nascido e educação para a saúde: afecções respiratórias do RN, prematuridade e baixo peso ao nascer, asfixia ao nascer e óbito causado por afecções maternas (sífilis congênita e outros problemas do recém-nascido).
- Grupo E – 12,90%: óbitos reduzíveis por diagnóstico e tratamento precoce e educação para a saúde: infecções respiratórias (pneumonia, gripe, etc.), outras afecções do aparelho respiratório (asma), meningites, septicemia (infecções generalizadas) e outras doenças infecciosas (malária, hepatite, leptospirose, etc.).
- Grupo F – 7,91%: óbitos reduzíveis por atenção adequada ao trauma e urgência e educação para a saúde: afogamentos, queimaduras, quedas, acidentes de trânsito (inclusive atropelamentos), outras mortes violentas e broncoaspiração (conteúdo gástrico, corpo estranho).
- Grupo G – 13,04%: óbitos dificilmente reduzíveis: anomalias congênitas e neoplasias.
- Grupo H – 3,05%: óbitos devido a outras causas de morte.

- Grupo I – 4,99%: causas mal definidas com assistência médica e sem assistência médica (PARANÁ, 2000).

No tocante à questão da responsabilidade do óbito, o Comitê Estadual de Mortalidade Infantil preconiza uma classificação que é subdividida em: assistência médica, ambulatorial, hospitalar, social e familiar. No Estado, em 2000, têm-se os seguintes percentuais de representação da responsabilidade e as descrições, segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade Infantil - SIMI:

- Assistência Médica – 20%: quando ocorre erro por não obediência às normas e aos protocolos assistenciais, falta de conhecimento científico do profissional que presta assistência.
- Assistência Hospitalar e Ambulatorial – 32%: erros administrativos, quando as condições hospitalares e ambulatoriais são insuficientes ou inadequadas.
- Responsabilidade da Família – 18%: quando os familiares recebem informações e orientações, no entanto não levam a criança à unidade de saúde, ou não realizam os procedimentos necessários, prescritos, por negligência.
- Responsabilidade Social – 18%: é a responsabilidade coletiva, envolvendo as condições sociais, econômicas e políticas.
- Inconclusivo e Inevitável – 12%.

No Município de Curitiba, no protocolo de medidas de prevenção e intervenção da mortalidade infantil, é recomendado: garantir acesso da gestante ao pré-natal, medidas para atenção ambulatorial, qualidade no pré-natal, acesso a tratamento adequado em serviços especializados em gestação de risco, realizar vigilância do risco gestacional, busca ativa à criança de risco (vigilância e visita domiciliar) e acesso ao tratamento adequado das complicações em nível ambulatorial. As medidas para atenção hospitalar são: garantir acesso a internamento hospitalar, melhor diagnóstico em nível hospitalar, acesso a tratamento adequado à mãe e à criança, assistência adequada ao parto, acesso à medicação e acesso à referência secundária e/ou terciária.

Expressam como medidas de educação em saúde aos familiares o melhor acesso à informação em saúde, e como medidas sociais as boas condições de renda familiar, de escolaridade e de infra-estrutura básica, saneamento e habitações (CURITIBA, 2000a).

Em Guarapuava, as medidas adotadas seguem o mesmo protocolo, visando à prevenção, ao controle e ao combate à mortalidade infantil. Nesse compromisso, o sistema público conta com as parcerias dos seguintes órgãos: Pastoral da Criança, Pastoral da Família e Pastoral Social.

Em 1999, foi criado o Programa Anjo da Guarda, com o objetivo de monitorar os recém-nascidos, por meio de visitas diárias realizadas pela enfermeira nos hospitais. No momento das visitas, as puérperas recebem um kit básico de higiene para o bebê, a carteira de vacinação e orientações gerais.

Com propostas de realizar o seguimento de atenção às crianças recém-nascidas, nos seus domicílios, o sistema local tem capacitado os profissionais enfermeiros para melhor assisti-las, bem como tem implantado o PSF em áreas de maior risco.

O baixo peso ao nascer é considerado um indicador da qualidade da assistência à saúde reprodutiva da mulher, pois grande parte de seus fatores causais (prematuridade, infecções durante a gravidez, tabagismo, gravidez precoce e intervalo interpartal menor que 2 anos) é, na maioria das vezes, passível de controle, com uma atenção adequada à mulher em idade fértil (CÉSAR, 1998).

Para que a integralidade na assistência à saúde se efetive, um elenco de ações de caráter promocional, preventivo e recuperador deve ter como abordagem intervenções amplas e específicas que atuem, simultaneamente, sobre os problemas de um indivíduo, de uma família ou de uma comunidade (OPAS, 1999b).

A realização desse conjunto de ações é fundamental para enfrentar o atual perfil de saúde infantil no Brasil. Se, por um lado, observa-se uma maior proporção de óbitos por afecções originadas no período perinatal (responsável por mais de 50% dos óbitos no primeiro ano de vida), convive-se ainda com uma morbidade elevada por

doenças do subdesenvolvimento, como as pneumonias, diarreias e, na região Norte, a malária (OPAS, 1999b). Portanto, o nascimento saudável, a promoção do crescimento, do desenvolvimento e a alimentação saudáveis, com enfoque prioritário para a vigilância à saúde das crianças de maior risco e o cuidado às doenças prevalentes, são ações que não podem deixar de ser realizadas em toda a sua plenitude.

Entendida como a postura ativa que o serviço de saúde deve assumir em situações de maior risco e dirigida a pessoas com maior vulnerabilidade, desencadeando ações estratégicas específicas para minimizar os danos com o adequado acompanhamento de saúde, recomenda-se que algumas ações sejam consideradas eventos-sentinela (situação que não deveria ocorrer dada a disponibilidade de conhecimento, recursos técnicos e de assistência em saúde), programando visitas domiciliares para a captação dos usuários e realização de busca ativa daqueles sem o acompanhamento programado. Portanto, tal organização da assistência de saúde, apresenta a Vigilância à Saúde da Criança de Risco como uma estratégia que possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de ocorrências.

## 1.2 A VIGILÂNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA DE RISCO

A interligação entre as diretrizes políticas e as práticas de saúde é um desafio, sendo importante ampliá-la, para que possibilite a reorganização da assistência e a promoção da saúde e da qualidade de vida de crianças e famílias.

Atualmente, são preconizadas, para o Brasil, intervenções na área de saúde materno-infantil, cabendo destacar aquelas direcionadas à saúde da criança: cuidados essenciais com neonatos, incentivos à amamentação, imunizações, gestão de doenças, nutrição, cuidados para o crescimento e desenvolvimento e prevenção de acidentes (BANCO MUNDIAL, 2002; BRASIL, 2002; BRASIL, 2004).

Visando assegurar a atenção à saúde, o Governo tem proposto ações promocionais, preventivas e curativas. Fundamentando essas ações está o modelo de assistência à vigilância à saúde, com as seguintes características: operacionalização do conceito de risco; intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos, determinantes); ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamentos contínuos; articulação entre ações de promoção, prevenção e curativas; atuação intersetorial; ações sobre o território; intervenção sob a forma de operações (TEIXEIRA et al., 1998).

O modelo de vigilância à saúde também tem sido proposto para crianças, particularmente para aquelas de risco de morrer e adoecer classificados como: risco alto (dois ou mais riscos isolados, associados ou não), risco médio (um risco isolado associado a um ou mais risco social), risco baixo (apresentar algum fator de risco biológico e/ou social) e sem risco (não apresentar risco biológico ou social no momento de nascimento) (CURITIBA, 2000b).

Os riscos biológicos apontados para a mortalidade infantil têm sido: peso ao nascer menor que 2.500g; idade gestacional menor que 37 semanas; crianças portadoras de patologias que necessitem de internação e/ou precisem de respirador e/ou necessitem de transfusão sanguínea; com malformação congênita; Apgar no quinto minuto menor que 7; sífilis, herpes genital e hepatite B e mãe portadora de doença mental. Somados a esses, são apontados os riscos sociais: idade da mãe menor que 19 anos; mãe analfabeta ou semi-analfabeta; parto fora do hospital; número de irmãos vivos maior ou igual a 3, número de irmãos mortos maior ou igual a 1; chefe da família sem emprego; mãe sem companheiro/apoio; residente em área de risco; mãe sem seguimento pré-natal ou menor ou igual a 3 consultas (BACKET; DAVIES; BARZAVIAN, 1985; MACHARELLI, 1995; MENEZES et al., 1998).

Um estudo realizado em Passo Fundo (RS) mostrou que a associação entre fatores socioculturais, biológicos e os problemas primários de saúde do lactente estão relacionados com situações adversas: violência, pobreza, analfabetismo, falta de

habitação e saneamento, negligência, falta de acesso aos serviços de saúde, entre outros, podem determinar as condições de saúde das crianças (QUEIROZ; GEIB, 1995).

A disponibilidade e a qualidade da assistência que os serviços de saúde oferecem às gestantes, aos recém-nascidos e às crianças constituem condicionantes importantes da evolução das condições de saúde na infância (MONTEIRO; FRANÇA JÚNIOR; CONDE, 2000). Cuidados preventivos, como o controle do crescimento e desenvolvimento e de enfermidades infantis, a orientação alimentar e vacinação, são considerados aspectos relevantes para a promoção de boas condições de saúde infantil (UNICEF, 1990; WHO, 1996). Em estudo realizado na cidade de São Paulo (SP), no período 1984-1996, foi detectada deterioração da cobertura da assistência em puericultura, particularmente em extratos de menor renda familiar (MONTEIRO; FRANÇA JÚNIOR; CONDE, 2000). Todos esses aspectos alertam para a necessidade de persistência dos cuidados às crianças e famílias.

O enfoque de risco no campo da saúde é considerado como estratégia de intervenção e planejamento. Risco é definido como probabilidade de ocorrência de um dano e o objetivo desse enfoque é corrigir desigualdades em saúde, buscando justiça social em saúde (BACKET; DAVIES; BARZAVIAN, 1985; GUEDES, 1987). Nessa estratégia, os recursos humanos e outros recursos são dirigidos de acordo com avaliação do risco de doenças, acidentes ou mortes, na dimensão da saúde individual e coletiva.

Do ponto de vista operacional das ações de saúde, têm sido apontadas duas possibilidades: controle ou eliminação dos fatores de risco e identificação dos grupos expostos, que devem ser objeto de atenção especial por parte dos serviços de saúde, como forma de compensação desses riscos através de ações de saúde (CESAR, 1998). Desse modo, os serviços organizar-se-iam para assistência básica a toda a população, mas concentrando esforços para aquelas que apresentam maior risco.

A prática sanitária da vigilância à saúde, organizada segundo paradigma da promoção da saúde, é descrita como sendo uma prática voltada ao enfrentamento de problemas, procurando intervir nos determinantes desses problemas, por meio de ações individuais e coletivas, em oposição à prática da atenção à demanda (MENDES, 1993).

Considerando que a exposição às condições apontadas pela literatura pode influenciar o padrão de saúde-doença, a ser apresentado pela criança, no transcorrer de sua infância ou futuramente, atribuindo um risco maior de adoecer ou morrer, vários serviços de saúde elaboraram programas de vigilância à saúde, principalmente aos recém-nascidos de risco (RUMEL et al., 1992; MADEIRA et al., 1994; PEDERNEIRAS et al., 1995; SILVEIRA, 1995; BRASIL, 1996; MANOEL, 2002).

Repensando aspectos sobre o perfil epidemiológico da saúde infantil, a proposta da vigilância à saúde e as diretrizes políticas do setor saúde, particularmente o Programa de Saúde da Família, procurou-se, neste estudo, refletir sobre a assistência aos recém-nascidos atendidos em uma unidade de PSF, em uma realidade contextualizada.

## **2 OBJETIVOS**

Este estudo buscou caracterizar e descrever o atendimento do RN, no período neonatal (0 a 27 dias de vida), na unidade do PSF do bairro Santa Cruz, no Município de Guarapuava, Estado do Paraná, no período de outubro de 2003 a setembro de 2004.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar os neonatos nascidos entre outubro de 2003 a setembro de 2004, moradores no bairro Santa Cruz, do Município de Guarapuava, Estado do Paraná, de acordo com peso ao nascer, sexo, duração da gestação, tipo de parto, Apgar, idade e escolaridade materna e consultas no pré-natal, tendo por base as Declarações de Nascidos Vivos (DNV).
- Descrever a assistência desses neonatos até 27 dias de vida, realizada no PSF Santa Cruz, segundo atendimentos realizados pelos profissionais de saúde, tendo por base registros em prontuários e na cópia do cartão de vacina da criança.



### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO**

A presente investigação configura um estudo descritivo sobre a assistência ao recém-nascido, procurando descrever a forma de captação dos bebês e a verificação dos atendimentos realizados pela equipe de uma unidade de PSF.

A pesquisa descritiva objetiva a observação, descrição e documentação de aspectos de uma situação como ela naturalmente ocorre, sendo delineada para caracterizar um fenômeno social de interesse como ele correntemente existe (POLIT; HUNGLER, 1995).

#### **3.2 LOCAL DE ESTUDO**

O estudo foi desenvolvido no PSF Santa Cruz (implantado em 11/2003), situado no bairro Santa Cruz. Está localizado na região sul do Município e sua população é de 18 mil habitantes (IBGE, 2005). Sua área física é caracterizada por: rede comercial básica (mercearias, minimercados), uma unidade de PSF, uma creche que atende em média 40 crianças, na faixa etária de 1 mês a 5 anos, uma escola estadual de Ensino Médio e duas escolas municipais de Ensino Fundamental, duas igrejas católicas, duas igrejas evangélicas, uma igreja ucraniana e uma casa-lar para idosos. Possui 99% de domicílios com água tratada e 80% com rede de esgoto.

No ano de 2002, foi considerado o terceiro bairro do Município com o maior número de nascidos vivos e o segundo em óbitos infantis (GUARAPUAVA, 2004).

A equipe de enfermagem da unidade é composta por um médico, uma enfermeira, 3 auxiliares de enfermagem e 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Dentro de uma sistematização de atendimento e organização, os RN são atendidos

diante de demanda espontânea e de busca ativa dos ACS, conforme fluxograma descrito posteriormente.

O local da pesquisa foi escolhido diante do critério epidemiológico e por ser, atualmente, o local de trabalho da pesquisadora.

### 3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Os participantes deste estudo foram os neonatos nascidos no período de 01/10/03 a 30/09/04. As anotações realizadas basearam-se nas Declarações de Nascidos Vivos (DNV) e em prontuários do PSF Santa Cruz. Os critérios de inclusão foram: ser morador da área de abrangência da unidade e estar em seguimento no PSF no período neonatal. Nesse período, nasceram 129 crianças, no entanto 26 não pertenciam à área de abrangência e 13 fizeram seguimento em convênios de saúde. Participaram do estudo 90 recém-nascidos.

### 3.4 A COLETA DE DADOS

Neste estudo, foram utilizadas, como fontes secundárias, as DNVs e os prontuários dos recém-nascidos atendidos na unidade do PSF Santa Cruz, assim como documentos oficiais dos órgãos municipais, estaduais, federais e sistemas de informações oficiais e institucionais.

Essa forma de coleta de dados valoriza o material documental, apresenta vantagens de economia de tempo e dinheiro e pode fornecer dados controlados e com credibilidade (QUIVY; CAMPENHOUDT, 1998).

O uso de informações a partir de registros já existentes tem vantagem de ser fonte rica de dados e econômica (POLIT; HUNGLER, 1995).

A DNV constitui um documento base do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), que é preenchido nas maternidades e engloba todos os recém-nascidos. Fornece a situação do parto, do recém-nascido e da mãe, contendo as seguintes informações: idade, estado civil, escolaridade, número de filhos (vivos e mortos), duração da gestação, tipo de parto, número de consultas de pré-natal e ocupação (da mãe), sexo, Apgar, peso ao nascer, malformação congênita e raça. É um instrumento que, progressivamente, vem sendo implantado em todo nosso país, sendo o seu preenchimento de responsabilidade da maternidade onde a criança nasceu ou, no caso de partos fora do ambiente hospitalar, do oficial de cartório civil em que é registrada a criança. Ela é emitida em três vias, sendo uma da maternidade, uma para o cartório civil e outra para o serviço de saúde que acompanhará a criança (MONTEIRO; FRANÇA JÚNIOR; CONDE, 2000). Estudo realizado na região Sudoeste do Estado de São Paulo aponta que, em relação à fidedignidade das informações presentes nas declarações, há índices expressivos de concordância entre informações registradas nas declarações e informações colhidas diretamente nos hospitais (MELLO JORGE et al., 1993). Em estudo desenvolvido no município de Ribeirão Preto – SP, na década de 90, foi constatado que o fluxo de preenchimento das DNVs era heterogêneo entre os hospitais e para a consistência das informações havia uma concordância elevada (acima de 90%) em 13 das 18 variáveis comparadas e, em metade dos hospitais investigados, a discordância ocorreu nas informações referentes ao número de filhos tidos, número de consultas de pré-natal, grau de instrução da mãe e nome do pai (MISHIMA et al., 1999).

Segundo o Manual de Atendimento ao Recém-nascido de Risco da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), *nascido vivo* é a expulsão ou extração completa do interior do corpo da mãe, independente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o

cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições é considerado como uma Criança Viva (PARANÁ, 2004).

O arquivo de prontuários desempenha papel muito importante na organização de um determinado serviço de saúde. É um serviço destinado à coleta por escrito e armazenagem de todos os dados referentes aos clientes cadastrados nos serviços, deve ser de maneira completa, exata e acessível em qualquer momento (BRIENZA et al., 1989).

Os prontuários dos recém-nascidos e das famílias foram consultados para coleta de informações destes e sobre os atendimentos ocorridos na unidade de saúde do PSF Santa Cruz, no período neonatal. As informações coletadas foram: idade do neonato no primeiro atendimento médico e de enfermagem, atendimentos e visitas domiciliares realizados, tipos e números de atendimentos realizados pela equipe de saúde, ações de saúde registradas, intercorrências clínicas e hospitalizações.

Todas essas informações fizeram parte de um roteiro de coleta de dados (Anexo A), que serviu como guia para a pesquisadora.

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

Na análise dos dados, foi construído um banco de dados com informações colhidas nas DNVs e nos prontuários. Foi realizada, também, uma análise estatística descritiva, utilizando média, percentuais e tabelas de frequência. Os estudos descritivos informam sobre a frequência e a distribuição de um evento, descrevendo epidemiologicamente os dados colhidos (PEREIRA, 2002).

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Normas Éticas em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Além disso, foi discutido com a Secretaria Municipal da Saúde de Guarapuava, sendo disponibilizada a instituição para a realização da pesquisa, com consultas nas DNVs, centralizadas no setor de informática, e consultas aos prontuários na unidade do PSF do bairro Santa Cruz.

A análise das informações contidas nas DNVs e em prontuários foi feita de tal forma a garantir o sigilo dos dados coletados.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram descritos em duas etapas. Na primeira delas, são apresentados os dados coletados das DNVs com a descrição das seguintes variáveis: sexo, peso ao nascimento, Apgar, idade gestacional, número de consultas do pré-natal, grau de escolaridade, idade materna, tipo de parto e tipo de gravidez.

Na segunda etapa, foi elaborado um fluxograma de atendimento e a descreve-se a assistência realizada pela equipe do PSF Santa Cruz.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS ESTUDADOS

A descrição aqui apresentada procurou reunir alguns dados do conjunto de recém-nascidos investigados, assim como algumas características maternas.

Entre os 90 recém-nascidos pesquisados, havia 51,3% do sexo feminino e 48,7% do sexo masculino. No total de nascimentos do Município no mesmo período, o sexo masculino representou 56% (GUARAPUAVA, 2004). Em relação aos RNs atendidos no PSF Santa Cruz, apresenta-se, na Tabela 1, a distribuição segundo o peso ao nascimento.

**Tabela 1. Distribuição dos recém-nascidos atendidos no PSF Santa Cruz, de acordo com o peso de nascimento. Guarapuava, 10/2003 a 09/2004.**

| Peso de nascimento (g) | Nº        | %          |
|------------------------|-----------|------------|
| 1.500 — — 2.499        | 11        | 12,3       |
| 2.500 — — 3.999        | 72        | 80,0       |
| > 4.000                | 07        | 7,7        |
| <b>TOTAL</b>           | <b>90</b> | <b>100</b> |

No bairro em estudo, depreende-se que 80% dos RN nasceram na faixa de normalidade (2.500-3.999g) quanto ao peso de nascimento, 12,3% com baixo peso ao nascer (BPN) e 7,7% com alto peso.

No Município de Guarapuava, no ano de 2003, para os 3.024 nascidos vivos, foi encontrada uma taxa de 8,5% de BPN. No Estado do Paraná, dados preliminares de nascidos vivos do ano de 2004, para os 158.624 nascimentos, houve 13.434 com BPN, representando 8,5%, e, num comparativo, na capital do Estado, Curitiba, dos 25.170 nascimentos, 2.420 (9,6%) eram de BPN. No município de Guarapuava, no mesmo período, ocorreram 269 (8,8%) com BPN (GUARAPUAVA, 2004). Em relação a outros países, como Suécia e Noruega, o peso médio dos recém-nascidos alcança 3.500g e a proporção dos BPN não ultrapassa 5% (MONTEIRO; FRANÇA JÚNIOR; CONDE, 2000). Assim, comparativamente, a área de abrangência da unidade do PSF do bairro em estudo apresentou um índice elevado de BPN.

Nos últimos anos tem-se reconhecido cada vez mais a grande influência do peso de nascimento sobre o estado de saúde da criança nos primeiros anos de vida: ele representa o mais importante determinante isolado das chances de um recém-nascido sobreviver e ter um crescimento e desenvolvimento normal (VICTORA, 1998; MONTEIRO et al., 2000). O BPN é referido como um parâmetro importantíssimo para a predição da mortalidade infantil, representando ainda o fator de risco para morbidade por doenças respiratórias e neurológicas. Alguns autores, como Lucena, Lima e Marino (1999) têm demonstrado que existe íntima correlação entre a faixa etária ponderal e a mortalidade neonatal precoce. A literatura norte-americana retrata, em detalhe, a importância do BPN na mortalidade perinatal, infantil e pré-escolar, e aponta possíveis formas de prevenir o nascimento de crianças com peso inferior a 2.500g (VILLAR, 1998).

Estudos apontam que dois processos básicos, isolados ou associados, estão ligados ao BPN: um é a diminuição da duração da gestação, ou seja, prematuridade, o outro é o retardo do crescimento intra-uterino (desnutrição intra-uterina). Esses

processos são determinados por um conjunto de fatores, destacando as condições socioeconômicas precárias; baixo peso da mãe, principalmente no início da gestação; doenças; tabagismo e estresse durante a gestação; falta ou deficiência de pré-natal; antecedentes reprodutivos desfavoráveis e a ocorrência de gravidez múltipla (KRAMER, 1987; MONTEIRO, 2000). A gestação múltipla, em relação à gestação única, é considerada de alto risco e pode ter um aumento significativo de complicações, tanto maternas quanto fetais (PARANÁ, 2004).

Na Tabela 2, estão apresentados os dados sobre Apgar dos recém-nascidos.

**Tabela 2. Distribuição dos recém-nascidos atendidos no PSF Santa Cruz, de acordo com o Apgar. Guarapuava, 10/2003 a 09/2004.**

| APGAR        |           | Nº        | %          |
|--------------|-----------|-----------|------------|
| 1º minuto    | 5º minuto |           |            |
| 0            | 4         | 1         | 1,1        |
| 2            | 4         | 1         | 1,1        |
| 4            | 7         | 2         | 2,2        |
| 5            | 9         | 1         | 1,1        |
| 6            | 9         | 1         | 1,1        |
| 7            | 8         | 2         | 2,2        |
| 7            | 9         | 2         | 2,2        |
| 7            | 10        | 3         | 3,3        |
| 8            | 9         | 4         | 4,5        |
| 8            | 10        | 3         | 3,3        |
| 9            | 9         | 1         | 1,1        |
| 9            | 10        | 67        | 74,6       |
| 10           | 10        | 2         | 2,2        |
| <b>TOTAL</b> |           | <b>90</b> | <b>100</b> |



Dos 90 RN, 67 (74,4%) apresentaram Apgar 9/10 no 5º minuto de vida; 2 (2,2%) com Apgar abaixo de 5 e o restante com uma distribuição de 17 RN (18,9%) com Apgar entre 9 e 4 no primeiro minuto de vida e entre 9 e 7 no 5º minuto de vida e 1 RN (1,1%) com Apgar 10/10.

Os parâmetros de avaliação do RN, estabelecidos por Virgínia Apgar, permitem observar o estado de saúde da criança no 1º e 5º minuto de vida. O Apgar não deve ser utilizado para determinar o início da reanimação e sim para avaliar a eficácia das condutas nos procedimentos de reanimação no 1º e 5º minuto de vida e, se necessário, no 10º, 15º e 20º minuto. Os aspectos avaliados são: cor da pele, frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular e irritabilidade reflexa. Para cada item é atribuída uma nota de 0 a 2 somando até 10 pontos no primeiro minuto de vida (BARROS; TASE, 1996).

Quando o Apgar continua com valores abaixo de cinco (05) na avaliação do 5º minuto, as probabilidades de riscos e seqüelas neurológicas são bem maiores. Deve-se continuar avaliando o Apgar a cada 5 minutos, até que atinja o escore 7 (PARANÁ, 2004).

A seguir, na Tabela 3, apresenta-se os dados relativos à idade gestacional.

**Tabela 3. Distribuição da idade gestacional dos recém-nascidos atendidos no PSF Santa Cruz. Guarapuava, 10/2003 a 09/2004.**

| Idade gestacional  | Nº        | %          |
|--------------------|-----------|------------|
| 22  —  27 semanas  | 1         | 1,1        |
| 28  —  31 semanas  | 0         | 0,0        |
| 32  —  36 semanas  | 10        | 11,1       |
| 37  —  41 semanas  | 78        | 86,7       |
| 42 semanas ou mais | 01        | 1,1        |
| <b>Total</b>       | <b>90</b> | <b>100</b> |

Quanto à idade gestacional, o recém-nascido tem sido classificado em pré-termo (menos de 37 semanas de gestação), a termo (de 37 a 41 semanas de gestação) e pós-termo (maior ou igual a 42 semanas de gestação) (BRASIL, 1994).

No estudo, depreende-se 12,2% de nascimentos pré-termo, ficando acima da média do Brasil, 7,8% (CORREIA; AULIFFE, 1999) e de Curitiba (PR), 6,4% (PARANÁ, 2002a).

O aumento do BPN, em geral, é atribuído ao encurtamento da duração das gestações. Aumentos na taxa de prematuridade também contribuíram para o aumento da prevalência do BPN (MONTEIRO, 2000).

Segundo Victora et al., (1988), existe uma relação estreita entre peso ao nascer e idade gestacional, sendo a prematuridade uma causa importante de baixo peso. Os autores colocam que, em países desenvolvidos, onde a nutrição fetal é adequada, cerca de 2/3 dos recém-nascidos de BPN são pré-termo. Já nos países periféricos a situação se inverte com cerca de 2/3 das crianças de BPN apresentando retardo de crescimento intra-uterino e o terço restante nascendo prematuras.

A seguir, apresenta-se algumas características maternas, com base nas DNVs. Na Tabela 4 estão os dados sobre o seguimento em pré-natal.

**Tabela 4. Distribuição das mães atendidas no PSF Santa Cruz, de acordo com o número de consultas no pré-natal. Guarapuava, 10/2003 a 09/2004.**

| Consultas PN | Nº        | %          |
|--------------|-----------|------------|
| Nenhuma      | 1         | 1,2        |
| 1  —  3      | 4         | 4,4        |
| 4  —  6      | 38        | 42,2       |
| 7 ou mais    | 47        | 52,2       |
| <b>Total</b> | <b>90</b> | <b>100</b> |

No estudo, verifica-se que 52,2% das gestantes obtiveram sete ou mais consultas no pré-natal (PN) e 47,8% abaixo de seis consultas. No Estado do Paraná, em 2004, foram encontrados os seguintes dados: 4,5% das gestantes realizaram de 1 a 3 consultas de PN, 23,6% de 4 a 6 consultas e 70,6% realizaram 7 ou mais consultas de PN. Em Curitiba: 2,3% realizaram de 1 a 3 consultas, 18,9% de 4 a 6 consultas e 78% 7 ou mais consultas de PN. Em Guarapuava, 8,1% realizaram de 1 a 3 consultas, 41,2% de 4 a 6 consultas e 50,0% 7 ou mais consultas de PN (PARANÁ, 2004). Portanto, no presente estudo, as gestantes tiveram 7 ou mais consultas de PN em proporção menor que aquelas do Estado e capital.

Segundo o Ministério da Saúde, o ideal para o acompanhamento do pré-natal, seria adotar o seguinte calendário de consultas: mensais até 33 semanas; quinzenais da 34<sup>a</sup> até 38<sup>a</sup> semana; semanais da 39<sup>a</sup> até 40<sup>a</sup> semana; e a cada três dias após a 40<sup>a</sup> semana de gestação, com limite máximo até 42 semanas (BRASIL, 2000).

Para uma gestante sem fatores de risco detectados na primeira consulta, estabelece-se que, no mínimo, seis consultas sejam realizadas pelo médico e/ou enfermeira (BRASIL, 2000; PARANÁ, 2004).

A demora para iniciar o pré-natal, a baixa adesão a ele e ao acompanhamento do lactente, contribuem para a elevação dos índices de mortalidade materna entre mães adolescentes e mortalidade perinatal (MARCON, 1997).

Na Tabela 5, a seguir, está a distribuição da escolaridade materna.

**Tabela 5. Distribuição das crianças atendidas no PSF Santa Cruz, de acordo com a escolaridade materna. Guarapuava, 10/2003 a 09/2004.**

| <b>Escolaridade materna</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b>   |
|-----------------------------|-----------|------------|
| Nenhuma                     | 2         | 2,3        |
| 1  —  3 anos                | 12        | 13,3       |
| 4  —  7 anos                | 32        | 35,5       |
| 8  —  11 anos               | 33        | 36,7       |
| 12 anos ou mais             | 11        | 12,2       |
| <b>TOTAL</b>                | <b>90</b> | <b>100</b> |

A tabela acima apresenta 51,1% das mães com nível de escolaridade menor que 8 anos de estudo, considerado como baixa instrução e fator de risco ao nascer, definido na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança (BRASIL, 2005a).

Segundo Hakkert (1986), o nível educacional com mais grau de escolaridade, teoricamente oferecem mais condições para as mães de prevenir e tratar doenças de forma mais adequada.

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) aponta que, para o país, os diferenciais por nível de instrução das mães e assistência ao pré-natal e parto são notáveis, bem como local de residência e região: entre as mulheres sem nenhuma instrução, a mortalidade infantil é de 93/1000 NV, caindo para 28/1000 NV entre aquelas com 11 anos de estudo. A baixa escolaridade e a pobreza estavam associadas ao aumento de fecundidade, pois a proporção de mães adolescentes sem escolarização era 14 vezes maior que a daquelas com nove a onze anos de escolaridade (PNDS, 1997).

Um estudo realizado em São Paulo, no ano de 1982, por Barros, Victora e Vaughan (1986), demonstrou que a escolaridade materna esteve fortemente associada ao BPN, onde as mães sem nenhuma instrução formal tiveram duas vezes mais filhos com baixo peso do que as com 9 anos ou mais de estudo (13,5% e 6,2%, respectivamente).

A escolaridade dos familiares é apontada como aspecto importante para as condições de saúde na infância, sobretudo a escolaridade materna, destacando-se que há ligação com a utilização mais ou menos eficiente da renda e dos serviços públicos que estiverem ao alcance, que exerce influência também nas oportunidades de emprego e de salários e, nessa medida, condiciona o próprio poder aquisitivo das famílias (MONTEIRO; FREITAS, 2000).

Ainda, no tocante às características maternas, são apresentados, na Tabela 6, os dados sobre a idade materna.

**Tabela 6. Distribuição das crianças atendidas no PSF Santa Cruz, de acordo com a idade materna. Guarapuava, 10/2003 a 09/2004.**

| <b>Idade da mãe</b> | <b>N</b>  | <b>%</b>   |
|---------------------|-----------|------------|
| 15  —  19 anos      | 16        | 17,8       |
| 20  —  29 anos      | 45        | 50,0       |
| 30  —  39 anos      | 27        | 30,0       |
| 40 anos ou mais     | 2         | 2,2        |
| <b>Total</b>        | <b>90</b> | <b>100</b> |

Verifica-se que 17,8% das gestantes estavam em fase de adolescência, faixa de risco para gravidez, e 30% na faixa de 30 a 39 anos, sendo 15,6% acima de 35 anos. Assim, foram encontrados 33,4% das gestantes na faixa de risco para gravidez.

Dentro dos critérios para caracterização de risco gestacional, um dos fatores biológicos destacados é a idade, sendo enfatizadas as faixas etárias abaixo de 18 e acima de 35 anos, consideradas como fatores de risco associados ao baixo peso de nascimento e à mortalidade infantil (BRASIL, 2000; PARANÁ, 2004).

A adolescência é considerada pela OMS como período entre 10 e 19 anos de idade. A juventude é definida pelas Nações Unidas como período entre 17 a 25 anos. Segundo a OMS, a adolescência subdivide-se em 2 subperíodos: de 10 a 14 anos (adolescência precoce) e de 15 a 19 anos (adolescência tardia), em que “O indivíduo passa do aparecimento das características secundárias à maturidade sexual; os padrões psicológicos e a identificação do indivíduo evoluem da fase infantil para a fase adulta; ocorre a transição do estado de total dependência socioeconômica para o de relativa independência” (BERETTA, 1995, p.182).

Aproximadamente um bilhão de pessoas – quase uma entre seis pessoas no planeta – é adolescente; 85% vivem em países em desenvolvimento e, a cada ano, quase 15 milhões de adolescentes entre 15 – 19 anos tornam-se mães, 4 milhões fazem aborto e até 100 milhões ficam infectados por uma doença sexualmente transmissível curável (UNFPA, 1997).

Adolescentes com menos de 18 anos apresentam de duas a cinco vezes mais riscos de mortalidade materna do que mulheres com idade de 18 a 25, devido ao trabalho de parto prolongado, hemorragia e outros fatores (WHO, 2000).

A Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos divulgou no trabalho intitulado Dossiê de Mortalidade Materna, uma estimativa nacional de 110 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, com base em uma análise de Tanaka (2001). Um índice bastante alto em comparação com países como Canadá com coeficiente de 5 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, em 1995; os Estados Unidos com 7,1, em 1995; Hong Kong com 3, em 1997, e a Áustria com 4,5, em 1996 (TANAKA, 2001).

A orientação da OMS é uma tentativa de diminuir o número de mortes maternas, no caso do Brasil que são 74,5 mulheres a cada 100 mil nascimentos (2003).

Dados esses, fortemente influenciados pelo procedimento cesariano, sem indicação precisa. Segundo estudos realizados pelo Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP, 1995), o parto cesáreo pode resultar em uma mortalidade materna até 12 vezes maior que o parto vaginal.

No estudo realizado pelo Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná (CEPMMP), no triênio 1997 a 1999, a análise dos coeficientes de mortalidade demonstra a existência de risco elevado de gravidez abaixo de 15 anos, com um índice de 125,81/100.000 NV. Esse índice apresenta elevação importante quando considerado o triênio anterior (91,5/100.000 NV), chamando a atenção para a necessidade urgente de medidas para atendimento.

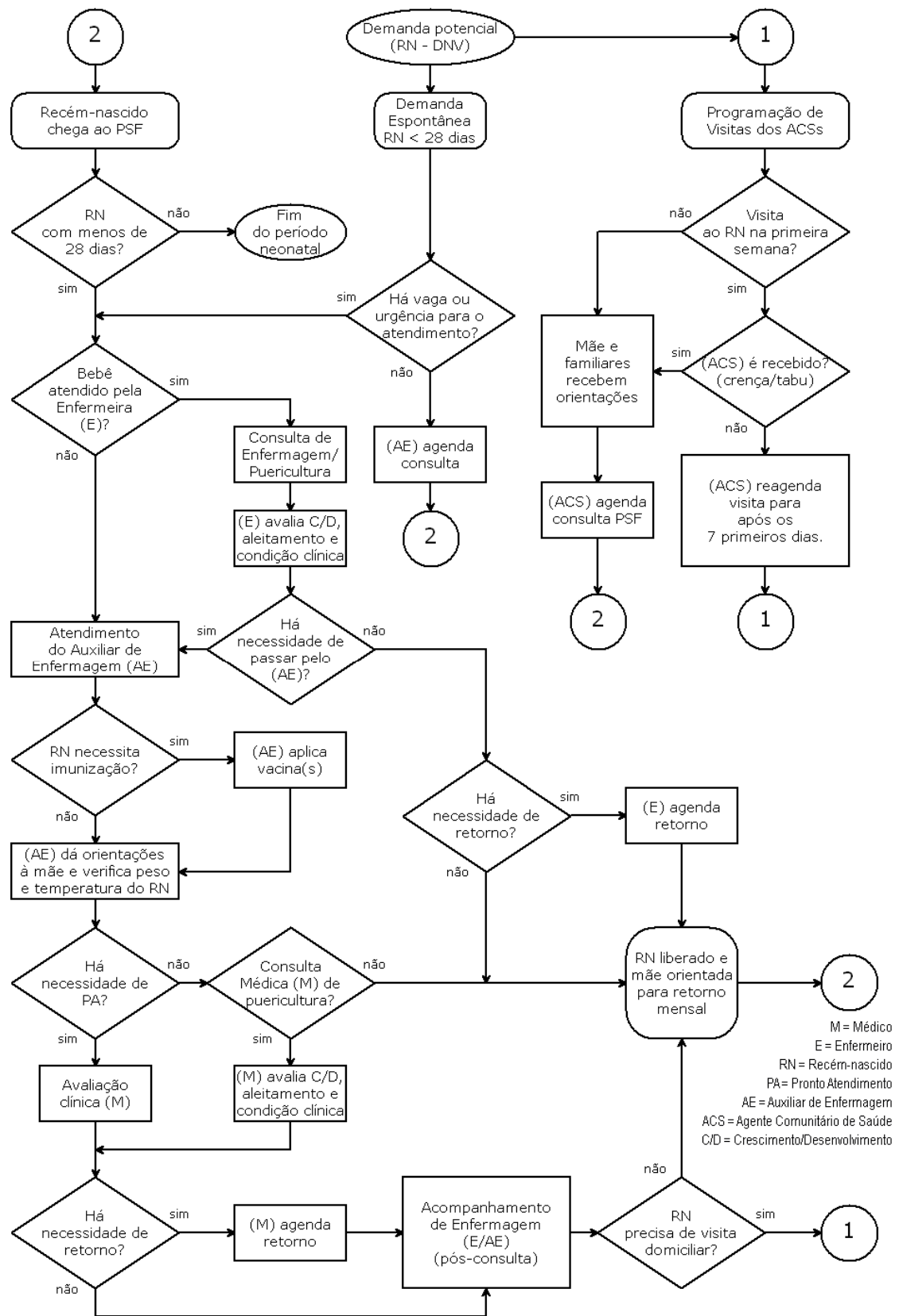
O índice de mortalidade materna no Paraná, em adolescentes, foi de 13,2%, no triênio 1997-1999, justificando-se pelo aumento do número de adolescentes que ficaram grávidas nesse período. A maior frequência dos óbitos maternos no Paraná nesse período, concentra-se na faixa etária de 25 a 34 anos com 41,3% dos óbitos, que corresponde à faixa etária na qual ocorre o maior número de nascimentos (38,6%) (PARANÁ, 2002).

No Paraná, no ano de 2004, a faixa etária de 10-14 anos representou 1.303 gestantes (0,8%), 15-19 anos 31.509 (19,9%); em Curitiba 10-14 anos, 116 (0,5%), 15-19 anos 3.923 (15,6%); e, em Guarapuava, 10-14 anos 33 (1,1%), 15-19 anos 661 (21,6%), portanto, muito acima da média da capital e do Estado (PARANÁ, 2004).

## 4.2 A ASSISTÊNCIA AOS RECÉM-NASCIDOS

A partir do prontuário de família, foi possível coletar os dados referentes ao seguimento do recém-nascido. Inicialmente, foram listados os tipos de atendimento, quais os profissionais da unidade que os realizavam e o tipo de demanda. Essa listagem possibilitou mapear os fluxos desses atendimentos, sendo elaborado o fluxograma de atendimento ao recém-nascido, apresentado a seguir.

**Figura 1 – Fluxograma de atendimento ao recém-nascido.**





O atendimento inicial aos recém-nascidos, de acordo com o fluxograma definido pela unidade do PSF Santa Cruz, é desencadeado pelas informações contidas nas DNVs, configurando a demanda potencial dos bebês nascidos na região de abrangência dessa unidade de saúde.

A partir dessa demanda de nascimento, é proposto o atendimento ao recém-nascido na primeira semana de vida. As DNVs, enviadas pela Secretaria Municipal da Saúde ao PSF, são manuseadas pelos ACSs, a partir das quais fazem a programação de visitas.

O atendimento ao recém-nascido também pode ocorrer por demanda espontânea, ou seja, a família comparece à unidade antes que a visita domiciliar tenha sido realizada pelos ACSs. Nessas situações, havendo vaga ou urgência de atendimento, o RN é encaminhado ao atendimento de enfermagem.

É proposto que o bebê e família passem por consulta de enfermagem com enfoque em puericultura, de acordo com a possibilidade da agenda. Na consulta de enfermagem, realizada pela enfermeira, será observado o crescimento e desenvolvimento infantil, o aleitamento materno e as condições clínicas do bebê, assim como o agendamento de retorno.

Tendo passado ou não pela consulta com a enfermeira, o RN é atendido pelo auxiliar de enfermagem, que mensura peso, verifica temperatura se necessário e avalia o estado vacinal BCG e contra a Hepatite B. Nessa avaliação é verificada a necessidade de pronto-atendimento médico, consulta médica de puericultura ou acompanhamento pela enfermagem, levantando, ainda, a necessidade de visita domiciliar ou novos retornos médicos.

Verificou-se nos prontuários, que, nesse período, algumas mães e/ou familiares não autorizaram a entrada do ACS, quando da visita domiciliar, devido a crenças e tabus. Nesses casos o ACS agenda uma nova visita para depois da primeira semana de vida do RN. Na efetivação da visita domiciliar, a mãe e/ou familiares recebem orientações sobre cuidados básicos com o bebê e são orientados a procurarem

o PSF para receber atendimento da enfermeira (consultas de enfermagem/puericultura) e dos auxiliares de enfermagem (controle de peso e imunização). Percebe-se que os casos de não comparecimento à unidade do PSF para atendimento pelo profissional de nível universitário, foram devidos ao estado satisfatório da criança. Observou-se que algumas mães, em geral as adolescentes, continuavam morando com os pais, podendo ser indicativo de elas sentirem-se mais seguras nos cuidados com o bebê, prorrogando a ida ao PSF.

Quando ocorre o comparecimento na unidade, mas a enfermeira não pode atender o recém-nascido, o auxiliar de enfermagem o atende, realizando orientações e os procedimentos de vacinação, medição de peso, altura e temperatura (solicitação da mãe ou quando ele percebe que o bebê está com temperatura elevada).

Se for encontrada temperatura elevada, tanto no atendimento da enfermeira quanto no do auxiliar de enfermagem, o recém-nascido é logo encaminhado, para a consulta com o médico, caracterizando um pronto-atendimento. Após essa consulta, havendo necessidade de retorno, ainda dentro dos 27 dias de vida, o médico encaminha para a enfermeira a fim de reagendar o retorno e monitorar, juntamente com os ACSs, os cuidados e controles necessários (pós-consulta). Se não houver necessidade de atendimento médico, o atendimento ou seguimento será mensal com a enfermeira.

Depreende-se que o fluxograma configura um processo de captação-intervenção-seguimento-avaliação da criança e família. Procura retratar esquematicamente o atendimento ao recém-nascido, enfatizando a programação de visitas domiciliares, consultas e procedimentos realizados na unidade de saúde. Contrapondo com as recomendações vigentes, depreendem-se lacunas evidenciando que nem todos os recém-nascidos estão sendo avaliados por profissional enfermeiro e/ou médico e que esses profissionais não realizam visita domiciliar, o que por sua vez não cumpre a proposta do PSF quando atribui a todos os componentes da equipe a responsabilidade de serem o elo com a comunidade e, assim, possibilitar o reconhecimento, a avaliação

e intervenção no contexto familiar. Percebe-se que os ACSs têm cumprido esse papel, de acordo com suas atribuições.

A seguir apresenta-se o quadro 2 com a planilha de atendimento realizado pelos profissionais da equipe.

**Quadro 2: Distribuição dos atendimentos realizados por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde aos recém-nascidos. Guarapuava, 10/2003 a 09/2004.**

| Criança | Médico   | Enfermeiro | Auxiliar de Enfermagem                              |      |             |               | ACS    |                   |
|---------|----------|------------|---|------|-------------|---------------|--------|-------------------|
|         | Consulta | Consulta   | Pré-consulta<br>(Peso / Temperatura / Per.Cefálico) | Peso | Temperatura | Teste Pezinho | Vacina | Visita Domiciliar |
| 1       | 1        | 1          | 1   | 1    | 0           | 0             | 1      | 2                 |
| 2       | 2        | 1          | 2   | 0    | 0           | 1             | 1      | 1                 |
| 3       | 1        | 1          | 1   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 4       | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 5       | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 1             | 1      | 3                 |
| 6       | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 1             | 1      | 2                 |
| 7       | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 8       | 0        | 1          | 0   | 1    | 1           | 1             | 1      | 1                 |
| 9       | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 1             | 1      | 1                 |
| 10      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 11      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 1             | 1      | 1                 |
| 12      | 0        | 1          | 0   | 1    | 1           | 0             | 1      | 1                 |
| 13      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 14      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 15      | 0        | 1          | 0   | 1    | 1           | 0             | 1      | 0                 |
| 16      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 1             | 1      | 1                 |
| 17      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 18      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 19      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 20      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 21      | 1        | 1          | 1   | 0    | 0           | 1             | 1      | 1                 |
| 22      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 1             | 1      | 1                 |
| 23      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 24      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 25      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 26      | 0        | 0          | 0   | 1    | 1           | 0             | 1      | 1                 |
| 27      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 1             | 1      | 1                 |
| 28      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 29      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 30      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 31      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 1             | 1      | 1                 |
| 32      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 33      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 34      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 1             | 1      | 1                 |
| 35      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 1             | 1      | 1                 |
| 36      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 37      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 38      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |

| Criança | Médico   | Enfermeiro | Auxiliar de Enfermagem                              |      |             |               |        | ACS               |
|---------|----------|------------|---|------|-------------|---------------|--------|-------------------|
|         | Consulta | Consulta   | Pré-consulta<br>(Peso / Temperatura / Per.Cefálico) | Peso | Temperatura | Teste Pezinho | Vacina | Visita Domiciliar |
| 39      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 1             | 1      | 1                 |
| 40      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 2                 |
| 41      | 0        | 1          | 0   | 1    | 1           | 1             | 1      | 1                 |
| 42      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 43      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 44      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 45      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 1             | 1      | 1                 |
| 46      | 1        | 1          | 1   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 47      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 48      | 0        | 0          | 0   | 1    | 1           | 0             | 1      | 1                 |
| 49      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 2                 |
| 50      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 51      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 52      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 53      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 54      | 1        | 1          | 1   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 55      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 56      | 1        | 1          | 1   | 0    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 57      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 58      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 59      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 60      | 1        | 1          | 1   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 61      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 62      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 63      | 1        | 2          | 1   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 64      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 65      | 0        | 0          | 0   | 1    | 1           | 0             | 1      | 1                 |
| 66      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 67      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 68      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 69      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 70      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 71      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 72      | 1        | 1          | 1   | 0    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 73      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 74      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 75      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 76      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 77      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 78      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 79      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 80      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 81      | 1        | 1          | 1   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 82      | 0        | 3          | 0   | 2    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 83      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 84      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 85      | 0        | 0          | 0   | 1    | 1           | 0             | 1      | 1                 |
| 86      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 87      | 1        | 1          | 1   | 0    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 88      | 2        | 1          | 2   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 89      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| 90      | 0        | 0          | 0   | 1    | 0           | 0             | 1      | 1                 |
| Total   | 15       | 21         | 15  | 86   | 8           | 16            | 90     | 95                |

A planilha apresentada é vista como um “Sistema de Informação”, termo esse empregado pela literatura para designar o conjunto de canais formais e informais de

comunicação da informação dentro de uma organização ou de uma comunidade. Todos os Sistemas de Informação apresentam as mesmas etapas operacionais, baseadas no seguinte tripé: a coleta, o processamento/tratamento e a transmissão/difusão da informação (COHEN, 1995). Através dos prontuários de família, pode-se, portanto, coletar dados importantes no que se refere ao seguimento do RN na unidade pesquisada.

No tocante às visitas domiciliares, 89 recém-nascidos foram visitados, pelos ACSs, sendo que 5 deles por duas ou três vezes. Destaca-se que a grande maioria dessas visitas (73,6%) foi realizada no período neonatal.

Esse aspecto vai ao encontro do que está sendo preconizado atualmente pelo Ministério da Saúde, sobre a “Primeira Semana: Saúde Integral” (BRASIL, 2005a).

O atendimento domiciliar, no Brasil, vem ganhando força na última década e tem a preocupação em atender o cliente/família, para que tenham uma melhor qualidade de vida em seu domicílio, permitindo aos profissionais dos serviços aprofundarem seus conhecimentos sobre as condições de vida de sua clientela (ROUQUAYROL, 1999).

Esse tipo de atendimento é uma atividade existente há muito tempo no setor de saúde e propicia um contato mais estreito dos profissionais com o paciente e seus familiares em seu próprio meio, podendo ser este momento útil para uma avaliação das condições que o cerca e por vezes de grande importância para o sucesso no atendimento (BORDAS; SANTAMARIA; GONDELL, 1992).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi apresentado em 1991, como um programa especial cuja finalidade era estender a cobertura de ações de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, especialmente para o grupo materno-infantil. Inicialmente foi implantado na região Nordeste e depois estendido à Região Norte (BRASIL, 1994). Tinha como objetivo geral “melhorar, através dos ACSs, a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, e contribuir para a construção dos sistemas locais de

saúde” (BRASIL, 1993, p. 67). A partir de 1993 teve seu objetivo ampliado, passando a ser expresso do seguinte modo: “Incorporar ao Sistema Único de Saúde (SUS), Agentes Comunitários de Saúde para desenvolver ações básicas de promoção, saúde e prevenção da doença, funcionar como elo entre a população e os serviços de saúde, contribuindo assim, com a comunidade, no processo de aprender e ensinar a cuidar da própria saúde” (BRASIL, 1994, p. 36). Em 1994, o PACS é inserido no PSF, onde a principal atividade dos ACS é a visita domiciliar, cabendo, portanto, ser planejada com a equipe e definidas as suas prioridades. Preconiza-se que cada família deva receber uma visita/mês pelo ACS; no entanto, há situação em que a família deve ser visitada mais vezes (ARAÚJO, 2001).

Constata-se, assim, que no PSF Santa Cruz, em Guarapuava, tal recomendação foi atendida.

Com relação aos atendimentos realizados pelo enfermeiro e/ou médico, apenas 18 bebês (20%) receberam esse atendimento, perfazendo 36 consultas. Do total de 36 consultas realizadas no período neonatal, 7 (19,4%) foram realizadas na primeira semana de vida, embora a grande maioria tenha sido visitada em seu domicílio pelos ACSs.

De acordo com a planilha do Quadro 2, apreende-se baixa cobertura de registro de teste do pezinho (17,8%), podendo ter sido realizado mas não consta nos prontuários. Houve baixa cobertura para pré-consulta (16,7%), para consultas de enfermagem (23,3%) e para consultas médicas (16,7%). As coberturas foram boas para esquema vacinal completo para a faixa etária (100%), para visitas domiciliares (100%) e para verificação de peso (95,5%).

Segundo recomendações da Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), quando a criança for identificada como de risco (ao nascimento ou riscos associados/adquiridos), devem ser priorizadas as ações de vigilância à saúde, ou seja: captação precoce e busca ativa para a manutenção do calendário de atenção à saúde da criança, segundo proposta de

acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança menor de 5 anos, além da avaliação de assistência com retornos mais frequentes e outros cuidados que a criança necessite. Também, o cuidado na “Primeira Semana: Saúde Integral” (BRASIL, 2005a) coloca em destaque a responsabilidade e compromisso de avaliar e verificar as condições da mãe e da criança, para que se possam providenciar, precocemente as referências necessárias, já na primeira semana de vida.

Tal estratégia contempla os seguintes compromissos:

- verificação do cartão da criança/condições de alta da maternidade/unidade de assistência ao recém-nascido;
- avaliação geral da criança;
- identificação da criança de risco ao nascer;
- avaliação da saúde da puérpera;
- avaliação e identificação da alimentação; avaliação e orientação para o aleitamento materno – ressaltar a importância do aleitamento materno por 2 anos sendo exclusivo nos primeiros 6 meses;
- observação e avaliação da mamada no peito para garantia do adequado posicionamento e pega da aréola;
- avaliação da mama puerperal e orientação quanto à prevenção das patologias enfocando a importância da ordenha manual do leite excedente e a doação a um Banco de Leite Humano;
- teste do pezinho;
- aplicação das vacinas (BCG e contra hepatite para o recém-nascido, dupla tipo adulto e tríplice viral para a mãe, se necessário);

- agendamento de consulta para o recém-nascido e para a puérpera (30 dias após o parto) (BRASIL, 2005a).

De acordo com as anotações dos prontuários consultados, foi possível obter alguns dados do seguimento dos RN (aleitamento materno, vacinação e hospitalizações), reunidos e apresentados a seguir.

Quanto ao aleitamento materno, o Ministério da Saúde, no documento “Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”, reforça a garantia e o direito da criança à amamentação nos seis primeiros meses de vida (BRASIL, 2004).

No estudo, percebeu-se que 77,8% (70), receberam aleitamento exclusivo, 15,6% (14) aleitamento misto e 6,6% (06) aleitamento artificial, que segundo a UNICEF (2003) define-os como: aleitamento materno exclusivo é definido quando a criança recebe apenas o leite materno; o aleitamento artificial é quando as mães desmamam as crianças antes dos 6 meses de idade e introduzem alimentação complementar e o aleitamento misto é quando as mães dão o leite artificial (de vaca, de cabra e fórmulas infantis/ou leite em pó para bebês), além de outros líquidos (chá, água, suco) para seus bebês.

O aleitamento materno é um bom exemplo de política pública que envolve família, comunidade, governos e sociedade civil, com baixo custo e excelente impacto sobre o desenvolvimento infantil. É o melhor e mais completo alimento para as crianças de zero a 6 meses de idade (UNICEF, 2003).

Anualmente, mais de 10 milhões de crianças morrem devido a doenças evitáveis, incluindo a diarreia, pneumonia, o sarampo e a malária. A estimativa é de que se todas as crianças fossem amamentadas exclusivamente no seio, desde o nascimento até os seis meses de idade, 3.500 crianças poderiam ser salvas a cada dia. Ou seja, cerca de 1,3 milhões durante 2004. Estima-se que 39% dos bebês no mundo são amamentados exclusivamente com leite materno nos primeiros seis meses de vida (UNICEF, 2001).



Em estudos realizados em 14 municípios da Grande São Paulo, onde, coletaram-se informações relativas à amamentação por entrevistas, em uma amostra por conglomerados em dias nacionais de vacinação (Projeto Amamentação e Municípios), permitiu avaliar o cálculo do impacto da amamentação sobre o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI). Como resultado obteve-se que a fração de mortalidade evitável por infecção respiratória variou, segundo o município e a faixa etária, entre 33% e 72%. Para diarreia, a variação ficou entre 35% e 86%. A estimativa média de impacto foi de 9,3% no CMI, com variações, segundo o município, entre 3,6% e 13%. Concluiu-se que, no primeiro ano de vida a amamentação pode ser a estratégia mais exequível de redução da mortalidade pós-neonatal para além dos níveis já alcançados em municípios do Estado de São Paulo (VENANCIO et al., 1998).

No que se refere à imunização básica, o esquema foi seguido adequadamente, isto é, todos os RN receberam as doses iniciais de hepatite B (no hospital) e a BCG (na unidade do PSF) nos primeiros dez dias de vida. Sabe-se que uma das maiores conquistas do Brasil nos últimos anos foi sem dúvida, o nível de imunização contra coqueluche, difteria, tétano, sarampo, tuberculose e poliomielite. Todos os índices de imunização cresceram, ajudando as crianças a ter uma vida mais saudável (UNICEF, 2001).

A imunização é um excelente exemplo de intervenção que envolve a família, a comunidade e os serviços públicos, com custos relativamente baixos e enorme impacto no desenvolvimento infantil, uma vez que ajuda a assegurar o crescimento seguro da criança, que fica livre de doenças perigosas, mesmo quando vive em ambientes onde há riscos para a saúde (UNICEF, 2001).

Na capital do Estado, Curitiba, a cobertura vacinal para o tipo imunobiológico BCG representou 87,6%, para Hepatite B 80,5%, e para a poliomielite 103,2%, representando a maior cobertura de imunização (PARANÁ, 2005).

Outra situação analisada foi, a das internações hospitalares de acordo com uma das causas mais comuns de morte na infância: as infecções respiratórias agudas (IRA).

No estudo, 6 RN foram internados com as seguintes idades: 5, 6 e 7 dias de vida, com quadro de pneumonia.

Atribuem-se as IRAs, 4 milhões das 15 milhões de mortes anuais estimadas das crianças com menos de 5 anos de idade. Dois terços dessas mortes ocorrem entre lactentes (especialmente os de pouca idade-menor de 6 meses). Quase todas as mortes por IRA de crianças de pouca idade se devem a infecções agudas das vias respiratórias inferiores, especialmente a pneumonia (BENGUIGUI, 1997).

Segundo a OMS, quanto a sua localização, as IRAs podem ser classificadas em: IVAS - vias aéreas superiores (rinofaringite aguda, faringoamigdalite, otite média aguda e sinusite) e vias áreas inferiores (laringite, epiglote, traqueobronquite, bronquiolite e pneumonia). Aproximadamente 75% das IRAs, correspondem as infecções de vias aéreas superiores (BEHRMAN, 1985).

Os neonatos e os lactentes com 1 mês de idade e com pneumonia correm um risco particularmente alto de mortalidade. Neste grupo etário, as infecções bacterianas podem apresentar somente sintomas clínicos não específicos, o que dificulta distinguir a pneumonia da sepsis e da meningite (BENGUIGUI, 1997). A pneumonia, uma das principais causas de mortes infantis, mata cerca de 800 crianças a cada hora, com 53% desses óbitos ocorrendo no período pós-neonatal, (UNICEF, 2001).

Sintetizando, a elaboração da planilha e do fluxograma de atendimento permitiu descrever as formas de captação, intervenção e seguimento do RN realizadas pelos profissionais do PSF. Por meio de dados dos prontuários, há indicativos de que há relações positivas com a comunidade, especificamente os contatos com os ACSs e os atendimentos profissionais. No entanto, aspectos da organização da assistência precisam ser constantemente repensados para que possam ser trabalhadas as necessidades de saúde de toda a população adscrita à unidade do PSF, além de outros elementos relevantes para a intersectorialidade e integralidade da atenção à saúde.

## **5    *CONSIDERAÇÕES FINAIS***

Esta investigação teve como objetivo descrever o atendimento aos recém-nascidos em uma unidade do PSF, caracterizando o seguimento dos bebês no período neonatal em uma realidade concreta e contextualizada.

A partir da análise dos dados contidos nas declarações de nascidos vivos e nos prontuários, foi possível mapear os fluxos dos atendimentos aos recém-nascidos, fornecendo uma visualização esquemática da assistência no período neonatal, dentro de um processo de captação-intervenção-seguimento-avaliação em uma unidade de PSF.

O PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. Propõe humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário, por meio do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida. Nessa perspectiva, o PSF objetiva a integração e a organização das atividades em território definido, com o propósito de enfrentar os problemas encontrados, com vistas a mudanças no sistema, de forma articulada e contínua.

O PSF vem criando novas práticas, englobando a abordagem coletiva sanitária e preconizando uma assistência integral e contínua a todos os membros da população adscrita à unidade de saúde, em cada uma das fases de seu ciclo de vida, direcionando, assim, para a construção de um efetivo vínculo entre a equipe de saúde, as famílias e a comunidade.

De acordo com as principais causas de morbidade e mortalidade na infância, no país, o Ministério da Saúde vem colocando ações que não podem deixar de ser priorizadas e realizadas em sua plenitude, as quais envolvem a promoção do crescimento saudável, do desenvolvimento e da alimentação, enfocando a vigilância à

saúde das crianças e o cuidado às doenças prevalentes, de modo articulado às diretrizes do PSF. A vigilância à saúde pela equipe de atenção básica é nomeada como a postura ativa que o serviço deve assumir em situações de risco e dirigida a pessoas com maior vulnerabilidade, desencadeando estratégias para minimizar os danos com adequado acompanhamento da saúde (BRASIL, 2005a).

Em termos de saúde infantil, o PSF tem tido uma ampliação de cobertura de assistência à população em nosso país, sendo divulgados, principalmente, as melhorias dos indicadores de mortalidade infantil, os óbitos no domicílio, as hospitalizações, o aleitamento materno e a vacinação na comunidade em que o programa foi implantado (SILVA, 2003; BRASIL, 2005b). Depreende-se da literatura que o trabalho do PSF vem favorecendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças prevalentes, com diminuição de mortes no primeiro ano de vida e efetivação do acompanhamento da saúde da criança e da família.

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado como prioridade do Governo Federal, prevê uma ação orquestrada entre as três esferas de governo e a sociedade civil, que visa diminuir em 15%, até o final de 2006, os atuais índices de mortes de mulheres e de bebês com até 27 dias de vida. Em 2015, a meta é atingir uma redução de 75% desses índices (BRASIL, 2004).

Conforme a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2005a), um dos enfoques essenciais é a denominada “Primeira Semana: Saúde Integral”, que recomenda a visita domiciliária pelos ACSs, particularmente no último mês de gestação e na primeira semana de vida da criança, como uma ação prioritária de vigilância à saúde da mãe e do bebê e de fundamental importância para o incentivo, orientação e apoio à amamentação. Na prevenção de doenças e promoção da saúde, a visita domiciliária tem sido um dos instrumentos, historicamente, utilizados no âmbito da intervenção de enfermagem de saúde pública, focalizando, preferencialmente, a família como alvo de atenção (EGRY; FONSECA, 2000).

Os autores Bordas, Santamaría e Gondell (1992) têm apontado a temática do atendimento ao cliente/família no domicílio como opção de oferecer melhor qualidade de vida à clientela. O atendimento domiciliar é abordado como propiciador de um contato mais estreito dos profissionais de saúde e as famílias em seu próprio ambiente, podendo esse momento ser útil para uma avaliação das condições que as cercam e, por vezes, de grande importância para o sucesso do acompanhamento da saúde das pessoas.

No tocante a atenção à saúde da criança, após seu nascimento, vem sendo enfatizada a importância de se conhecer o número de recém-nascidos e de puérperas da área de abrangência da unidade; programar ações de saúde; realizar visitas domiciliares a partir da primeira semana de vida; avaliar a saúde materna; verificar cartão da criança e relatório de alta da maternidade; identificar recém-nascido de risco ao nascimento; avaliar a saúde do recém-nascido; orientar registro de nascimento; orientar e realizar teste do pezinho; orientar e incentivar o aleitamento materno e os cuidados com a criança; avaliar e orientar sobre alimentação; orientar e realizar vacinação; realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantis; avaliar sinais de risco/perigo e identificar fatores de risco; realizar práticas educativas; não perder oportunidades de abordagem global da criança (BRASIL, 2002). Outro aspecto importante é que, de modo geral, os dados contidos nas DNVs têm fornecido elementos para desencadear ações de saúde no período neonatal (BRASIL, 2001b).

Por outro lado, além da visita domiciliária, as consultas de enfermagem e médica, são importantes práticas para a assistência, a terapêutica, o controle das doenças prevalentes, a educação em saúde, a avaliação da dinâmica familiar e dos recursos da família e da comunidade, entre outros aspectos. É importante que o trabalho realizado em unidades de PSF seja permeado pela integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, trabalho em equipe e pela articulação entre saberes técnico-científicos e saberes práticos, valorizando os sujeitos e imprimindo, cada vez mais, o cuidado humanizado em saúde.

A identificação, a busca ativa e o monitoramento do recém-nascido, sob a condição de maior risco de adoecer e morrer, significou um desafio contínuo de incluir um modelo de assistência voltado e fundamentado nos conceitos de prevenção, promoção e de reorganização da atenção básica à saúde, que é proposto, também, pelo modelo do PSF.

Neste estudo, a elaboração do Fluxograma de Atendimento ao recém-nascido aponta para reflexões sobre a qualidade da assistência, as formas de captação das crianças e o modo de efetivar a educação em saúde, além de sua utilização como instrumento para a organização dos serviços de PSF. No entanto, ao confrontar o fluxograma definido pelo serviço de saúde com os dados coletados nos prontuários, depreende-se que esse fluxo não está sendo plenamente efetivado na prática, sendo as principais lacunas as baixas coberturas de atendimento médico e de enfermagem. Há necessidade de incrementar o atendimento e intensificar a articulação entre os membros da equipe de saúde, particularmente com os ACSs que têm desenvolvido as visitas domiciliares e busca ativa, demonstrando vínculo com as famílias.

A vigilância à morbimortalidade infantil vista pela forma de captação e de acompanhamento das crianças de risco, pode ter êxitos e limitações, sendo necessário reavaliar, continuamente, todas as ações desenvolvidas na atenção materno-infantil, para que se possa fortalecer a proposta de reorganização dos serviços de saúde.

Cabe ressaltar que a abordagem aqui colocada sobre a assistência aos recém-nascidos, nesta unidade de PSF, tende a ser limitada e contextual, sobressaindo algumas indicações de que o período neonatal tem significados para a continuidade e sistematização do seguimento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Dentro desta reorganização do modelo de saúde, deve se valorizar a comunicação e discutir os meios de acesso da população às informações, principalmente os meios de comunicação em massa. O aproveitamento das potencialidades educativas e comunicativas fortalecerá as ações em saúde, proporcionando um aumento da qualidade de vida da população. Sendo a clientela

infantil a que mais exige uma mobilização integral, é necessário um competente diagnóstico do perfil de saúde da criança, para que se consiga planejar e implementar ações para se obter bons resultados. Quanto aos profissionais envolvidos, é necessário que se estruturam em suas práticas, no sentido de obterem uma melhor relação com a comunidade, para que possam enfrentar situações-limites em que a decisão imponha uma escolha pela saúde e pela vida. O acolhimento humanizado permitirá a satisfação prestada à clientela e a criação de laços de compromissos e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Recomenda-se a prática da vigilância à saúde de forma continuada e sistematizada para que o monitoramento ao crescimento, desenvolvimento, promoção ao aleitamento materno, controle das doenças diarréicas e respiratórias, oferta livre de imunização, possam contribuir para a promoção e prevenção à saúde infantil.

## 6 REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M. R. N. **Visita domiciliar - instrumento de trabalho na Saúde da Família.** Entrevista realizada pela Revista de Atenção Primária à Saúde. NATES – Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde. São Paulo, 2001.
- BACKET, E. M.; DAVIES, A. M.; BARZAVIAN, A. P. **O enfoque de risco na assistência à saúde.** Washington (DC): OPAS, 1985.
- BANCO MUNDIAL. Unidade de Gestão do Brasil/Unidade de Gestão do Setor de Desenvolvimento Humano. **Saúde materna infantil:** report nº 23811. Brasil, 2002.
- BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P.; VICTORA, C. G. Why so many caesarean sections? The need for a further policy change in Brazil. **Health Policy Plan**, v. 1, p. 19-29, 1986.  
[Medline]
- BARROS, J. C. R.; TASE, T. H. Reanimação ao nascimento. In: LEONE, C. R.; TRINCHIN, M. R. **Assistência integrada ao recém-nascido.** São Paulo: Atheneu, 1996. Cap. 2, p. 23-32.
- BEHRMAN, R. E. Preventing low birth weight: a pediatric perspective. **J. Pediatr.**, v. 107, p. 842-54, 1985.
- BELIZÁN, J. M. et al. Implications of cesaren sections in Latin America: ecological study. **BMJ**, v. 319, p. 1397-402, 1999.
- BENIGUI, Y. **Investigações operacionais sobre o controle das infecções respiratórias agudas (IRA).** Washington: OPAS/OMS, 1997.
- BERETTA, M. L. R. Estudo sobre a incidência de partos na adolescência em um município do estado de São Paulo. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v. 3, n. 20, p. 181-11, 1995.
- BOA SAÚDE. Disponível em: <http://boasaude.uol.com.br>. Acesso em: 23 fev. 2005.
- BORDAS, R. M.; SANTAMARIA, A. Z.; GONDELL, A. **La intervencion domiciliaria.** Rol Enfermería, Barcelona, v.15, n. 163, p. 2-37, 1992.



BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Textos básicos de saúde. **Assistência Integral à Saúde da Criança: ações básicas**. Brasília (DF); 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PACS: Programa de agentes comunitários de saúde**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1993. p. 67.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PACS: avaliação qualitativa do PACS**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994. p. 36.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A monitorização da saúde da criança em situação de risco e o município**. Brasília: Ministério da Saúde/Unicef, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência ao pré-natal**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Importância dos sistemas de informações sobre mortalidade (SIM) e nascidos vivos (SINASC) para os profissionais do programa saúde da família**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atendimento ao recém-nato**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Cadernos de Atenção Básica, n. 11 – série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal (versão preliminar)**. Brasília: Ministério da Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Comunicação de Governo e Gestão Estratégica da República. **Mortalidade infantil cai mais de 14% em áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 08 de julho de 2005b. n.330.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nascidos vivos. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/sinasc>. Acesso em: abr. 2005.

BRIENZA, A. M. et al. Prontuário de família: uma contribuição na reorientação do modelo assistencial. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6º, Salvador, BA, 28 ago. a 01 set. 2000. **Errata do Livro de Resumos**. Salvador, 2000.

CESAR, C. L.G. O enfoque de risco em saúde pública. In: BARRETO, M.L. **Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 79-92. (Série Epidemiol. 3).

CLAP; OPAS; OMS. **Material de apoio à promoção, proteção e vigilância da saúde da criança**. Montevideú, Uruguai, 1995. Publicação Científica CLAP, n. 1304.01.

COHEN, D. M. **O consumidor da informação documentária: o usuário de sistemas documentários visto sob a lente da análise documentária**. 1995. Dissertação (Mestrado) - Escola de Comunicações e Artes – USP, São Paulo, 1995.

COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA DO PARANÁ (CEPMMP). **Mortalidade materna no Paraná: vigilância redução**. Relatório trienal 1997 a 1999. Curitiba, 2002.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Programa mãe curitibana: protocolo de atenção no pré-natal, parto, puerpério e recém-nascido**. Curitiba, PR, 2000a.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Epidemiologia. Coordenação de Diagnóstico em Saúde. **Projeto nascer em Curitiba: relatório de mortalidade materna 2000**. Curitiba, PR, 2000b.

EGRY, E. Y.; FONSECA, R. M. G. S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em Saúde Coletiva. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 34, n. 3, p. 233-9, set. 2000.

ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/estimativaspopulacao>. Acesso em: 12 jan. 2005.

GUARAPUAVA. Secretaria Municipal da Saúde. **Sistema de Investigação de Mortalidade Infantil (SIMI)**. Guarapuava, PR, 2004.

GUEDES, M. L. S. Resultado de um programa de estimulação de prematuros com estímulos de sucção não nutritiva e interação mãe recém-nascido: avaliação e ganho ponderal. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 178-81, 1993.

GUIA DO BEBÊ. Disponível em: <http://www.uol.com.br/guiadobebe/manualdobebe>. Acesso em: 03 dez. 2004.

HAKKERT, R. Mecanismos subjacentes à relação entre a mortalidade infanto-juvenil e a educação dos pais. **Rev. Bras. Estudos Pop.**, n. 3, p. 47-20, 1986.

KRAMER, M.S. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. **Bull. Wd. Heath Org.**, v. 65, p. 663-737, 1987.

LOPEZ, A. F. V. et al. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. **Rev. Saúde Pública**, v. 23 n. 6, p. 437-7, 1989.

LUCENA, L.; LIMA, R. T.; MARINO, W. T. O problema baixo peso ao nascer ainda é um problema de saúde pública no Brasil? **Rev. Paul. Pediatria**, São Paulo, v. 16, n. 1, p.15-27, 1998.

MACHARELLI, C. A. **Mortalidade perinatal em Botucatu-SP, 1991-1992**. [tese de Doutorado] - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, Ribeirão Preto, 1995.

MADEIRA, L. M. et al. Assistência à criança de risco: avaliação da proposta. In: JORNADA MINEIRA DE ENFERMAGEM, 13<sup>a</sup>. **Anais**. Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem, 1994. p. 94-116.

MANOEL, C.M. **Crianças de risco: ações de vigilância à saúde desenvolvidas no Centro de Saúde Escola de Botucatu – SP, 2000**. [tese de Doutorado}. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2002.

MARCON, M. S. “Flashes” de como as gestantes percebem a assistência pré-natal em um hospital universitário. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 5, n. 4, p. 43-57, 1997.

MELLO JORGE, M. H. P. et al. Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso dos seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 2-48, 1993.

MENDES, E. V. **A vigilância à saúde no distrito sanitário**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde e Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde – Representação do Brasil, 1993. p. 7-19. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 10).

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. p. 92.

MENEZES, A .M. B. et al. Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas-RS, 1993. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 3, p. 209-8, 1998.

MISHIMA, F. C., SCOCHI, C. G. S., FERRO M. A. R., LIMA, R. A. G., COSTA, I. A. R. Declaração de nascido vivo: análise do seu preenchimento no município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 15, n. 2, 1999.

MONTEIRO, C. A.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CONDE, W. L. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p.19-7, 2000a.

MONTEIRO, C. A.; D'AQUINO BENÍCIO, M.H.; PATRICIO ORTIZ, L. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 26, 2000b.

MORTALIDADE INFANTIL. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/estatisticas/sinasc>. Acesso em: 12 jan. 2005.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS - NCHS. Dept. of Health, Education and Welfare. **Growth curves for children, birth- 18 years**. Washington, D.C.: National Center for Health Statistics, 1977. Dept. of Health, Education and Welfare Publication n.(PHS) 78-1650.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Investigação de mortalidade na infância no Brasil**: descobertas e atividades. Washington, 1977. (Publicação Científica, 343).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Promoção do crescimento e desenvolvimento integral de crianças e adolescentes**: módulo do facilitador. 2. ed. Washington, D.C.: OPS, 1999b. p. 36. (Série HCT/AIEPI 25. p. 2).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Crianças saudáveis: a meta de 2002**. Brasília: OPAS, 2000.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Manual de crescimento e desenvolvimento da criança**. Washington: OPAS, OMS, 2000. Série HCT/AIEPI.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasil, 2002. Série A, n. 107.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Manejo e promoção do aleitamento materno**: era da informática, promovendo o aleitamento materno. Cartilha de aleitamento materno. 2001-2002. 4. ed. Brasília: OPAS, 2002.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil-CEPMI/Sistema de Investigação de Mortalidade infantil-SIMI. **Mortalidade infantil**: critérios de evitabilidade. Curitiba: SESA, 2000.

PARANÁ. Comitê Estadual de Prevenção de Mortalidade Infantil – CEPMI. **Perfil da mortalidade infantil no Estado do Paraná-Dados e indicadores selecionados**. Curitiba: SESA, 2001.

PARANÁ. Comitê Estadual de Prevenção de Mortalidade Infantil – CEPMI. **Vigilância em Saúde. Situação da mortalidade infantil no Estado do Paraná no triênio de 2000-2002**. Curitiba: SESA, 2002a.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo de gestação de alto risco**. 3. ed. Curitiba: SESA, 2002b.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Natural é o parto normal**: pré-natal, parto e puerpério. 3. ed. Curitiba: SESA, 2002c. p. 79.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual de atendimento ao recém-nascido de risco**. Curitiba: SESA, 2004. p. 170.

PARANÁ. Saúde Paraná. Coordenação Saúde da Criança. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/saudedacrianca>. Acesso em: 19 jan 2005.

PEDERNEIRAS, A .R. P. et al. Programa de vigilância dos menores de um ano em situação de risco na Paraíba – 1995. **Ciência, Cultura e Saúde**, v. 14, n. 4, p. 84-93, 1995.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 596 p.

PNDS/BENFAM; IBGE. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996**. Rio de Janeiro: 1997. [s.n.].

POLI, M. S. et al. Adolescência: aconselhamento anticonceptivo. **Reprodução e Climatério**, v. 11, n. 1, p. 21-4, 1996.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 391.

PUFFER, R. R.; SERRANO, C. V. **Patterns of mortality in childhood. Report of the inter-American investigation of mortality in childhood**. Washington: PAHO, 1973.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradiva, 1998.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. v. 1.

RUMEL, D. et al. Acurácia dos indicadores de risco do programa de defesa da vida dos lactentes em região do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 6-11, 1992.

SAÚDE INFANTIL. Disponível em: <http://.unicef.org.br>. Acesso em: 18 fev. 2005.

SILVA, A. C. **O impacto do programa de saúde da família no município de Sobral-Ceará:** uma análise da evolução de saúde das crianças menores de 5 anos de idade no período 1995-2002. São Paulo. 2003. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina – USP, São Paulo, 2003.

SILVEIRA, L.T. **A prática da vigilância à saúde em Santos:** o programa de vigilância do recém-nascido de risco. São Paulo, 1995. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública - USP, São Paulo, 1995.

SIMÕES, C. C. S. **Perfil de saúde e de mortalidade no Brasil:** uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: OPAS/OMS, 2002.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO BÁSICA DE SAÚDE. Disponível em: <http://datasus.gov.br./siab>. Acesso em: 12 jan. 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasil: Unesco, MS, 2002.

SUCUPIRA, A. C. S. L.; BRESOLIN, A. M. B. Princípios do atendimento à criança. In: SÃO PAULO (Estado). Prefeitura Municipal de São Paulo. **Caderno temático da criança.** São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 2003. p. 95.

TANAKA, A. C. D. A. Dossiê mortalidade materna – Rede Nacional Feminista de Ação pela Saúde da Mulher. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br>. Acesso em: jan. 2005.

TEIXEIRA, C. F. et al. SUS, modelos assistenciais e vigilância à saúde. **Inf. Epidemiol. SUS**, ano 7, n. 2, 1998.

UNFPA. UNFPA and Adolescents. New York (1997). Disponível em: <http://www.unfpa.org/publicat/tech/adoles.htm>. Acesso em: fev. 2005.

UNICEF. **Plan of action implementing the world declaration on the survival, protection and development of children in the 1990's.** New York: Unicef, 1990.

UNICEF. **Toda hora é hora de cuidar.** Manual de apoio. Projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades”. Brasil: Unicef, 2003.

VENANCIO, S. I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em 14 municípios do Estado de São Paulo. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil, em 1998. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, p. 313-8, 2002.

VILLAR, J.; BELIZAN, J. M. The relative contribution of prematurity and fetal growth retardation to low birth weight in developed societies. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, n. 143, p. 793-98, 1982.

VICTORA, C. G. et al. **Epidemiologia da desigualdade**. São Paulo: Hucitec, 1982. p. 48.

VICTORA, C.G. et al. Estimativa da prevalência de déficit de altura/idade a partir da prevalência de déficit de peso/idade em crianças brasileiras. São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 69, ago. 1998.

WEGMAN, M. E. Annual summary of vital stastics, 1992. **Pediatrics**, n. 92, p. 743-54, 1993. [Medline]

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v. 24, p. 436-7, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical Statuts: report of a WHO Expert Commitee. Geneva: WHO, 1995. Series 854.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth**: a practical guide. Geneva: WHO, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . **Programminng for adolescent health and development**. Report of the Who/UNFPA/Unicef. Study Group on Programming for Adolescent Health. Geneva: Who/Outlook, 2000. v. 16, n. 3.



## 7 ANEXO

### Instrumento de Coleta de Dados

Parte 1: Dados das Declarações de Nascidos Vivos - Município de Guarapuava  
Crianças Nascidas e Procedentes – Período 10/2003 a 09/2004.

Criança (iniciais): \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_. Peso ao nascer: \_\_\_\_\_g

Duração da gestação:  22 a 27 sem.  28 a 31 sem.  32 a 35 sem.  
 37 a 41 sem.  42 e + sem.

Apgar: \_\_\_/\_\_\_ Tipo de parto:  Normal  Fórceps  Cesária

Consultas Pré-Natal:  Nenhuma  de 1 a 3  de 4 a 6  
 7 ou +  ignorado Total de consultas: \_\_\_\_\_

Local do parto: \_\_\_\_\_

Escolaridade materna (anos de estudo concluídos):

nenhuma  de 1 a 3  de 4 a 7  
 de 8 a 11  12 ou +  ignorado

Idade materna: \_\_\_\_\_ anos

Endereço: \_\_\_\_\_

PSF de abrangência: \_\_\_\_\_

Parte 2: Dados dos Prontuários – PSF Bairro Santa Cruz  
Crianças no Período Neonatal – Período 10/2003 a 09/2004

Criança (iniciais): \_\_\_\_\_

| Data | Tipo de Atendimento | Profissional que realizou | Atendimento / Anotações |
|------|---------------------|---------------------------|-------------------------|
|      |                     |                           |                         |
|      |                     |                           |                         |
|      |                     |                           |                         |
|      |                     |                           |                         |
|      |                     |                           |                         |
|      |                     |                           |                         |
|      |                     |                           |                         |
|      |                     |                           |                         |
|      |                     |                           |                         |
|      |                     |                           |                         |

Aleitamento materno:  Exclusivo  Predominante  
 Misto  Artificial  
 Sem informação

Vacinação:  BCG  Hepatite B  
 Sem informação