

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**ANA PATRICIA PAIVA CALIL KÖHLER**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS INSCRITAS NO PROGRAMA DE  
VIGILÂNCIA DA SAÚDE DAS CRIANÇAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA EM  
PORTO ALEGRE NO ANO DE 2002**

**Porto Alegre**

**2004**

**ANA PATRICIA PAIVA CALIL KÖHLER**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS INSCRITAS NO PROGRAMA DE  
VIGILÂNCIA DA SAÚDE DAS CRIANÇAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA EM  
PORTO ALEGRE NO ANO DE 2002**

**Trabalho de Conclusão de Graduação em  
Enfermagem apresentado à disciplina Estágio  
Curricular da Escola de Enfermagem da UFRGS  
como requisito parcial á obtenção do título de  
Enfermeira.**

CEITE 17/11/04  
Tatiana Engel Gerhardt

**Orientadora: Profa Dra Tatiana Engel Gerhardt**

**Porto Alegre**

**2004**

Dedico este trabalho ao meu esposo  
Alexandre Luiz Köhler, meu filho Lucas Calil  
Köhler e aos meus queridos pais Waldemir Andrade  
Calil e Maria das Graças Paiva Calil.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, sinceramente, a orientadora Tatiana Engel Gerhardt por ter estado ao meu lado nessa trajetória da qual me orgulho tanto. Agradeço pela sua dedicação, e pela paciência que demonstrou ao conduzir-me nos momentos de maior angústia. Muito obrigado.

Agradeço ao meu esposo Alexandre Luiz Köhler pelo carinho e paciência que teve durante todo o período do curso, principalmente nos momentos difíceis dessa trajetória. Obrigada por estar ao meu lado sempre.

Agradeço ao meu filho Lucas por ser o filho querido que é e por ser a inspiração para todas as minhas conquistas.

Aos meus pais, que eu amo tanto, e que mesmo à distância, sempre torceram pela minha vitória. Obrigada por me ensinar a confiar e a acreditar! Por me ensinar a lutar, pelos meus sonhos, respeitando sempre as outras pessoas. Obrigada por estarem ao meu lado nesse momento tão especial e merecidamente conquistado. Obrigado por serem meus pais!!

Aos meus irmãos Alexandre e Júnior, que eu amo tanto, meu muito obrigado.

As minhas amigas queridas Michele Gadelha e Michele Rolim, pelo carinho, amizade, respeito e companheirismo. Vocês moram no meu coração.

Aos funcionários da Equipe de Informação, pelo aprendizado proporcionado, respeito e amizade. Obrigado pela ajuda durante essa etapa de minha vida.

A equipe de saúde, da Unidade Básica de Saúde Tristeza pelo confiança, respeito e amizade. Vocês são pessoas especiais que acreditaram no meu trabalho e que me ajudaram a crescer como profissional. Foi muito bom ter trabalhado com vocês.

A todas as pessoas que em algum momento estiveram ao meu lado fazendo parte de minha vida.

**MUITO OBRIGADA!!**

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Indicadores Globais do Programa Prá-Nenê, Porto Alegre, 2000-2002.....	28
TABELA 2 – Distribuição das crianças inscritas no Programa Prá-Nenê segundo a ocorrência de consultas, Porto Alegre, 2000-2002.....	30
TABELA 3 – Distribuição das crianças inscritas no Programa Prá-Nenê, segundo local de ocorrência da consulta, Porto Alegre, 2000-2002.....	30
TABELA 4 – Distribuição das crianças inscritas no Programa Prá-Nenê, segundo razões da não realização das consultas, Porto Alegre, 2000-2002.....	31
TABELA 5 - Distribuição das crianças inscritas no Programa Prá-Nenê, segundo a localização da residência em relação a área de atuação da Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, 2000-2002.....	32
TABELA 6 - Distribuição das crianças inscritas no programa Prá-Nenê, segundo sexo, Porto Alegre, 2002.....	33
TABELA 7 - Distribuição das crianças inscritas no Programa Prá-Nenê, segundo peso ao nascer, Porto Alegre, 2000-2002.....	34
TABELA 8- Distribuição das crianças inscritas no Programa Prá-Nenê, segundo duração da gestação, Porto Alegre, 2000-2002.....	35
TABELA 9- Distribuição das crianças inscritas no Programa Prá-Nenê, segundo aleitamento materno, Porto Alegre, 2000-2002.....	35
TABELA 10 - Distribuição das crianças inscritas no Programa Prá-Nenê, segundo gestação gemelar, Porto Alegre, 2000-2002.....	36
TABELA 11 - Distribuição das crianças, segundo hospitalização em UTI, Porto Alegre, 2000-2002.....	37
Tabela 12 – Mortalidade Infantil, menores de um ano, Porto Alegre, 2000-2002.....	38
TABELA 13 - Distribuição das crianças inscritas no Programa Prá-Nenê, segundo malformação congênita, Porto Alegre, 2000-2002.....	38
TABELA 14 - Distribuição das crianças inscritas no Programa Prá-Nenê, segundo idade materna, Porto Alegre, 2000-2002.....	39

TABELA 15 - Distribuição das crianças inscritas no Programa Pré-Nenê, segundo escolaridade materna, Porto Alegre, 2000-2002.....	40
TABELA 16 - Distribuição das crianças, segundo óbito de filhos menor que 5 anos, Porto Alegre, 2000-2002.....	40
TABELA 17- Distribuição das crianças inscritas no Programa Pré-Nenê, segundo número de filhos morando junto, Porto Alegre, 2000-2002.....	41
TABELA 18 - Distribuição das crianças inscritas no Programa Pré-Nenê, segundo número de consultas de pré-natal, Porto Alegre, 2000-2002.....	42
TABELA 19 - Distribuição das crianças inscritas no Programa Pré-Nenê, segundo renda per capita, Porto Alegre, 2000-2002.....	42
TABELA 20 - Distribuição das crianças inscritas no Programa Pré-Nenê, segundo “problemas familiares”, Porto Alegre, 2000-2002.....	43
TABELA 21 - Distribuição das crianças inscritas no programa Pré-Nenê, segundo “problemas da criança”, Porto Alegre, 2000-2003.....	44
TABELA 22 - Distribuição das crianças inscritas no Programa Pré-Nenê, segundo vacinas, Porto Alegre, 2000-2002.....	45
TABELA 23 - Distribuição das crianças inscritas no Programa Pré-Nenê, segundo risco de adoecimento, Porto Alegre, 2000-2002.....	45

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 GERAL .....</b>	<b>11</b>
<b>2.2 ESPECÍFICOS .....</b>	<b>11</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>12</b>
<b>3.1 BREVE HISTÓRICO DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE .....</b>	<b>12</b>
<b>3.2 MODELOS DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA DA SAÚDE.....</b>	<b>13</b>
<b>3.3 A VIGILÂNCIA DA SAÚDE EM PORTO ALEGRE.....</b>	<b>15</b>
<b>3.4 O PROGRAMA PRÁ-NENÊ .....</b>	<b>17</b>
3.4.1 Fluxo de informações .....	19
3.4.2 Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamento.....	20
3.4.3 Atividades desenvolvidas pela equipe do Prá- Nenê.....	21
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>23</b>
<b>4.1 TIPO DE ESTUDO .....</b>	<b>23</b>
<b>4.2 CAMPO DE PESQUISA .....</b>	<b>23</b>
<b>4.3 COLETA DE DADOS .....</b>	<b>24</b>
<b>4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>24</b>
<b>4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>25</b>

<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>27</b>
5.1 Perfil epidemiológico das crianças inscritas no Programa de Vigilância da Saúde das Crianças no Primeiro ano de Vida em Porto Alegre no ano de 2002.....	27
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>52</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A escolha de um tema para o trabalho de conclusão talvez, seja para um acadêmico, a tarefa mais difícil, pois a diversidade de assuntos é muito grande e todos têm importante relevância.

Durante a vida acadêmica, tive a oportunidade de experienciar estágios que despertaram meu interesse para muitos assuntos. Foi através da vivência de um estágio extracurricular na Equipe do Programa de Vigilância da Saúde das Crianças no Primeiro Ano de Vida (Prá-Nenê), que surgiu o interesse pelo Sistema de Informação em Saúde (SIS) especialmente pelo Prá-Nenê.

Como estagiária do Prá-Nenê, tive a oportunidade de ter uma visão geral do programa e do funcionamento de um sistema de informações em saúde, o SINASC, podendo então identificar a importância de ambos. O conhecimento adquirido nesse estágio pode ser utilizado em atividades do dia-a-dia e no estágio curricular realizado na Rede Básica de Saúde, onde pude desenvolver ações de vigilância da saúde das crianças.

Foi através desse trabalho em vigilância da saúde das crianças que me senti motivada a realizar um estudo que tem como objetivo geral traçar o perfil epidemiológico das crianças inscritas no Programa Prá-Nenê, em Porto, Alegre no ano de 2002.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o Sistema de Informação em Saúde é um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se organizar e operar os serviços de saúde e, também, para a investigação e o planejamento com vistas ao controle de doenças. O propósito é selecionar os dados pertinentes aos serviços de saúde e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das

organizações e indivíduos que planejam, financiam, administram, provêm, medem e avaliam os serviços de saúde (OPAS,2002).

No Pré-Nenê, a análise de dados é feita em dois momentos. O primeiro após o encerramento do cadastramento das crianças no banco, quando é feita a digitação da avaliação de primeira consulta. O segundo momento acontece no encerramento das consultas do primeiro ano de vida, após a avaliação dos doze meses. Esses dados são apresentados em forma de relatórios anuais. Esse relatório possibilita ao serviço de saúde e às gerências, uma análise de sua situação em relação ao programa, possibilitando um planejamento e uma melhor avaliação das suas atividades.

Segundo Porto Alegre (2001), o programa tem como objetivo principal desenvolver ações de Vigilância da Saúde, dirigidas às crianças no primeiro ano de vida. Age ainda como facilitador do acesso da criança aos serviços, além de produzir ações de saúde que propiciem o pleno desenvolvimento da criança, buscando aumentar sua qualidade de vida e de sua família. O programa também contribui para a qualidade do atendimento, pois fornece, para os serviços, informações que facilitam o planejamento do cuidado à criança e sua família, propiciando aos serviços o conhecimento das condições de vida e saúde das pessoas pelas quais são responsáveis.

Como instrumento disponibilizado pelo Programa Pré-Nenê, para registro dessas consultas, o profissional do serviço dispõe da Ficha de Avaliação e Primeiro Atendimento e Acompanhamento da Criança, onde devem ser registrados os dados de acompanhamento, que se inicia na primeira consulta que deve acontecer até os dois meses de vida. O encerramento desta ficha acontece quando a criança completa um ano de vida.

Segundo Porto Alegre (2001), a Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamento da Criança tem como objetivo permitir que a equipe dos serviços, a partir da caracterização do risco, estabeleça o plano de ação para cada criança, através de ações de

organizações e indivíduos que planejam, financiam, administram, provêem, medem e avaliam os serviços de saúde (OPAS,2002).

No Prá-Nenê, a análise de dados é feita em dois momentos. O primeiro após o encerramento do cadastramento das crianças no banco, quando é feita a digitação da avaliação de primeira consulta. O segundo momento acontece no encerramento das consultas do primeiro ano de vida, após a avaliação dos doze meses. Esses dados são apresentados em forma de relatórios anuais. Esse relatório possibilita ao serviço de saúde e às gerências, uma análise de sua situação em relação ao programa, possibilitando um planejamento e uma melhor avaliação das suas atividades.

Segundo Porto Alegre (2001), o programa tem como objetivo principal desenvolver ações de Vigilância da Saúde, dirigidas às crianças no primeiro ano de vida. Age ainda como facilitador do acesso da criança aos serviços, além de produzir ações de saúde que propiciem o pleno desenvolvimento da criança, buscando aumentar sua qualidade de vida e de sua família. O programa também contribui para a qualidade do atendimento, pois fornece, para os serviços, informações que facilitam o planejamento do cuidado à criança e sua família, propiciando aos serviços o conhecimento das condições de vida e saúde das pessoas pelas quais são responsáveis.

Como instrumento disponibilizado pelo Programa Prá-Nenê, para registro dessas consultas, o profissional do serviço dispõe da Ficha de Avaliação e Primeiro Atendimento e Acompanhamento da Criança, onde devem ser registrados os dados de acompanhamento, que se inicia na primeira consulta que deve acontecer até os dois meses de vida. O encerramento desta ficha acontece quando a criança completa um ano de vida.

Segundo Porto Alegre (2001), a Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamento da Criança tem como objetivo permitir que a equipe dos serviços, a partir da caracterização do risco, estabeleça o plano de ação para cada criança, através de ações de

saúde que propiciam crescimento e desenvolvimento saudáveis, pois esse é um direito da população e um dever do Estado.

O crescimento e o desenvolvimento da criança são eixos referenciais para todas as atividades de atenção a saúde à criança e ao adolescente sob os aspectos biológicos, afetivos, psíquicos e sociais (BRASIL, 2002).

A realização desse trabalho permitiu a realização do processo de qualificação e análise de informações que, para a enfermagem, é uma área diferenciada de trabalho em saúde.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 GERAL**

- Traçar o perfil epidemiológico das crianças inscritas no Programa de Vigilância da Saúde no Primeiro Ano de Vida em Porto Alegre no ano de 2002.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Apresentar as frequências das principais variáveis contidas na Ficha de Avaliação e Primeiro Atendimento e Acompanhamento da Criança, no ano de 2002.
- Apresentar quais foram os principais fatores de risco que as crianças se expuseram.
- Identificar no campo da caracterização de risco da Ficha de Avaliação e Primeiro Atendimento e Acompanhamento da Criança, as variáveis cujo cruzamento permitam aprofundar a análise do perfil epidemiológico traçado para o ano de 2002.
- Cruzar as variáveis do campo de caracterização de risco da Ficha de Avaliação entre elas e com variáveis de outros campos, a fim de aprofundar as análises do perfil epidemiológico elaborado.

### 3 REFERÊNCIAL TEÓRICO

#### 3.1 BREVE HISTÓRICO DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE

A idéia de se utilizar dados de morbidade e mortalidade como base para ações de saúde pública surgiu na Europa durante o Renascimento. No entanto, por muitos séculos, essa idéia foi somente utilizada com o intuito de controlar a disseminação de doenças infecciosas e não era usado com objetivos de saúde e científicos. O conceito de vigilância estava ligado ao acompanhamento da incidência e distribuição das doenças, não tendo envolvimento com atividades de controle.

Somente no século XX que o conceito de vigilância foi expandido e junto o desenvolvimento de muitos e diferentes sistemas, como métodos de coleta, análise e disseminação de dados diversificados. Ainda assim, até os anos 50, o conceito de vigilância ainda era sinônimo de isolamento, pois significava uma observação mais próxima de pessoas expostas a doenças notificadas a fim de identificar os primeiros sintomas e instituir medidas de isolamento.

Hoje, segundo Czeresnia & Freitas (2003) a vigilância é definida como monitoramento da ocorrência de doenças em populações e não como contínuo acompanhamento da incidência e distribuição de doenças. A consolidação da vigilância no Brasil como conceito de controle de doenças transmissíveis, ficando a vigilância sanitária mais restrita ao conjunto de ações nas áreas de portos e fronteiras e passando a incluir o controle sanitário de produtos e serviços, de interesse a saúde somente na década de 70 (COSTA & ROZENFELD,2000).

Nos dias de hoje, a promoção da saúde representa uma grande possibilidade de intervenção sobre a realidade sanitária tanto na perspectiva individual quanto na coletiva. O conceito de saúde foi proposto no Brasil na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) como forma de organização da vida social. A Carta de Otawa, no mesmo ano, representava uma concepção de saúde contemplando paz, educação, moradia, alimentação, renda, um ecossistema estável, justiça social e a equidade.

### **3.2 MODELOS DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA DA SAÚDE**

Segundo Rouquayrol (2003) o modelo de atenção procura combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades individuais e coletivas. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde.

No Brasil, os modelos de atenção à saúde que se destacam são: o assistencial sanitário, o médico-assistencial privatista, e os alternativos. O modelo médico-assistencial privatista e o modelo assistencial sanitário são muito presente nos dias de hoje. Eles convivem de forma contraditória e complementando-se.

O modelo médico-assistencial privatista é o mais conhecido. Ele é voltado para o indivíduo que procuram os serviços de saúde por iniciativa própria. Não é exclusividade do setor privado, pois também se reproduz no setor público dado sua especificidade. Tende a prejudicar o atendimento integral ao indivíduo e a comunidade, pois tem como característica o fato de ser predominantemente curativa, onde saúde significa ausência de doença além de não se comprometer com o impacto sobre o nível de saúde da população.

Já o modelo assistencial sanitário é a saúde pública tradicional que surgiu para agir no controle de doenças e que tem enfrentado os problemas de saúde da população através da realização de campanhas de vacinação, de combate a epidemias, entre outras, além de programas especiais como o de controle da tuberculose, da hanseníase, da saúde da mulher e da criança, DST/AIDS. Usualmente, essas formas de intervenção trabalham com prevenção, concentrando sua atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer, não contemplando a totalização da situação da saúde. Trabalha com uma demanda espontânea, onde o usuário busca o serviço.

Os modelos alternativos começaram a surgir a partir da década de 80 visando à integralidade da atenção e ao impacto sobre os problemas de saúde. Eles buscam concretizar os princípios e diretriz do SUS, como: rede regionalizada e hierarquizada, acesso universal e igualitário às ações e serviços, descentralização, atendimento integral e participação da comunidade(ROUQUAYROL, 2003).

A Vigilância da Saúde trabalha com o conceito de saúde não como a ausência de doença e sim qualidade de vida. Trabalha com a proteção da doença, a promoção da saúde, reabilitação e a cura.

A Vigilância da Saúde possui algumas características importantes, como: intervenção sobre os problemas de saúde (danos, riscos); ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; operacionalização do conceito de risco; articulação entre ações promocionais; preventivas e curativas; atuação intersetorial; ações sobre o território, intervenção sobre a forma de operações.

Essas características são importantes, pois, dessa forma, o serviço conhece seu território e a população que nele vive. Isto permite planejar a assistência aos usuários em situação de vulnerabilidades ou ainda em risco e priorizar as ações de saúde.

Segundo Czeresnia & Freitas (2003), risco epidemiológico é a probabilidade de um indivíduo qualquer pertencente a um dado grupo identitário (exposto) venha também a pertencer a um outro grupo de identitário (afetados). Já a vulnerabilidade refere-se as condições de vida que tornam um indivíduo exposto ou pertencente de um grupo identitário (exposto) a um determinado problema.

Esse novo jeito de fazer saúde exige que os profissionais sejam agentes de promoção e proteção da saúde, desempenhando papel de educadores, ensinando a população a responsabilizar-se pela promoção e proteção da própria saúde e da saúde da cidade.

### **3.3 A VIGILÂNCIA DA SAÚDE EM PORTO ALEGRE**

A Vigilância da Saúde que temos atualmente em Porto Alegre é o resultado de um desejo constante de inovação, pois o modelo de Vigilância Sanitária tradicionalmente fiscalizador, punitivo e autoritário em que vivíamos já não servia para os fins desejados. A Secretaria Municipal de Porto Alegre (2001), reafirma a lógica de que a vigilância da saúde de uma cidade é responsabilidade coletiva e não tarefa de especialistas e que, portanto, é preciso investir em educação e capacitação dos diversos agentes desse processo, sejam eles grupos populacionais, profissionais ligados à saúde, consumidores ou usuários de serviços.

Anteriormente a constituição da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) não existia propriamente um trabalho de vigilância da saúde, mas sim atividades na área de Controle de Zoonoses e Saúde do Trabalhador, de responsabilidade do município, e ações de vigilância epidemiológica e sanitária, de responsabilidade do nível estadual, onde a divisão

estranque entre a Vigilância Sanitária e Epidemiológica passou a não atender aos anseios da Secretaria Municipal de Porto Alegre.

Durante a municipalização da saúde em Porto Alegre em 1994, a vigilância esteve entre os primeiros compromissos assumidos pelo gestor municipal, o que significou investimento na promoção da saúde e informação, resultando em melhor qualidade nas ações.

Hoje a CGVS responde pelas ações de Vigilância em Saúde de todos os cidadãos de Porto Alegre. Ela é composta por oito equipes.

- Equipe Administrativa que é responsável pelo apoio administrativo de todas as outras equipes, realizando, além disso, as ações de controle do andamento de processos de fiscalizações, denúncias e liberação de alvarás.

- Equipe de Vigilância da qualidade da água monitoriza a qualidade da água da rede pública de abastecimento, dos reservatórios de hospitais, Unidades Básicas de Saúde, escolas municipais e estaduais, de clínicas de hemodiálise, piscinas de uso coletivo, além de atender a solicitação sobre problemas com esgoto a céu aberto, reservatório de água potável e realizar coleta para análise bacteriológica da água.

- Equipe de Vigilância dos Alimentos é responsável pelo comércio de alimento em todas suas etapas.

- Equipe de Vigilância dos Produtos de Interesse à Saúde é responsável pela concessão de alvarás para laboratórios de análises clínicas e fiscaliza o comércio farmacêutico e os serviços de hemodiálise.

- Equipe de Vigilância de Serviços de Saúde é responsável pelas orientações e fiscalização do prestador de serviço da saúde.

- Equipe de Vigilância Epidemiológica é responsável pela vigilância das doenças transmissíveis (NAN) coordena o Programa Nacional de Imunizações (PNI).

- Equipe de Vigilância das Zoonoses é organizada em dois núcleos: o controle de roedores e vetores atende prioritariamente, demanda da população e leptospirose e coordena o Programa de Controle da Dengue. O núcleo de controle de população animal é responsável pela apreensão de cães e gatos domiciliares e não domiciliares controle da raiva e casos de mordedura.
- Equipe de Informações coordena os Sistemas Nacionais de Informação como o SIM e o SINASC e programas originados desses sistemas, como: Pré-Nenê, Pré-Crescer e o Pré-Viver.

### **3.2 O PROGRAMA PRÁ-NENÊ**

A origem do Pré-Nenê se dá no Sistema Nacional de Informação sobre Nascidos Vivo (SINASC). Este programa, de âmbito municipal, está implantado em 120 serviços incluindo serviços não vinculados administrativamente à Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA), como o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição e unidades básicas de saúde dos hospitais Moinhos de Vento, Mãe de Deus e Pontifícia Universidade Católica.

A equipe do programa Pré-nenê é composta por um profissional de nível superior da área da enfermagem, uma funcionária de nível médio (auxiliar de enfermagem), duas estagiárias de nível superior da área da enfermagem e um estagiário de nível médio.

Segundo Porto Alegre (1997), na década de 70 foi implantado na SMS o Gráfico “Caminho Para a Saúde” voltado ao atendimento de crianças de países pobres, principalmente, no seu primeiro ano de vida. Isso significou uma importante mudança na forma de avaliação e acompanhamento das crianças da rede municipal da época.

Nos anos 80 esse trabalho foi aprimorado com o programa de Busca do Recém-Nascido de Alto Risco, coordenado pelo Núcleo de Assistência Materno Infantil, Planejamento Familiar e Nutrição, que com base em pesquisas feitas nos boletins emitidos pelos hospitais selecionavam as crianças de alto risco (prematuros, baixo peso, filhos de mães adolescentes e mães com mais de 35 anos) para serem visitadas pelo nível central.

No início da década de 90, esse programa foi descentralizado para as Unidades de Saúde, ampliando-se o acompanhamento por todo o primeiro ano de vida. Mas tarde, foram propostas mudanças no programa, ampliando a população alvo para todos os recém-nascidos, tendo origem o novo nome do programa: Pré-Nenê. Em 92, o SINASC foi municipalizado e o Centro de Documentação e Informação em Saúde (CEDIS) assumiu a responsabilidade por sua gerência, o que possibilitou um acesso mais rápido e qualificado às informações, tanto para o serviço de saúde como para os usuários.

Em 93, o Pré-Nenê teve seu subtítulo modificado, passando a se chamar Programa de Vigilância e Atenção Integral à Saúde das Crianças Menores de Um Ano sendo sua coordenação de responsabilidade conjunta da Assessoria de Planejamento (ASSEPLA) e do CEDIS. Nesse mesmo ano foram criadas por integrantes de vários serviços integrantes do programa fichas de registro.

Essas fichas sofreram alterações e modificações ao longo da década de 90, tendo seus dados incluídos em um único documento que passou a se chamar Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamento.

O programa foi informatizado em 94, e atualmente é coordenado pela Equipe de Informações do CGVS que, com a municipalização dos serviços de saúde que ocorreu em 96, reestruturou o programa, visando sua implantação em toda rede.

### 3.4.1 Fluxo de informações

O SINASC propicia a análise da configuração epidemiológica dos recém-nascidos sendo então, o ponto de partida do Pré-Nenê. Ele utiliza como fonte de dados a Declaração de nascidos Vivo (DN), que desde 92 passou a ser documento indispensável para o registro da criança devendo ser preenchido pelos hospitais ou pelos cartórios quando se trata de partos domiciliares. Na DN, estão contidas as características do pré-natal, parto e condições ao nascer das crianças do município. Essas informações servem para caracterizar o perfil epidemiológico e identificar condições de risco presentes ao nascimento como: local de nascimento, idade da mãe, peso ao nascer, APGAR ao 5º minuto, duração da gestação, gestação múltipla, escolaridade da mãe, mal formação congênita, número de consulta de pré-natal e a localização do endereço da criança.

A DN é emitida em três vias: a via branca que é arquivada na Equipe de Informações em Saúde/CGVS/SMS; a via amarela que é entregue a mãe da criança; e a via rosa que é arquivada no prontuário hospitalar. É a partir dos dados registrados nesse documento que são emitidos relatórios e enviados diariamente às unidades de saúde.

A Relação de Nascimentos por Unidade de Saúde – RNUS emitida pelo SINASC e enviados pela Equipe de Informação aos serviços de saúde, identifica os recém-nascidos da área de responsabilidade dos serviços e informa dados relevantes para caracterizar o perfil de risco (aleitamento materno, idade da mãe, escolaridade materna, entre outros) e a localização do endereço da criança. Com essas informações os serviços podem verificar se o recém-nascido (RN) já consultou na unidade ou se precisa ser buscado, através de visita domiciliar, por não ter chegado espontaneamente.

### 3.4.2 Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamento

O Programa Prá-Nenê utiliza, como instrumento de registro das consultas, a ficha de avaliação e primeiro atendimento e acompanhamento da criança (ANEXO). Segundo Porto Alegre (2001), a ficha tem como objetivo permitir que o serviço possa estabelecer seu plano de ação para cada criança a partir da caracterização de risco.

Na ficha, o que caracteriza risco para a criança é a pontuação, isto é, uma soma igual ou maior que 6 significa que a criança está em situação de risco. Segundo Porto Alegre (2001), quando isso acontece, o serviço pode valer-se das informações disponíveis sobre as situações que estão trazendo risco para elaborar seu plano de ação, onde pode ser voltada para a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança ou outras que atendam às necessidades específicas identificadas.

Essa ficha será utilizada pelos serviços para serem usadas no preenchimento dos dados de acompanhamento da criança durante todo o primeiro ano de vida e deve ser preenchida por um técnico da equipe do serviço de saúde (PORTO ALEGRE, 2001).

O acompanhamento tem início na primeira consulta, que deve acontecer até os dois meses de vida, tendo como período ideal o de até 10 dias de vida para o RN de alto risco e de até 20 dias para o RN de baixo risco. Quando a criança não chega nesse período ao serviço de saúde ela passa a ser considerada como RN faltoso.

A ficha de avaliação do primeiro atendimento e acompanhamento é preenchida pelo serviço na primeira consulta e enviada pelo malote para a Equipe de Informações que fará a comparação dos dados obstétricos contidos na ficha com os da DN. Em seguida, essa ficha passa para outra etapa que é a digitação do documento que significa a inclusão do lactante no

programa. O trabalho de digitação é realizado em um software específico e o acesso a ele é restrito a equipe de trabalho do Prá-Nenê.

Após a digitação dos dados de primeiro atendimento, a Ficha retorna ao serviço devendo ser anexada ao prontuário, conforme a decisão do serviço. Essa ficha será importante durante o período de acompanhamento da criança para registro das consultas, pois ela deve ser acompanhada pela equipe de saúde em consultas periódicas de puericultura, ou quando for necessário e somente retornará a Equipe de Informação para ser encerrada.

No encerramento é importante a avaliação dos 12 meses, onde é verificado se a crianças teve ou não o acompanhamento mínimo preconizado (caracterizado por 4 consultas nos primeiros seis meses de vida e 3 nos segundos seis meses). A ficha deve ser encaminhada a equipe de informação no máximo até dois meses após a criança completar um ano (PORTO ALEGRE, 2001).

### 3.4.3 Atividades desenvolvidas pela equipe do Prá-Nenê

A coordenação do Programa compete apoiar as unidades de saúde tanto nas questões referentes ao fluxo de informações como no esclarecimento de dúvidas na operacionalização do Programa Prá-Nenê. A equipe é responsável pela manutenção e qualificação do banco de dados e, a partir desse, a compreensão e análise da realidade de nossas crianças no primeiro ano de vida, uma vez que trata-se de um programa de vigilância da saúde. (PORTO ALEGRE, 2001).

Como atividades desenvolvidas pela equipe do Programa Prá-Nenê, destacamos:

- Envio da Relação de Nascimento por Unidade de Saúde.

- Qualificação dos dados obstétricos da ficha com a DNV.
- Pesquisar ou copiar o número da DNV na ficha.
- Digitação dos dados das fichas de avaliação do primeiro atendimento e acompanhamento.
- Controle de qualidade das informações produzidas.
- Impressão dos relatórios de nascidos vivos por Unidade de Saúde.
- Elaboração de relatórios do primeiro atendimento e acompanhamento da criança.
- Avaliação e atualização do programa, com vistas à sua qualificação e adequação ao contexto da municipalização e ampliação da rede básica de saúde.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Esta é uma pesquisa quantitativa que segundo Polit e Hungler (1995), envolve uma coleta sistemática de informação numérica e análise sistemática de materiais narrativos mais subjetivos, utilizando procedimentos nos quais a tendência é um mínimo de controle imposto pelo pesquisador.

O levantamento de dados para traçar o perfil epidemiológico foi baseado em um estudo transversal descritivo. O estudo transversal é um tipo de Estudo Observacional Descritivo, tendo por objetivo verificar a prevalência ou frequência de uma determinada característica (GOLDIM, 2000).

### **4.2 CAMPO DE PESQUISA**

A população alvo desse estudo será as crianças inscritas no Programa Prá-Nenê da cidade de Porto Alegre no ano de 2002, disponíveis no banco de dados do Programa que tem como fonte as Fichas de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamento preenchidas nos serviços de saúde.

Optou-se por trabalhar com o banco de dados do ano de 2002 por ser um banco fechado, o que significa que está com todas as fichas de acompanhamento encerradas tendo

em vista que os anos de 2003 e 2004 ainda estão em processo de encerramento. Isso facilita a realização do trabalho nos propiciando uma visão da situação das crianças inscritas no Programa Pré-Nenê durante todo o ano de acompanhamento.

Em 2002, 10988 crianças foram inscritas no programa. Serão utilizadas na pesquisa um total de 10062 fichas, que correspondem as crianças que realizaram, no mínimo, a primeira consulta. Uma pequena parte das fichas, que somam 926 crianças serão descartadas por serem “não consultas”, o que significa que as crianças não chegaram no serviço para primeira consulta.

#### **4.3 COLETA DE DADOS**

Os dados foram coletados a partir do Relatório de Resultados de 2000-2003 do Programa Pré-Nenê do ano de 2002. O Banco de Dados do Programa Pré-Nenê está disponível na Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde/Equipe de Informações/Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e futuramente em todas as U.B.S. de Porto Alegre para onde serão enviadas pela coordenação do programa.

#### **4.4 ANÁLISE DOS DADOS**

A partir de relatórios da coordenação do Programa Pré-Nenê, foi feito o levantamento das freqüência das variáveis contidas na Ficha de Primeiro Atendimento e Acompanhamento da Criança no Primeiro ano de Vida.

A partir das frequências de variáveis, do campo de identificação e de variáveis dos campos de visita domiciliar, informações sobre primeira consulta, caracterização de risco e desfecho, foi traçado o perfil epidemiológico das crianças inscritas no Prá-Nenê no ano de 2002.

As variáveis selecionadas e analisadas não puderam ser cruzadas em virtude de um Banco de Dados, em que as informações não condiziam com o Relatório de Resultados de 2000-2003, do Programa Prá-Nenê, utilizado na primeira parte do trabalho e proposto anteriormente no projeto. Foi encontrado, no Banco de Dado disponibilizado pela Equipe de Informação, alguns problemas como: uma criança a mais totalizando 10063 e crianças nascidas nos anos de 2001 e 2003. Essas alterações no Banco de Dados são para o Programa Prá-Nenê consideradas, “sujeiras do Banco” que precisam ser “limpadas”.

Diante do pouco tempo disponível para a entrega do trabalho final, e da impossibilidade de alteração (limpeza) imediata do Banco de Dados pela Equipe de Informação, tornou-se inviável a utilização dos dados disponibilizados.

#### **4.5 CONSIDERAÇÕES ETICAS**

Os dados do trabalho foram acessados após a autorização legal do Comitê de Ética para realização de Estudos da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e da Coordenação do Programa de Vigilância da Saúde das Crianças no Primeiro Ano de Vida. O projeto desse estudo foi submetido à aprovação da Comissão de Estágio Curricular da Escola de Enfermagem da UFRGS.

A metodologia utilizada constou de dados contidos no Relatório de Resultados 2000-2003 do Programa e sua utilização teve exclusivamente finalidades científicas, que estão apresentadas no trabalho final ao qual o estudo se vincula.

A privacidade dos pacientes foi preservada, pois as famílias e as crianças não foram identificadas. A pesquisa não utilizou dados de identificação da criança, como nome e endereço

## 5 DISCURSSÃO E RESULTADOS

### 5.1 Perfil epidemiológico das crianças inscritas no Programa de Vigilância da Saúde das Crianças no Primeiro ano de Vida em Porto Alegre no ano de 2002

Esta análise será de cunho descritivo, cujo objetivo é informar sobre a distribuição de um evento. Os elementos essenciais de um estudo descritivo consistem em definir o evento e especificar as suas freqüências em relação às características das pessoas atingidas pelo evento (“QUEM”), os lugares (“ONDE”) e o tempo (“QUANDO”). Estas informações devem ser organizadas de maneira que se mostre “COMO” os eventos variam na população (PEREIRA, 2002).

A análise do estudo será com base nos dados contidos no relatório de resultados do Pré-Nenê 2002-2003. O objetivo dessa análise é apresentar e descrever as variáveis: identificação, visitas domiciliares, informação sobre a 1º consulta, “caracterização de risco” e desfecho da Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamento da criança. Essa descrição nos permite uma análise dos dados na cidade de Porto Alegre.

Os indicadores que contemplam essas variáveis e que foram utilizados para essa avaliação são: abrangência, efetividade e cobertura do Programa Pré-Nenê. A abrangência do programa significa a quantidade de crianças que estão sendo referenciadas para os serviços. A efetividade é medida pela relação entre o número de consultas realizadas e o número de crianças referenciadas. Já cobertura do programa é o resultado do percentual de crianças atendidas em todo o Programa

Com o passar dos anos o Programa Prá-Nenê, vem sendo implantado em mais serviços de saúde (TABELA 1). No ano de 2000 o programa estava implantado em 103 serviços de saúde chegando a 120 serviços no ano de 2002. Nesse mesmo ano, 2000, nasceram em Porto Alegre 23.518 crianças, sendo que 10.271 utilizam os serviços do SUS. Dentre essa população “SUS dependente”, temos 9151 crianças que foram acompanhadas pelo Programa Prá-Nenê, de onde, 926 não consultaram nos serviços de Atenção Básica da cidade e por esse motivo, são consideradas para o Programa Prá-Nenê como “não consulta”. Nos anos de 2000 e 2001, mais crianças foram acompanhadas pelo programa, representando um aumento na cobertura do programa de 49,3% em 2000, para 70,5% em 2002.

**TABELA 1 – Indicadores Globais do Programa Prá-Nenê, Porto Alegre, 2000-2002.**

Consulta	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
Nascidos Vivos	23.518	100,00	20.865	100,00	20.031	100,00
População “SUS dependente”	18579	79,0	16045	76,9	14262	71,2000
Inscritas no Prá-Nenê	9.151	38,91	9.274	44,45	10.062	50,23
Abrangência do Programa	10.277	43,70	10.202	48,90	10.997	54,90
Efetividade do Programa	16.553	89,10	14.568	90,80%	13.063	91,60
Cobertura do Programa	9.159	49,30	9.274	57,80	10054	70,51
Tempo de chegada (até 10 dias)	4.347	23,40	4.235	26,40	3.922	27,50
Tempo de chegada (até 30 dias)	14.454	77,80	12.659	78,90	11.209	78,60
Acompanhamento mínimo	8.341	44,90	7.156	44,60	6.279	44,00

Fonte: Relatório de Resultados do Programa Prá-Nenê 2002-2003.

Ainda comparando o período apresentado na tabela 1, observamos através dos dados, que a efetividade, e a abrangência do programa também, cresceram no ano de 2002. Paralelo a tantos pontos positivos nos indicadores do Prá-Nenê observa-se pontos que precisam ser melhorados, como a grande porcentagem de crianças que chegam ao serviço com 30 dias de vida, sendo que, o ideal seria que essa grande maioria chegasse até os 10 primeiros dias de vida (tabela 1), como preconiza o programa.

Outro aspecto que precisa ser melhorado é o acompanhamento da criança no primeiro ano de vida. O programa prevê um número mínimo de 7 consultas, sendo 4 consultas nos primeiros 6 meses de vida e 3 consultas dos 7 aos 12 meses da criança. A tabela 1 nos mostra que a média de crianças que tiveram o acompanhamento mínimo preconizado pelo programa nos anos de 2000-2002 é de apenas 44,5%. Isso pode estar acontecendo, não por falta de acompanhamento, e sim por falta de registro da ocorrência da consulta, pelos serviços de saúde, na Ficha de Primeiro Atendimento e Acompanhamento da criança.

A tabela 2 apresenta os dados de ocorrência das consultas que se divide em: houve e não houve consulta. Os dados apresentados mostram que o percentual de consultas em 2000 (89,1%), foi menor que nos anos de 2001 (90,8%) e 2002 (91,6%). O mesmo não aconteceu com o item “não consulta” que de 10,9% em 2000 diminuiu para 8,4% em 2002 justificando o aumento das consultas realizadas.

**TABELA 2 – Distribuição das crianças inscritas no Programa Prá-Nenê segundo a ocorrência de consultas, Porto Alegre, 2000-2002.**

Consulta	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
Houve	9.151	89,1	9.274	90,8	10.062	91,6
Não houve	1.120	10,9	935	9,2	926	8,4
<b>Total</b>	<b>10.271</b>	<b>100,0</b>	<b>10.209</b>	<b>100,0</b>	<b>10.988</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Relatório de Resultados do Programa Prá-Nenê 2000-2003.

As visitas domiciliares (VDs) realizadas vem com o passar dos anos se mantendo inalteradas com uma proporção de 17,7%, 17,9% e 17,3% respectivamente para os anos de 2000-2002 (tabela 3). As consultas espontâneas na UBS apresentam 82,3%, 82,1% e 82,7% se mantendo também inalteradas nos anos de 2000-2002. As consultas realizadas no domicilio representam 0,0%. Os dados mostram que as crianças que são inscritas no programa Prá-Nenê estão buscando, em sua grande maioria, atendimento na UBS mesmo que, como mostrado anteriormente na tabela 1, cheguem fora do período preconizado pelo programa (10 dias de vida).

**TABELA 3 – Distribuição das crianças inscritas no Programa Prá-Nenê, segundo local de ocorrência da consulta, Porto Alegre, 2000-2002.**

Local de ocorrência consulta	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
UBS – espontânea	7.526	82,3	7.615	82,1	8.322	82,7
UBS – após VD	1.621	17,7	1.656	17,9	1.739	17,3
No domicilio	4	0,0	3	0,0	1	0,0
<b>Total</b>	<b>9.151</b>	<b>100,0</b>	<b>9.274</b>	<b>100,0</b>	<b>10.062</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Relatório de Resultados do Programa Prá-Nenê 2000-2003.

Na tabela 4, a razão de “não consulta” que mais ocorre é: “família busca outro atendimento” que representa, de 2000-2002, respectivamente, 49,9%, 60,6% e 57,1%, dentre 8 razões de “não consultas” presentes na Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamento reproduzido na tabela 4. Um percentual alto para os três anos citados, quando se leva em consideração que o programa não tem o controle de que essas crianças realmente chegaram e receberam o atendimento em outro serviço.

**TABELA 4 – Distribuição das crianças inscritas no Programa Pré-Nenê, segundo razões da não realização das consultas, Porto Alegre, 2000-2002.**

Razões da não realização das consultas	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
Óbito	20	1,8	19	2,1	15	1,6
Família não fez contato após VD	48	4,3	33	3,5	27	2,9
Endereço não localizado	154	13,7	110	11,8	74	8,0
Mudança de endereço	151	13,5	131	14,0	132	14,3
Criança hospitalizada	19	1,7	13	1,4	24	2,6
Família busca outro serviço	559	49,9	567	60,6	529	57,1
Não é do território	7	0,6	13	1,4	14	1,5
Outra situação	162	14,5	49	5,2	111	12,0
<b>Total</b>	<b>1.120</b>	<b>100,0</b>	<b>935</b>	<b>100,0</b>	<b>926</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Relatório de Resultados do Programa Pré-Nenê 2000-2003.

Outra situação é a razão de “não consulta”, que nos anos de 2000 a 2002 respectivamente, apresentam 14,5%, 5,2% e 12,0%. Observa-se uma queda dessa proporção no ano de 2001, enquanto, mudança de endereço, nos mesmos anos permanece inalterada

(Tabela 4). Esses dados muitas vezes se explicam, segundo informações das UBS, pela constante mudança de endereço de uma parte das famílias atendidas nos serviços.

Nas tabelas 5 a 22, estão apresentadas as diferentes variáveis utilizadas pelo Programa Pré-Nenê para caracterizar as crianças avaliadas pelo programa em função do “risco de desenvolvimento prejudicado” apresentado. Essas variáveis foram coletadas da Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamento onde, a cada variável, é atribuída uma pontuação com valores de 1 a 6, onde considera-se alto risco a criança que apresenta somatório igual ou maior que 6 (ANEXO).

Foi acrescentado em algumas tabelas o item “ignorado”, com o objetivo, de identificar crianças que não se encaixaram nas outras possibilidades disponíveis na ficha, pois não tiveram essa variável marcada na Ficha de Primeiro Atendimento e Acompanhamento da criança pelos serviços de saúde ou que não tiveram tal informação repassada para o banco de dados do Pré-Nenê no momento da digitação feita pela equipe do programa.

**TABELA 5 - Distribuição das crianças inscritas no Programa Pré-Nenê, segundo a localização da residência em relação a área de atuação da Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, 2000-2002.**

Área	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
Atuação	8.434	92,2	9.044	97,5	9.915	98,5
Fora da área	717	7,8	230	2,5	147	1,5
<b>Total</b>	<b>9.151</b>	<b>100,0</b>	<b>9.274</b>	<b>100,0</b>	<b>10.062</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Relatório de Resultados do Programa Pré-Nenê 2000-2003.

Identifica-se, entre os anos de 2000-2002 um aumento do número de atendimento dentro da área de atuação dos serviços (TABELA 5), o que talvez seja resultado da redefinição da área de responsabilidade de cada UBS. A partir de janeiro de 2004, passou-se a utilizar um banco de endereços territorializado que permite informar cerca de 90% dos nascimentos ocorridos na cidade, possibilitando a melhoria da qualidade da vigilância da saúde da criança no primeiro ano de vida, aumentando sensivelmente a abrangência do programa.

A cidade de Porto Alegre foi dividida em micro áreas que são de responsabilidade dos serviços de saúde. Cada UBS tem sua área de atuação delimitada, isso torna o serviço responsável pela população que nela reside.

De acordo com a tabela 5 a maior parte das crianças, mais de 90%, nos anos apresentados, fazem parte da área de atuação do serviço de saúde onde foram inscritas no Prá-Nenê. Apenas uma pequena parte dessas crianças, menos de 10%, são consideradas “fora da área de atuação” do serviço de saúde.

A tabela 6 nos mostra que as crianças inscritas no programa, nos anos de 2001 e 2002, são em sua maioria do sexo masculino. Apenas no ano de 2000 a maioria das crianças inscritas, é do sexo feminino.

**TABELA 6 - Distribuição das crianças inscritas no programa Prá-Nenê, segundo sexo, Porto Alegre, 2002.**

Sexo	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
Masculino	4.569	49,9	4.677	50,4	5.101	50,7
Feminino	4.582	50,1	4.597	49,6	4.961	49,3
<b>Total</b>	<b>9.151</b>	<b>100,0</b>	<b>9.274</b>	<b>100,0</b>	<b>10.062</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Relatório de Resultados do Programa Prá-Nenê 2000-2003.

Os dados da tabela 7 mostram que, nos anos referentes, as crianças inscritas no Programa Prá-Nenê, são em sua maioria (em torno de 90%), crianças que apresentaram peso maior que 2.500g ao nascer.

**TABELA 7 - Distribuição das crianças inscritas no Programa Pra-Nenê, segundo peso ao nascer, Porto Alegre, 2000-2002.**

Peso ao nascer	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
<2.500g	816	8,9	823	8,9	929	9,3
>ou= 2.500g	8.335	91,1	8.451	91,1	9.130	90,7
Ignorado	-	-	-	-	3	0,0
<b>Total</b>	<b>9.151</b>	<b>100,0</b>	<b>9.274</b>	<b>100,0</b>	<b>10.062</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Relatório de Resultados do Programa Prá-Nenê 2000-2003.

Segundo dados do SINASC (2000-2003), o percentual de baixo peso ao nasce, em toda cidade de Porto Alegre, nos anos de 2000-2002, é respectivamente 9,7%, 9,8% e 10,3%. Comparando esses dados com os do Programa Prá-Nenê, observamos que a menor prevalência de baixo peso ao nascer é das crianças inscritas no Programa Prá-Nenê. Segundo Kenner (2001), baixo peso ao nascer (BPN) é a classificação dada às crianças que nascem com peso igual ou inferior a 2.500g independente da sua idade gestacional.

Das crianças acompanhadas pelo Prá-Nenê (TABELA 8), os percentuais foram de 7,1%, 7,0% e 7,9% o que representa uma menor prevalência em relação aos dados de toda a cidade.

**TABELA 8- Distribuição das crianças inscritas no Programa Pré-Nenê, segundo duração da gestação, Porto Alegre, 2000-2002.**

Duração da gestação	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
< 37 semanas	649	7,1	649	7,0	796	7,9
>ou=37 semanas	8.499	92,9	8.618	92,9	9.257	92,0
Ignorado	3	0,0	7	0,1	9	0,1
<b>Total</b>	<b>9.151</b>	<b>100,0</b>	<b>9.274</b>	<b>100,0</b>	<b>10.062</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Relatório de Resultados do Programa Pré-Nenê 2000-2003.

Os dados do SINASC, referentes aos anos de 2000-2002, apresentam um percentual de prematuridade de respectivamente 9,9%, 9,4% e 10,0%. Segundo Branden (2000), uma criança é prematura quando seu parto acontece antes das 37 semanas de gestação independente do seu peso.

Na tabela 9 observa-se um índice de desmame em torno de 19% nos anos apresentados. Esse índice é referente à primeira consulta do recém nascido que, como mostrado anteriormente (tabela 1) ocorre na sua grande maioria até os 30 dias de vida da criança. Isso significa que essas crianças estão recebendo leite artificial ou outro complemento alimentar antes mesmo de completar um mês de vida.

**TABELA 9- Distribuição das crianças inscritas no Programa Pré-Nenê, segundo aleitamento materno, Porto Alegre, 2000-2002.**

Aleitamento materno	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
Suspensão ou misto	1.805	19,7	1.767	19,1	1.844	18,3
Exclusivo	7.330	80,1	7.465	80,5	8.165	81,2
Ignorado	16	0,2	42	0,4	53	0,5
<b>Total</b>	<b>9.151</b>	<b>100,0</b>	<b>9.274</b>	<b>100,0</b>	<b>10.062</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Relatório de Resultados do Programa Pré-Nenê 2000-2003.

O aleitamento exclusivo, no momento da primeira consulta, representam mais de 80% das crianças inscritas no Prá-Nenê, nos anos de 2000-2002, enquanto uma porcentagem inferior a 6% tem essa informação ignorada para o item aleitamento materno.

Segundo Kenner (2001), as primeiras semanas de vida do RN são as mais difíceis para o sucesso da lactação, pois apesar dos reflexos envolvidos serem naturais, muitas das técnicas de aleitamento precisam ser aprendidas pela mãe e pelo bebê.

Na tabela 10, podemos observar que, nos anos apresentados, uma pequena parcela, mais ou menos 2,0%, tiveram gestação gemelar. A maior parte das mães, representadas por mais de 95% nos anos de 2000-2002, são gestação com único feto e 0,1% tiveram essa informação ignorada.

**TABELA 10 - Distribuição das crianças inscritas no Programa Prá-Nenê, segundo gestação gemelar, Porto Alegre, 2000-2002.**

Gestação gemelar	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
Sim	194	2,1	163	1,7	184	1,8
Não	8.949	97,8	9.106	98,2	9.870	98,1
Ignorado	8	0,1	5	0,1	8	0,1
<b>Total</b>	<b>9.151</b>	<b>100,0</b>	<b>9.274</b>	<b>100,0</b>	<b>10.062</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Relatório de Resultados do Programa Prá-Nenê 2000-2003.

A Os dados sobre hospitalização (TABELA 11) são preocupantes, pois em média, 11,1% das crianças inscritas no Programa entre os anos de 2000-2002 haviam ficado internadas em UTI por ocasião de seu nascimento. As que não foram hospitalizadas

representam uma média de 88,57% das crianças enquanto menos de 0,6% tiveram essa informação ignorada.

**TABELA 11 - Distribuição das crianças, segundo hospitalização em UTI, Porto Alegre, 2000-2002.**

Hospitalização em UTI	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
Sim	929	10,1	1.082	11,7	1.162	11,5
Não	8.217	89,8	8.153	87,9	8.852	88,0
Ignorado	5	0,1	39	0,4	48	0,5
<b>Total</b>	<b>9.151</b>	<b>100,0</b>	<b>9.274</b>	<b>100,0</b>	<b>10.062</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Relatório de Resultados do Programa Prá-Nenê 2000-2003.

Segundo Renner (2001), imediatamente após o nascimento, o neonato precisa assumir as funções vitais realizadas pela placenta intra-útero. O nascimento dá início a um período crítico chamado, período de transição, que engloba a adaptação do neonato da vida intra-uterina para a extra-uterina. As estatísticas refletem essa dificuldade dos neonatos em cumprir essa tarefa: a mortalidade é maior nesse período do que em qualquer outra época; 67% de todas as mortes infantis (aquelas que ocorrem no primeiro ano de vida) acontecem durante o período neonatal (os primeiros 28 dias de vida).

Segundo dados do Sistema de Informação em Mortalidade – SIM, (TABELA 23) morreram em Porto Alegre nos anos de 2000-2002, respectivamente, 342, 296, 279 crianças, entre 0 e 1 ano. Dentre elas, nos mesmos anos, 56,18% foram de mortalidade neonatal enquanto 43,82% são de mortalidade pós-neonatal.

**Tabela 12 – Mortalidade Infantil, menores de um ano, Porto Alegre, 2000-2002.**

Mortalidade Infantil	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
Mortalidade Neonatal	197	56,45	179	60,50	144	51,6
Mortalidade Pós-neonatal	152	43,55	117	39,50	135	48,4
<b>Total</b>	<b>349</b>	<b>100,0</b>	<b>296</b>	<b>100,0</b>	<b>279</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados do SIM – completar.

A tabela 13 nos mostra que 97,8% das crianças, nos anos de 2000-2002, não apresentaram mal formação congênita. Os ignorados representam 0,6% enquanto os casos com malformação 1,6%.

**TABELA 13- Distribuição das crianças inscritas no Programa Pré-Nenê, segundo malformação congênita, Porto Alegre, 2000-2002.**

Malformação congênita	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
Sim	122	1,3	162	1,7	176	1,7
Não	8.999	98,4	9.048	97,6	9.799	97,4
Ignorado	30	0,3	64	0,7	87	0,9
<b>Total</b>	<b>9.151</b>	<b>100,0</b>	<b>9.274</b>	<b>100,0</b>	<b>10062</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Relatório de Resultados do Programa Pra-Nenê 2000-2003.

As mal formações congênitas, são segundo o SIM, a segunda maior causa de mortalidade infantil nos anos de 2000-2002 em Porto Alegre, entre 0 e 1 ano de vida, perdendo apenas para afecções perinatais. Após as mal formações congênitas, as causas de

mortalidade infantil que aparecem são: doenças do aparelho respiratórios, causas externas e doenças infecto parasitárias.

De acordo com o apresentado na tabela 14, observa-se que as mães do Programa Prá-Nenê, na sua maioria, tem idade maior ou igual a 18 anos. Ao analisar os anos de 2000-2002 observa-se um aumento progressivo na idade materna maior ou igual a 18 anos. Já na faixa etária de 15 a 17 anos houve uma diminuição no ano de 2001 enquanto a faixa etária menor ou igual há 15 anos diminuiu com o passar desses anos.

**TABELA 14 - Distribuição das crianças inscritas no Programa Prá-Nenê, segundo idade materna, Porto Alegre, 2000-2002.**

Idade materna	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
<ou=15 anos	353	3,9	328	3,5	310	3,1
16 a 17 anos	882	9,6	823	8,9	841	8,3
>ou= 18 anos	7.901	86,3	8.109	87,4	8.890	88,4
Ignorado	15	0,2	14	0,2	21	0,2
<b>Total</b>	<b>9.151</b>	<b>100,0</b>	<b>9.274</b>	<b>100,0</b>	<b>10.062</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Relatório de Resultados do Programa Prá-Nenê 2000-2003.

Os dados apresentados na tabela 15 mostram, que a maioria das mães do Prá-Nenê, média de 54,46%, nos três anos tem escolaridade menor ou igual ao ensino fundamental. Esse percentual diminuiu com o passar dos anos elevando a quantidade de mães que possuem escolaridade maior ou igual ao ensino médio.

**TABELA 15 - Distribuição das crianças inscritas no Programa Prá-Nenê, segundo escolaridade materna, Porto Alegre, 2000-2002.**

Escolaridade materna	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
<ou= ensino fundamental	5.334	58,3	5.022	54,2	5.119	50,9
>ou= ensino médio	3.814	41,7	4.241	45,7	4.917	48,9
Ignorado	3	0,0	11	0,1	26	0,2
<b>Total</b>	<b>9.151</b>	<b>100,0</b>	<b>9.274</b>	<b>100,0</b>	<b>10.062</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Relatório de Resultados do Programa Prá-Nenê 2000-2003

A tabela 16 mostra que a frequência de óbito de filho menor de 5 anos na família da crianças inscrita no programa é representada por uma média de 4,43% nos anos apresentados, enquanto 95,1% representam “ não óbito de filho menor de 5 anos” e 0,47% são ignorados, ou seja, sem marcação da informação na ficha.

**TABELA 16 - Distribuição das crianças, segundo óbito de filhos menor que 5 anos, Porto Alegre, 2000-2002.**

Óbito de filho < de 5 anos	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
Sim	402	4,4	394	4,3	464	4,6
Não	8.728	95,4	8.832	95,2	9.525	94,7
Ignorado	21	0,2	48	0,5	73	0,7
<b>Total</b>	<b>9.151</b>	<b>100,0</b>	<b>9.274</b>	<b>100,0</b>	<b>10.062</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Relatório de Resultados do Programa Prá-Nenê 2000-2003.

Na tabela 17, mais de 83% das mães do programa tem menos de 3 filhos morando junto a enquanto 14,% das mães tem mais de 3 filhos na mesma casa e 0,3% tiveram informação ignorada.

**TABELA 17- Distribuição das crianças inscritas no Programa Prá-Nenê, segundo número de filhos morando junto, Porto Alegre, 2000-2002.**

Nº de filhos morando junto	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
> 3 filhos	1.523	16,7	1.402	15,1	1.484	14,8
<ou= 3 filhos	7.596	83,0	7.815	84,3	8.503	84,5
Ignorado	32	0,3	57	0,6	75	0,7
<b>Total</b>	<b>9.151</b>	<b>100,0</b>	<b>9.274</b>	<b>100,0</b>	<b>10.062</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Relatório de Resultados do Programa Prá-Nenê 2000-2003.

Os dados apresentados na tabela 18 mostram que as mães do Prá-Nenê estão realizando, na sua maioria, mais de 6 consultas de pré-natal representada por uma média de 74,37% nos anos apresentados. Esse resultado tem aumentado progressivamente com o passar dos anos. Esse aumento no número de consultas de pré-natal tem sido progressivo e indica uma melhora no trabalho desenvolvido pelos serviços de saúde onde as mães realizaram o pré-natal.

**TABELA 18 - Distribuição das crianças inscritas no Programa Pré-Nenê, segundo número de consultas de pré-natal, Porto Alegre, 2000-2002.**

Consultas de pré-natal	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
0 – 2 consultas	721	7,9	565	6,1	581	5,8
3 – 5 consultas	2.113	23,1	1.636	17,6	1.652	16,4
>ou= de 6 consultas	6.317	69,0	7.073	76,3	7.824	77,8
Ignorado	-	-	-	-	5	0,0
<b>Total</b>	<b>9.151</b>	<b>100,0</b>	<b>9.274</b>	<b>100,0</b>	<b>10.062</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Relatório de Resultados do Programa Pré-Nenê 2000-2003.

Observamos na tabela 19 o expressivo número de famílias que possuem renda per capita inferior a um salário mínimo, em torno de 46%. As famílias que recebem mais de um salário mínimo mensal representam 53,3% e 0,47% são ignorados.

**TABELA 19 - Distribuição das crianças inscritas no Programa Pré-Nenê, segundo renda per capita, Porto Alegre, 2000-2002.**

Renda per capita	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
< 1 salário mínimo	4.216	46,1	4.390	47,3	4.536	45,1
>ou = 1 salário mínimo	4.918	53,7	4.835	52,2	5.450	54,2
Ignorado	17	0,2	49	0,5	76	0,7
<b>Total</b>	<b>9.151</b>	<b>100,0</b>	<b>9.274</b>	<b>100,0</b>	<b>10.062</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Relatório de Resultados do Programa Pré-Nenê 2000-2003.

Os “problemas familiares e sócio-econômicos”, contidos na Ficha de Primeiro atendimento e Acompanhamento da criança, e reproduzido na tabela 20, fazem referência a

situações que podem ser encontradas na família da criança, como: abandono social, mãe com problemas físicos ou de saúde mental, infra-estrutura entre outros. Para esses “problemas” o programa Prá-Nenê atribui valores de 1-6, onde não existe valor específico para cada “problema encontrado” e sim para o desfecho do problema. A tabela 19 apresenta essas freqüências divididas em: sem risco (0) que de 2000 para 2001 teve um aumento da freqüência de 71,2% e 89,0%, respectivamente, diminuindo para 68,9% em 2002; baixo risco (1 – 3) pontos que teve uma diminuição na freqüência de casos apenas no ano de 2001, 6,7%, enquanto em 2000 e 2002 a freqüência é de 19,0% e 21,9% respectivamente; o alto risco determinado (4 – 6) apresentou freqüências mais altas nos anos de 2000 e 2002 de 9,7% e 8,1%, respectivamente, mostrando uma considerável queda no ano de 2001, 2,9%; os ignorados aumentaram no decorrer dos anos, com freqüências iguais a, 0,1%, 0,5% e 0,8%, respectivamente, para os mesmos anos citados anteriormente. Podemos observar, através dos dados apresentados, que a maioria das crianças acompanhadas pelo programa não apresentam “risco”, de acordo com os critérios utilizados.

**TABELA 20 - Distribuição das crianças inscritas no Programa Prá-Nenê, segundo “problemas familiares”, Porto Alegre, 2000-2002.**

Problemas familiares e sócio-econômicos	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
Sem risco (0)	6.515	71,2	8.225	89,9	6.933	68,9
Baixo risco (1-3)	1.736	19,0	615	6,7	2.201	21,9
Alto risco (4-6)	886	9,7	266	2,9	844	8,4
Ignorado	14	0,1	45	0,5	84	0,8
<b>Total</b>	<b>9.151</b>	<b>100,0</b>	<b>9.274</b>	<b>100,0</b>	<b>10.062</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Relatório de Resultados do Programa Prá-Nenê 2000-2003.

Os “problemas da criança” englobam situações importantes que interferem no crescimento ou no desenvolvimento, onde os valores atribuídos seguem o mesmo esquema da variável anterior – “problemas familiares”. Assim como mostra a tabela 21, essa variável, divide-se em: sem risco, que apresentou aumento de 71,3% em 2000, para 87,6% em 2002; o baixo risco apresentou menor frequência no ano de 2001, 7,5%; alto risco apresenta uma queda da frequência entre os anos de 2000-2002, respectivamente, 9,3%, 3,5% e 2,6% e os ignorados que também aumentaram no decorrer dos anos. Os dados nos mostram, que em um contexto geral, a grande maioria das crianças acompanhadas pelo programa, não apresentam “risco”, em relação aos critérios utilizados.

**TABELA 21 - Distribuição das crianças inscritas no programa Pré-Nenê, segundo “problemas da criança”, Porto Alegre, 2000-2003.**

Problemas da criança	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
Sem risco (0)	6.614	71,3	8.209	88,5	8.812	87,6
Baixo risco (1-3)	1.775	19,2	698	7,5	837	8,3
Alto risco (4-6)	865	9,3	326	3,5	263	2,6
Ignorado	20	0,2	41	0,5	150	1,5
<b>Total</b>	<b>9.151</b>	<b>100,0</b>	<b>9.274</b>	<b>100,0</b>	<b>10.062</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Relatório de Resultados do Programa Pré-Nenê 2000-2003.

A tabela 22, que apresenta dados referentes às vacinas, nos mostra que, a grande maioria, representada por mais de 90,0% nos anos citados, está com as vacinas em dia. As crianças com vacinas em atraso e as que tiveram essa informação ignorada fazem parte dos 10,0% das crianças restantes.

Essa redução no atraso das vacinas vem acontecendo com o passar dos anos e é um reflexo do acompanhamento recebido pelas mães ainda no pré-natal nos serviços de saúde.

**TABELA 22 - Distribuição das crianças inscritas no Programa Pré-Nenê, segundo vacinas, Porto Alegre, 2000-2002.**

Vacinas	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
Em atraso	519	5,7	444	4,8	467	4,6
Em dia	8.584	93,8	8.748	94,3	9.413	93,6
Ignorado	48	0,5	82	0,9	182	1,8
<b>Total</b>	<b>9.151</b>	<b>100,0</b>	<b>9.274</b>	<b>100,0</b>	<b>10.062</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Relatório de Resultados do Programa Pré-Nenê 2000-2003.

Na tabela 23, temos os dados referente ao “risco da criança” que é identificado com o somatório de pontos maior ou igual a 6, no primeiro atendimento. Para o Programa Pré-Nenê, uma criança que apresenta “risco” é aquela criança que segundo pesquisas anteriormente realizadas, apresenta condições com maior probabilidade e suscetibilidade de adoecimento.

**TABELA 23 - Distribuição das crianças inscritas no Programa Pré-Nenê, segundo risco de adoecimento, Porto Alegre, 2000-2002.**

Risco	2000		2001		2002	
	n	%	n	%	n	%
Sem risco	1.287	14,1	1.507	16,3	1.780	17,7
1 a 5 pontos	2.852	31,2	2.855	30,8	3.055	30,4
6 a 11 pontos	2.948	32,2	2.897	31,2	3.131	31,1
12 a 23 pontos	1.751	19,1	1.719	18,5	1.787	17,7
>ou= 24 pontos	313	3,4	296	3,2	309	3,1
<b>Total</b>	<b>9.151</b>	<b>100,0</b>	<b>9.274</b>	<b>100,0</b>	<b>10.062</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Relatório de Resultados do Programa Pré-Nenê 2000-2003.

Observamos que, nos anos citados, apenas 14,1%, 16,3% e 17,7% respectivamente, não apresentaram “risco”. Mais ou menos 80,0% das crianças apresentam “risco”. O risco está dividido por pontuação: de 1 a 5 pontos temos 31,2%, 30,8 e 30,4% das crianças, respectivamente, para os anos de 2000-2002, de 6 a 11 pontos, os dados encontrados representam 32,2%, 31,2% e 31,1% das crianças respectivamente; de 12 a 23 pontos, temos 19,1%, 18,5% e 17,7% das crianças respectivamente; a pontuação maior ou igual a 24 pontos, representa 3,4%, 3,2% e 3,1% das crianças respectivamente como mostra a tabela 23.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o Programa de Vigilância da Saúde da Criança no Primeiro ano de Vida contribui para a melhoria do atendimento prestado a essas crianças nas Unidades Básicas de Saúde auxiliando os profissionais dos serviços de saúde na identificação das crianças que apresentam maior risco de adoecimento e de comprometimento da saúde física e mental. Possibilita ainda que o serviço de saúde conheça melhor as condições de vida e saúde da população que atende.

Para que isso aconteça, é necessária informação atualizada e fidedigna a respeito da situação de saúde e de risco de adoecimento das crianças inscritas no programa. Para que os dados coletados na ocasião da consulta da criança transformem-se em informação é imprescindível que exista uma avaliação desses dados e um repasse dessa avaliação, para no mínimo, os profissionais de saúde que usarão os resultados na prática diária.

É a partir da avaliação dos dados que se pode tentar entender a situação epidemiológica de uma população, e esta avaliação deve ser realizada pela Equipe do Programa Pré-Nenê descrevendo as características relacionadas a cada criança, como: primeira consulta, visitas domiciliares, caracterização de risco e desfecho.

O estudo realizado teve como finalidade primordial realizar a avaliação dos dados referentes às crianças inscritas no Programa Pré-Nenê através de dados do programa e do cruzamento desses dados, já que esses cruzamentos têm sido trabalhados pela equipe do programa. No entanto, em virtude de algumas eventualidades, o perfil das crianças inscritas no Pré-Nenê no ano de 2002 não pode ser baseado também no cruzamento das variáveis analisadas.

Dessa forma, a partir da análise realizada observou-se dentre outras coisas, uma falha na coleta de dados realizada pelos profissionais que trabalham com o Prá-Nenê nas U.B.S já que muitas informações são ditas “ignoradas” devido a falta de preenchimento. Sabe-se que a força e o valor da informação dependerá da precisão com que o dado é gerado, por tanto os responsáveis pela coleta do mesmo devem ser preparados para garantir a qualidade do dado obtido (ROUQUAYROL, 1999).

Após a análise dos dados notamos que o programa vem se desenvolvendo na cidade de Porto Alegre, pois observamos um aumento da abrangência do programa assim como da efetividade e cobertura do mesmo. Quanto às crianças acompanhadas pelo Programa Prá-Nenê observamos que elas são em sua maioria filhos (as) de mulheres com idade superior a 18 anos com grau de escolaridade baixo (menor ou igual ao ensino fundamental) e que já possuem outros filhos morando no mesmo domicílio. São mulheres que realizaram pré-natal e que na sua grande maioria estão levando seus filhos recém-nascidos ao serviço de saúde apesar de estarem chegando aos serviços após o período preconizado pelo programa (10 dias).

Em geral, essas crianças nascem com mais de 37 semanas e com o peso maior a 2500g o que minimiza a condição de risco para essa criança. Entretanto, ainda temos muitas crianças chegando no primeiro atendimento sem estarem sendo alimentadas exclusivamente no peito com um mês de vida. Temos ainda crianças sendo hospitalizadas na ocasião do nascimento o que aumenta a possibilidade de risco para adoecimento. Quando pensamos em uma avaliação mais geral, vemos que essas crianças na sua grande maioria não apresentam “risco”, mas entre as que apresentam, encontramos uma grande parcela que representam baixo risco.

Esse estudo teve a intenção de contribuir com a Equipe do Programa Prá-Nenê, além de fazer-se útil para todos os profissionais que atuam na saúde coletiva e que acreditam ser a atenção primária (prevenção) um ponto importante para a resolução dos problemas de saúde pública da atualidade. Pretendeu também tentar conscientizar e mostrar para os profissionais

da área da saúde sobre a importância da vigilância da saúde da criança no primeiro ano de vida na busca da qualidade de vida para a coletividade.

O Sistema de Informação é um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão de informação que serve para organizar os serviços de saúde servindo ainda para a investigação e o planejamento no controle de doenças. Diante disso, é importante ressaltar a importância do Sistema de Informação na promoção da saúde, pois ele é ferramenta fundamental nesse trabalho.

## REFERÊNCIAS

- BRANDEN, Pennie Sessler. **Enfermagem materna infantil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002
- COSTA, E. A & ROZENFELD, S.A constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (Org.) **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 1 ed. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.
- GOLDIM, J.R. **Manual de Iniciação À Pesquisa em Saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.
- KENNER, Carole. **Enfermagem neonatal**. 2 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2001.
- OPAS (2002) – **Sistemas de Informação Geográfica em Saúde. Conceitos básicos**, OPAS/OMS/Ministérios da Saúde/FUNASA, Brasília, 124p.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

POLIT, Denise F; HUNGLER, Bernadete. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: artes médicas, 1995.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, Equipe de Informação. **Prá-Saber: informações de interesse a saúde**. Porto Alegre: 2001.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. **Conferência Municipal de Vigilância da Saúde**. Porto Alegre: 2001.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, Equipe de Informação. **Prá-Saber: informações de interesse a saúde**. Porto Alegre: 1997.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

ANEXO - FICHA DE AVALIAÇÃO DO PRIMEIRO ATENDIMENTO E  
ACOMPANHAMENTO.



**PRÉ - NATAL**

SIM  NÃO

LOCAL  SERVIÇO DE SAÚDE \_\_\_\_\_  
 HOSPITAL \_\_\_\_\_  
 CONVÊNIO/PARTICULAR \_\_\_\_\_

**FICHA DE AVALIAÇÃO DO PRIMEIRO ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO**  
(DEVOLVA ESTA FICHA A EQUIPE DE INFORMAÇÕES/CGVS APÓS O 1º ATENDIMENTO E APÓS A AVALIAÇÃO DO 12º MÊS)

**1 - IDENTIFICAÇÃO**

SERVIÇO \_\_\_\_\_

DNV \_\_\_\_\_ Nº SUBSTITUTO (NA FALTA DO Nº DA DNV) \_\_\_\_\_

FICHA FAMÍLIA Nº \_\_\_\_\_

HOSPITAL \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO  M  F

NOME DA CRIANÇA \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

VILA \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_

ÁREA DE ATUAÇÃO  
 DENTRO  FORA

**2 - VISITAS DOMICILIARES**

FORAM REALIZADAS VD PARA CHAMAMENTO DA 1ª CONSULTA?

SIM  NÃO

DATA DA 1ª VD \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA DA 2ª VD \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**3 - INFORMAÇÕES SOBRE A 1ª CONSULTA**

SIM HOVE CONSULTA. ONDE OCORREU?

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SERVIÇO DE SAÚDE ESPONTÂNEA;  
 SERVIÇO DE SAÚDE, APÓS VD;  
 NO DOMICÍLIO, CASOS ESPECIAIS

NÃO HOVE CONSULTA. QUAL FOI A RAZÃO?

ÓBITO  
 FAMÍLIA NÃO FEZ CONTATO APÓS 2 VD  
 ENDEREÇO NÃO LOCALIZADO  
 MUDANÇA DE ENDEREÇO  
 CRIANÇA HOSPITALIZADA  
 FAMÍLIA BUSCA OUTRO SERVIÇO  
 NÃO É DO TERRITÓRIO  OUTRA SITUAÇÃO

**4 - CARACTERIZAÇÃO DO RISCO (marque com um x no campo identificado)**

INDICADORES	ALTO RISCO	ATÉ 2 M			BAIXO RISCO	ATE 2 M		
		6 M	12 M	6 M		12 M		
PESO AO NASCER [ ] g	< 2500 g	6			> 2500 g	0		
DURAÇÃO DA GESTAÇÃO	< 37 SEMANAS	4			≥ 37 SEMANAS	0		
ALEITAMENTO MATERNO	SUSPENSO / MISTO	6			EXCLUSIVO	0		
GESTAÇÃO GEMELAR	SIM	2			NÃO	0		
HOSPITALIZAÇÃO ÚLTIMOS 2 MESES*	SIM	2	4	4	NÃO	0	0	0
MALFORMAÇÃO CONGÊNITA*	SIM	1	1	1	NÃO	0	0	0
IDADE MATERNA [ ] anos	≤ 15 ANOS	6	6	6	≥ 18 ANOS	0	0	0
	16 A 17 ANOS	3	3	3				
ESCOLARIDADE MATERNA	≤ 1º GRAU INCOMPLETO	2	2	2	≥ 1º GRAU COMPLETO	0	0	0
ÓBITO DE FILHOS < DE 5 ANOS	SIM	4	4	4	NÃO	0	0	0
DEMAIS FILHOS MORANDO JUNTO	> 3 FILHOS	2	2	2	≤ 3 FILHOS	0	0	0
CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	0 A 2 CONSULTAS	2			≥ 6 CONSULTAS	0		
	3 A 5 CONSULTAS	1						
RENDA PER CAPITA	< 1 SALÁRIO MÍNIMO	3	3	3	≥ 1 SALÁRIO MÍNIMO	0	0	0
PROBLEMAS FAMILIARES E SÓCIO-ECONÔMICOS (abandono social, mãe com problemas físicos ou de saúde mental, infra-estrutura e outros)	SIM, DE 1 A 6 PONTO				NÃO	0	0	0
PROBLEMAS DA CRIANÇA problemas importantes que interferiram no crescimento ou desenvolvimento	SIM, DE 1 A 6 PONTOS				NÃO	0	0	0
VACINAS	EM ATRASO	4	4	4	EM DIA	0	0	0
AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO	SUSPEITO		3	3	NORMAL		0	0
	COM PROBLEMAS		6	6				
ALTURA/IDADE	< PERCENTIL 10		6	6	≥ PERCENTIL 10		0	0
PESO/ALTURA	< PERCENTIL 10		6	6	≥ PERCENTIL 10		0	0
PESO/IDADE	< PERCENTIL 10		6	6	≥ PERCENTIL 10		0	0
PONTOS SOMADOS	TOTAL				TOTAL	0	0	0

\* PONTUAÇÃO PODE SER AUMENTADA UTILIZANDO AS VARIÁVEIS COM PONTOS EM ABERTO (Problemas familiares e da criança)

CONSIDERAR COMO ALTO RISCO QUANDO O TOTAL DE PONTOS SOMADOS FOR MAIOR OU IGUAL A 6.

TÉCNICO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

ATÉ 2º MÊS \_\_\_\_\_

6º MÊS \_\_\_\_\_

12º MÊS \_\_\_\_\_

**5 - ALEITAMENTO MATERNO**

EXCLUSIVO ATÉ   dias ou   meses      MISTO ATÉ   dias ou   meses

NÃO AMAMENTOU  MOTIVO: \_\_\_\_\_

**6 - CRESCIMENTO (REGISTRE MENSALMENTE PESO E ALTURA)**

IDADE	DATA	PESO	ALTURA	ALTURA / IDADE	PESO / ALTURA	PESO / IDADE
AO NASCER	___/___/___	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1ª CONS. (DIAS)	___/___/___	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1ª MÊS	___/___/___	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2ª MÊS	___/___/___	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3ª MÊS	___/___/___	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4ª MÊS	___/___/___	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5ª MÊS	___/___/___	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6ª MÊS	___/___/___	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7ª MÊS	___/___/___	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8ª MÊS	___/___/___	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9ª MÊS	___/___/___	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10ª MÊS	___/___/___	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11ª MÊS	___/___/___	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12ª MÊS	___/___/___	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Cm	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**7 - DESFECHO**

(Considerar ACOMPANHADA quando a criança tiver no mínimo 4 consultas no 1º semestre e 3 consultas no 2º semestre de vida)

A criança teve o acompanhamento mínimo preconizado?

sim       não

Se NÃO, qual foi a razão?

- óbito,
- família não fez contato após 2ª visita domiciliar
- endereço não localizado
- mudança de endereço
- criança hospitalizada
- família busca atendimento em outro serviço
- número de consultas inferior ao preconizado
- outra situação

CARO TENHA OCORRIDO ÓBITO, INFORMAR A DATA:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

HOUVE VISITA DOMICILIAR PARA BUSCAR A CRIANÇA FALTOSA APÓS TER INICIADO O ACOMPANHAMENTO?

SIM       NÃO

**8 - OBSERVAÇÕES**

Registre aqui problemas que possam interferir no crescimento e desenvolvimento da criança (como as doenças transmissíveis, hospitalizações) ou outras situações em relação ao programa.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**Comitê de Ética em Pesquisa na Saúde**  
**Av. João Pessoa, 325 - 2º andar - Fone.: 3289-2771**

**PROJETO DE PESQUISA: “Perfil Epidemiológico das crianças inscritas no Programa de Vigilância da Saúde das crianças no primeiro ano de vida em Porto Alegre no ano de 2002 ”**

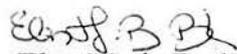
**AUTORA: Ana Patrícia Paiva Calil Köhler**

**PROCESSO: 001.045832.04.8**

**PARECER:**

Do ponto de vista ético, projeto apto a ser desenvolvido. Após concluído o estudo, a autora deverá remeter um exemplar da monografia para a Assessoria de Planejamento desta Secretaria.

Porto Alegre, 10 de novembro de 2004.

  
Elen Maria Borba

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**