

### AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE VIGILÂNCIA DO RECÉM-NASCIDO DE LONDRINA – PARANÁ<sup>1</sup>

Edilaine Giovanini Rossetto<sup>\*</sup>  
Lígia Goes Pedrozo Pizzo<sup>\*\*</sup>

---

#### RESUMO

O objetivo deste trabalho foi analisar o Programa de Vigilância do Recém-nascido de Londrina (PV), que prioriza crianças com maior risco de adoecer e morrer. A população de estudo foram as crianças nascidas vivas com critérios de risco, no período de janeiro a junho de 2005 e residentes nas áreas de abrangência de 20 unidades básicas de saúde (UBS) selecionadas, totalizando 423 crianças. Além disso, os enfermeiros coordenadores das UBS foram entrevistados. Para a identificação do perfil dos recém-nascidos de risco e do seu acompanhamento nas UBSs, utilizaram-se dados fornecidos às UBS pela Secretaria Municipal de Saúde, livros de registros e fichas de aprazamento das crianças. A prevalência de nascidos vivos de risco foi de 20,9%. Dentre as crianças de risco, 62,4% foram classificadas como de risco pelo baixo peso, 26,2% eram filhas de mães adolescentes, 12,0% eram prematuros, 5,7% sofreram asfixia neonatal e 4,3% das crianças foram consideradas de risco por critério médico. Estimou-se que 15,3% das crianças de risco não estavam sendo acompanhadas. Os resultados apontam que o PV possibilita a identificação, captação e acompanhamento das crianças de risco; todavia, os esforços devem ser concentrados na organização do serviço para a implementação adequada desse programa.

**Palavras-chave:** Recém-nascido Atenção primária à saúde. Grupos de risco.

---

#### INTRODUÇÃO

A redução da mortalidade infantil é um grande desafio para a sociedade brasileira. Apesar da queda importante na última década, decorrente da redução da mortalidade pós-neonatal (27 dias a 1 ano de vida), os índices são ainda elevados, devido à estagnação da mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) no país, concentrando-se nas regiões e populações mais pobres, como reflexo das desigualdades sociais. Essa situação é agravada quando se reconhece que, em sua maioria, essas mortes precoces poderiam ser evitadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços de saúde resolutivos e qualificados. Portanto, o nascimento saudável, a

promoção do crescimento, desenvolvimento, alimentação saudável e o cuidado às doenças prevalentes, com enfoque prioritário para a vigilância à saúde das crianças de maior risco, são ações que não podem deixar de ser realizadas em toda a sua plenitude<sup>(1)</sup>.

O Ministério da Saúde (MS) considera como crianças de risco aquelas que possuem pelo menos um desses critérios: residência em área de risco; baixo peso ao nascer (< 2500 g); prematuridade (< 37 semanas de idade gestacional); asfixia grave (apgar < 7 no 5º minuto de vida); internamento ou intercorrências na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido (RN); receber orientações especiais à alta da maternidade ou em unidade

---

<sup>1</sup> Artigo extraído da monografia “Avaliação do Programa de Vigilância do Recém-nascido de Londrina – Paraná”, apresentada ao curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

\* Enfermeira. Mestre. Professora do Departamento de Enfermagem da UEL.

\*\* Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva.

de assistência ao RN, ser RN de mãe adolescente (< 18 anos), ser RN de mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo), haver história de morte de crianças < 5 anos na família<sup>(1)</sup>.

Os RN de risco são aquelas crianças que, além do cuidado ofertado pela equipe de saúde da família e unidade básica de saúde (UBS), demandam atenção especializada e atendimento multiprofissional. Além disso, deve-se ressaltar que as crianças de risco devem ser priorizadas no desenvolvimento das 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 cinco anos, bem como protocolos específicos (atenção ao desnutrido, criança com asma, etc.), além da avaliação de assistência especial com retornos mais frequentes e outros cuidados que a criança necessite, incluindo ações intersetoriais<sup>(1)</sup>.

A atenção ao RN de risco deve acontecer em intervalos mais curtos, de maneira a possibilitar intervenções capazes de recuperar a saúde e/ou prevenir complicações mais sérias e, em consequência, reduzir a morbimortalidade infantil<sup>(2)</sup>.

Com o objetivo de combater a mortalidade infantil em Londrina – Paraná, foi implantado, em 1993, o Programa de Vigilância do Recém-nascido (PV), o qual é desenvolvido nas UBS. As crianças incluídas no PV são priorizadas no atendimento, ou seja, elas têm acompanhamento mensal nas UBS, por meio de consultas médicas e de enfermagem. Para a inclusão no PV, as crianças devem ter pelo menos um dos seguintes critérios de risco no momento do nascimento: peso ao nascer igual ou inferior a 2700 gramas; Apgar ao 5º minuto igual ou inferior a 7; idade gestacional igual ou inferior a 36 semanas; idade materna menor que 18 anos; critério médico<sup>(3)</sup>.

Desde a implantação do PV até os dias atuais, ocorreram muitas transformações na organização dos serviços de saúde, a mais importante foi a introdução do Programa Saúde da Família (PSF). Diante deste contexto, foram delineados os seguintes objetivos para este estudo: avaliar o PV de Londrina no primeiro semestre de 2005;

descrever o perfil dos RN de risco de acordo com os critérios preconizados pelo PV; estimar a prevalência de RN de risco no município de Londrina de acordo com os critérios do PV; quantificar a proporção de crianças de risco acompanhadas pelas UBS de acordo com a área de abrangência; descrever as diferentes formas de organização do atendimento aos RN de risco, segundo o relato dos enfermeiros e análise dos registros das UBS.

## MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo-exploratório para levantar o perfil dos RN de risco e seu acompanhamento nas UBS de Londrina, Paraná, Brasil. Londrina tem aproximadamente 447.065 habitantes e sua rede básica de saúde está organizada para atender as gestantes e os RN por meio de 53 UBS<sup>(4)</sup>.

Para atender aos objetivos propostos, o tamanho da amostra representativa para os nascidos vivos (NV) de risco foi calculado em 30%. Para garantir a representatividade socioeconômico-cultural da população selecionaram-se quatro UBS de cada região urbana (Norte, Sul, Centro, Leste e Oeste) que possuíam maior número de NV de risco, totalizando 20 UBS. A população de estudo foi formada pelas crianças NV com os critérios de risco definidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no período de janeiro a junho de 2005, residentes no momento do nascimento nas áreas de abrangência das 20 UBS de Londrina selecionadas. Foram encontrados 423 RN de risco, o que significaria 38,4% do total de NVs de risco, ou seja, uma amostra 8,4% maior do que a recomendada estatisticamente.

A fim de facilitar a coleta dos dados, essa etapa foi separada em duas fases. A primeira fase referiu-se à investigação dos registros das UBS sobre o perfil dos RN de risco e a segunda fase correspondeu às entrevistas com os coordenadores das UBS sobre a implementação do PV. Para o registro dos dados, criaram-se instrumentos específicos para cada fase, e antes de sua utilização foi aplicado pré-teste, indicando as necessidades de ajustes antes do início da coleta de dados.

A investigação nas UBS sobre o perfil dos RN de risco era realizada a partir das duas

listagens que a SMS fornecia para as UBS. Uma dessas listas era a dos NVs da área de abrangência de cada UBS. A outra lista era encaminhada pela Vigilância Epidemiológica, constando somente os RN de risco pertencentes à área de abrangência da UBS. A opção pela consulta das duas listagens possibilitou a consistência das informações e evitou possibilidades de sub-registro. Com a relação das crianças de risco em mãos, foram analisados os livros de registros e as fichas de aprazamento das crianças atendidas pelo programa, a fim de descrever o perfil dessas crianças, identificar o percentual de crianças inscritas no PV e analisar o seu acompanhamento.

Outra forma de avaliar o PV foi a realização de entrevista com os enfermeiros coordenadores das UBS. Não foram incluídos funcionários em gozo de férias ou licença. Para esse objetivo, utilizou-se um formulário que identificava o tempo de profissão e de trabalho na SMS, bem como a opinião dos entrevistados quanto à operacionalização do programa. Os enfermeiros responderam ao formulário no momento de sua entrega, e depois de respondidos, os formulários foram recolhidos.

Considerando-se as diferentes formas de organizar o serviço para acompanhamento das crianças em cada unidade e a intenção de diagnosticar a implementação do PV, foram criadas três categorias de acompanhamento. A primeira categoria referia-se às UBS que apresentavam formas padronizadas para o registro, identificação e controle do acompanhamento das crianças de risco. Já a segunda categoria referia-se às UBS com registro, mas sem padronização para identificação e controle de acompanhamento das crianças de risco. A terceira categoria contemplava as

UBS que não tinham registro nem identificação das crianças de risco.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina (Parecer nº 184/05). Para a participação dos enfermeiros na pesquisa, estes foram informados sobre os objetivos do estudo e seus direitos como participantes, sendo a entrevista realizada somente após a assinatura do termo de consentimento. Os dados foram armazenados em um banco de dados do programa Epi Info versão 3.3.2. e analisados através de tabelas com frequência numérica e percentual.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prevalência dos RN de risco em Londrina, no ano de 2005, foi de 20,9%. Esse índice foi menor que o encontrado em uma pesquisa realizada em Cascavel – PR, nos anos de 1996 a 1998, a qual analisava um projeto de vigilância de mortalidade infantil e o sistema/fluxo de informações dos RN, onde a prevalência de RN de risco foi de 38%. Entretanto, esse estudo incluía critérios de risco mais abrangentes do que os utilizados no PV, como local de parto e permanência da criança no hospital após o nascimento, grau de instrução materna, número de filhos NV ou nascidos mortos e de abortos<sup>(2)</sup>. Pesquisa realizada em Belo Horizonte - MG, nos anos de 1996 a 1998, obteve como resultado a prevalência de RN de risco (23,7%) semelhante à encontrada em Londrina. Vale ressaltar que esse estudo foi realizado em apenas um centro de saúde e contemplava os seguintes critérios de risco: peso ao nascer inferior a 2500 gramas; filhos de mães adolescentes (< 20 anos); filhos de mães não escolarizadas<sup>(5)</sup>.

**Tabela 1** – Distribuição dos nascidos vivos de acordo com os critérios de risco estabelecidos pelo Programa de Vigilância do Recém-nascido. Londrina, 2005.

Nascidos vivos de acordo com critérios de risco **	Sim		Não	
	n	%	n	%
Apgar ao 5º min. < ou = 7	24	5,7	399	94,3
Baixo peso*	264	62,4	159	37,6
Critério médico	18	4,3	405	95,7
Idade materna < 18 anos	111	26,2	312	73,8
Prematuridade	51	12,0	372	88,0

\* Baixo peso < ou = 2700 gramas

\*\* n = 423



Na Tabela 1, observa-se a distribuição dos nascidos vivos de risco segundo os critérios de

risco do PV. O baixo peso ao nascer foi o critério predominante (62,4%).

**Tabela 2** – Distribuição dos critérios de risco dos nascidos vivos por região de moradia no município. Londrina, 2005.

CRITÉRIOS DE RISCO	REGIÃO DE MORADIA											
	CENTRAL		LESTE		NORTE		OESTE		SUL		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n **	%
Apgar ao 5º min. < ou = 7	1	4,2	3	12,5	7	29,2	8	33,3	5	20,8	24	5,1
Baixo peso *	35	13,3	37	14,0	58	22,0	62	23,5	72	27,3	264	56,4
Critério médico	0	0,0	5	27,8	5	27,8	3	16,6	5	27,8	18	3,9
Idade materna < 18 anos	7	6,3	19	17,1	26	23,4	25	22,5	34	30,6	111	23,7
Prematuridade	6	11,8	8	15,7	11	21,6	9	17,6	17	33,3	51	10,9
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>10,5</b>	<b>72</b>	<b>15,3</b>	<b>107</b>	<b>22,9</b>	<b>107</b>	<b>22,9</b>	<b>133</b>	<b>28,4</b>	<b>468</b>	<b>100,0</b>

\* Baixo peso < ou = 2700 gramas

\*\* O n de referência para esta tabela foi de 468, pois havia crianças que apresentavam mais de um critério de risco.

Observa-se na Tabela 2 que a região Sul de Londrina teve o maior percentual de concentração de fatores de risco (28,4%), e o menor número de fatores de risco foi encontrado na região central (10,5%). Embora não fosse o propósito deste estudo analisar os fatores socioeconômico e cultural, essa diferença regional pode estar relacionada com essa questão, pois a região central é a que tem maior concentração da classe econômica mais alta do município. O critério de risco predominante foi o baixo peso, com 56,4% (264), e o que apresentou menor taxa foi o critério médico, com 3,9% (18) do total de fatores de risco encontrados.

Em relação aos NV do município de Londrina, no ano de 2004, a prevalência de baixo peso resultou em 8,6%<sup>(6)</sup>, sendo que em países ricos essa taxa varia entre 4 e 6%<sup>(4)</sup>. Neste estudo, dentre os critérios de risco, o baixo peso foi o mais frequentemente encontrado (56,4%), e dos 423 NV de risco, 62,4%, esse risco era baixo peso. Embora o critério de baixo peso do PV no município utilize um ponto de corte maior (2700 gramas) daquele recomendado pelo MS e a Organização Mundial da Saúde (OMS), que é 2500 gramas<sup>(1)</sup>, a frequência foi semelhante à encontrada no município de Cascavel - PR, com 62,6%, em que também se considerou o peso de 2500 gramas como referência de coorte<sup>(2)</sup>.

O baixo peso é uma das principais causas de mortalidade infantil, e, como consequência,

pode acarretar doenças neurológicas como paralisia cerebral e retardo mental. Um estudo realizado em Goiânia – GO, no ano de 2000, analisou o baixo peso ao nascer em uma coorte de 19.189 RN, e constatou que a incidência de baixo peso na população foi de 6,9% e que, dentre todos os óbitos neonatais, 66,8% ocorreram em crianças que nasceram com baixo peso<sup>(7)</sup>. Outro estudo, realizado em Belo Horizonte<sup>(5)</sup>, também concluiu que a maioria dos óbitos ocorridos se deu no período neonatal e que o critério de risco predominante nos casos de óbitos foi o baixo peso ao nascer (16,5%). No município de Cambé – PR, no período de 1999 a 2004, foi realizada uma pesquisa que avaliou a mortalidade neonatal, e concluiu que os RN de muito baixo peso (menos que 1500g) tiveram um coeficiente de mortalidade neonatal altíssimo (571,4/1000 NVs), se comparado com o dos RN com peso satisfatório (2500g ou mais), os quais apresentam índice de mortalidade neonatal de apenas 2,5/1000 NV<sup>(8)</sup>. Essas pesquisas comprovam que o baixo peso é uma preocupação para a saúde pública, pois interfere significativamente na sobrevivência dos RN, o que confirma a importância da eleição deste critério como risco e ainda indica a necessidade de corrigir o ponto de corte de Londrina para 2500 gramas, respeitando a recomendação nacional (MS) e universal (OMS), para permitir a comparação com dados de outros estados.

Os fatores de risco associados ao baixo peso são: gestação curta, retardo de crescimento intra-uterino, tabagismo, baixo nível educacional materno, idade materna mais jovem, estado marital, discreto ganho de peso durante a gravidez, hipertensão arterial e infecção do trato genitourinário na gestação, paridade, presença de outros filhos com baixo peso ao nascer e menor número de consultas no pré-natal<sup>(9)</sup>.

Quanto à variável idade materna menor que 18 anos, a prevalência foi de 26,2% (111) na população de estudo, resultado discretamente menor que o encontrado em Cascavel (29,5%), considerando-se ainda que o estudo de Cascavel incluía as mães que apresentavam idade abaixo de 20 e acima de 40 anos<sup>(2)</sup>. A taxa de mães adolescentes, no ano de 2004, em Londrina, foi de 17,4%<sup>(6)</sup>. Este parâmetro está semelhante ao encontrado em uma pesquisa realizada em Campinas – SP, no ano de 1999, o qual foi de 17,8% de mães adolescentes<sup>(10)</sup>. Reforçando os achados, em Cambé, os NV de mães adolescentes foram 42% vezes mais acometidos pela mortalidade neonatal que os NV de mães com idade de 20 anos ou mais<sup>(8)</sup>. A maternidade precoce representa riscos tanto para a adolescente gestante como para o concepto. Esses riscos são evidenciados pelas complicações maternas e neonatais, das quais as mais comuns são: o baixo ganho de peso materno, a desproporção céfalo-pélvica, a pré-eclampsia, a prematuridade, o baixo peso ao nascer e o Apgar baixo no quinto minuto<sup>(11)</sup>.

Entre os NV de risco, 12,0% eram prematuros, proporção esta encontrada também no estudo de Cascavel<sup>(2)</sup>. Dentre os NV, a prevalência de prematuridade no município de Londrina foi de 9,2%, no ano de 2004, valor maior do que o encontrado em Maringá – PR, no ano de 2004, com 6,7%<sup>(6)</sup>. Embora esses índices sejam diferentes dos resultados gerados por este estudo, por se tratar de todos os NVs, e não apenas dos NVs de risco, é importante trazê-los para destacar a legitimidade da prematuridade como um critério de risco. Num município vizinho de Londrina, Cambé, a idade gestacional inferior ou igual a 36 semanas apresentou uma estimativa de risco para o óbito neonatal 395 vezes maior que para

crianças nascidas com 37 semanas ou mais de gestação<sup>(8)</sup>.

Vale lembrar que as principais causas da prematuridade são: desnutrição, infecções, hipertensão, rotura prematura das membranas, entre outras<sup>(12)</sup>. A prematuridade pode predispor o neonato a alguns problemas após o nascimento, tais como: hipóxia, síndrome da membrana hialina, tocotramautismos, hemorragias intracranianas, infecções, hipoglicemia e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

É importante ressaltar que as situações que desencadeiam o baixo peso ao nascer e a prematuridade podem ser detectadas durante a gestação, o que reforça a importância de investimento nos serviços de saúde para garantir o acesso ao pré-natal. O acesso oportuno a um conjunto de intervenções obstétricas e neonatais tem garantido a redução de alguns agravos, proporcionando uma maior sobrevivência dos RNs de risco<sup>(13)</sup>.

O Apgar ao 5º minuto igual ou superior a sete totalizou 5,7% (24) entre as crianças de risco, índice menor que o de 9,8% encontrado em Cascavel<sup>(2)</sup>. O apgar ao 5º minuto revela o estado de oxigenação do RN no período ante e intraparto e avalia o bem-estar e o prognóstico inicial do RN, sinalizando um bom estado valores acima de 7<sup>(11)</sup>. Em Cambé, os NV com anóxia neonatal (Apgar de 0 a 7) apresentaram uma estimativa de risco para o óbito neonatal 252,9 vezes maior que os NV sem anóxia neonatal (Apgar de 8 a 10)<sup>(8)</sup>. Em Juiz de Fora – MG, foram avaliadas a atenção hospitalar perinatal e mortalidade neonatal, e concluiu-se que o Apgar no 5º minuto foi importante fator de risco para o óbito dos RN, indicando a importância da vigilância adequada no parto e logo após o nascimento<sup>(12)</sup>.

O critério médico foi responsável por considerar 4,3% (18) das crianças de risco. Esse critério é abrangente, pois inclui patologias como as malformações congênitas e outros fatores de risco, inclusive sociais, que podem desencadear agravos à saúde dos RN, como: residentes em áreas de risco; RN de mães com baixa instrução; RN de mães com doenças mentais; história de morte de crianças < 5 anos na família, entre outros.

Durante a investigação nas UBS constatou-se que outros critérios de risco, não considerados pelo protocolo, estão sendo utilizados e referem-se às múltiplas gestações, risco social, idade materna igual ou superior a 35 anos ou entre 18 e 19 anos. O risco para desmame precoce tem sido considerado ocasionalmente um item para inclusão no PV, pois além das duas listas enviadas pela SMS para as UBS, há uma outra lista enviada pelo Comitê de Aleitamento Materno, que contém os nomes das crianças que saem da maternidade municipal com risco para desmame. A idéia de integração nas ações em saúde indica a possibilidade de agregar o desmame precoce no protocolo do PV, devido à importância do aleitamento materno para todas as crianças e à necessidade de um acompanhamento freqüente da equipe nos primeiros meses, seja para evitar o desmame, seja para acompanhar uma alimentação artificial desde o início da vida. Ambas as situações configuram-se como de risco para a saúde da criança. O aleitamento materno é de fundamental importância para promover o desenvolvimento mental e físico, além de conferir proteção contra as mortes por doenças infecciosas no primeiro ano de vida. Além disso, as vantagens do leite humano são ainda mais significativas para as crianças prematuras e de baixo peso, ou seja, as crianças de risco<sup>(14)</sup>.

O uso de critérios não padronizados pode ser um apontamento para a necessidade de discussão sobre o protocolo do PV. Além disso, o MS dispõe que: a criança considerada de risco é aquela que possui pelo menos um desses critérios: residência em área de risco; baixo peso ao nascer (< 2500 g); prematuridade (< 37 semanas de idade gestacional; asfixia grave (apgar < 7 no 5º minuto de vida); internamento ou intercorrências na maternidade ou em unidade de assistência ao RN; orientações especiais à alta da maternidade ou em unidade de assistência ao RN; ser RN de mãe adolescente (< 18 anos); ser RN de mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo); haver história de morte de crianças < 5 anos na família<sup>(1)</sup>.

O MS ainda menciona que a vigilância à saúde pela equipe de atenção básica deve ter uma postura de busca ativa e intervenção nas situações de maior risco, desencadeando ações

estratégicas e específicas para minimizar os danos, com o adequado acompanhamento de saúde, através das visitas domiciliares, com captação dos usuários e busca ativa daqueles sem o acompanhamento programado. Recomenda-se ainda que algumas ações sejam consideradas eventos-sentinela, ou seja, situações que não deveriam ocorrer, dada a disponibilidade de conhecimento, recursos técnicos e assistência à saúde, mas podem proporcionar a reflexão e compreensão de quais fatores contribuíram para a ocorrência do evento indesejado e, dessa forma, desencadear as ações locais necessárias para a prevenção de novas ocorrências. Um dos exemplos de evento-sentinela é a vigilância do óbito materno, infantil e perinatal<sup>(1)</sup>.

A respeito do acompanhamento das crianças de risco nas UBS, estimou-se que 15,3% das crianças não estavam sendo acompanhadas, o que corresponde a aproximadamente 65 crianças das 423. O motivo mais freqüente para o não-acompanhamento nas UBS foi o fato de essas crianças serem acompanhadas pelo serviço privado de saúde (9,4%), seguido pelo fato de não terem sido encontradas informações/explicações para o não-acompanhamento dessas crianças nas UBS, correspondente a (5,9%). Uma reflexão que pode ser feita a partir dessa situação relaciona-se à responsabilidade do serviço público pela saúde dessas crianças, ainda que elas estivessem sendo acompanhadas pelo serviço privado. Por outro lado, há que considerar as questões da demanda e da responsabilização da própria família e o direito desta de escolher o serviço a ser utilizado.

Quanto às diferentes formas de organização do serviço para acompanhamento das crianças: 60,0% (12) das UBS tinham formas padronizadas para o registro, identificação e controle de acompanhamento das crianças de risco, 20,0% (4) delas possuíam registro, mas sem padronização para identificação e controle de acompanhamento das crianças de risco, e 20% (4) das UBS não possuíam registro nem identificação das crianças de risco. Esses resultados demonstram que 40% (8) das unidades não estavam utilizando o PV, enquanto um programa que identifica um grupo de risco e acompanha diferenciadamente esta população com maior probabilidade de adoecimento e morte.

O emprego do termo risco na saúde coletiva refere-se à probabilidade da ocorrência de uma doença, agravo, óbito ou condição relacionada à saúde, em uma população ou grupo, durante um período de tempo determinado<sup>(15)</sup>. O enfoque de risco consiste na diferenciação de grupos populacionais, pois estes apresentam riscos diferenciados nos danos à saúde em decorrência de suas características e da exposição aos fatores de risco<sup>(16)</sup>. As crianças possuem características particulares que as tornam mais suscetíveis aos agravos decorrentes de fatores sociais, econômicos e políticos<sup>(17)</sup>. Assim, os serviços de saúde deveriam identificar os grupos de maior risco, enquanto medida coletiva, a fim de controlar ou eliminar os fatores de risco, com a conseqüente redução nos agravos; ou seja, o PV nada mais é que uma estratégia coletiva para assegurar a saúde dos RNs mais vulneráveis. Apesar de 40% das unidades não identificarem os RN como grupos de risco, é preciso ressaltar que não podemos afirmar que as crianças não identificadas como de risco, nos termos do programa, não estavam sendo acompanhadas pelas UBS com uma boa qualidade no acompanhamento e frequência adequada de consultas, uma vez que este estudo não se propõe a avaliar a qualidade e a frequência do acompanhamento das crianças de risco, mas sim, a implementação do programa.

As entrevistas foram realizadas com enfermeiras coordenadoras das UBS, sendo que nenhum homem foi encontrado nessa função. Em relação ao perfil das entrevistadas, 15 enfermeiras tinham mais de 10 anos de exercício profissional; 10 trabalhavam na SMS havia mais de 10 anos e nenhuma tinha menos de dois anos de tempo de exercício profissional e de trabalho na SMS.

Sobre a importância da existência do PV em Londrina, a grande maioria das enfermeiras considera que o programa tem sua importância reconhecida. Os motivos que justificaram a existência de um protocolo para os RN de risco referidos pelas enfermeiras foram que as crianças de risco precisam de um acompanhamento mais freqüente e diferenciado e priorização no atendimento, porque são mais suscetíveis ao adoecimento e morte, e o protocolo proporciona segurança, direcionamento

e padronização das ações da equipe, além de destacar pontos importantes para o atendimento do RN de risco.

Uma pequena parte das enfermeiras (20%) considera que o protocolo para os RN de risco não seria necessário, e dentre os motivos citados para justificar essa questão foi a introdução do PSF, com responsabilização do acompanhamento de todos os RN da área de abrangência. A definição de critérios de risco deveria ser realizada pelas UBS e sem a necessidade de um protocolo para determinar esses critérios.

Programa é um conjunto articulado de atividades voltadas para determinado fim, com ou sem tempo definido para seu encerramento<sup>(18)</sup>. A programação em saúde visa intervir em situação desfavorável para a saúde coletiva, e depende de vários atores, como o gestor, os profissionais de saúde e os pacientes. Implantar um programa depende da execução de um projeto e, para tanto, é imprescindível que exista um protocolo para direcionar e padronizar as ações dos diversos profissionais de saúde, pois o protocolo é um formulário que regula os atos públicos. Vale ressaltar que o protocolo é uma garantia para o gestor de saúde, pois este não dependerá da capacidade de cada profissional de detectar as situações de risco e suas intervenções cabíveis, ou seja, não se atentará para a capacidade individual de cada profissional e, sim, para a capacidade coletiva de intervir em uma dada realidade.

Em relação às facilidades encontradas na operacionalização do PV, as enfermeiras citaram os seguintes aspectos: o comprometimento da equipe de saúde; pequena demanda na UBS; envio da lista dos NV e da lista dos RN de risco pela SMS; presença do agente comunitário de saúde na UBS; existência do PSF para o acompanhamento das crianças do território; criação de um instrumento específico de controle e agendamento das consultas; parceria com o conselho tutelar para convocar as mães que faltam às consultas de puericultura; consultas de puericultura pré-agendadas; área de abrangência da UBS; existência do protocolo do PV para atender as crianças de risco.

Como dificuldades encontradas na operacionalização do PV, as enfermeiras apontaram: falta de conscientização dos pais quanto à importância da puericultura; falta de

funcionários e de material de escritório para organização interna das UBS; envio tardio da lista dos NV e da lista dos RNs de risco pela SMS; estrutura física inadequada das UB; falta de tempo para descrever o acompanhamento das crianças nos prontuários e livros de registro da unidade; grande área de pobreza dentro do território da UBS e existência de mães com baixo nível de instrução; grande demanda; área de abrangência da UBS; falta de equipe do PSF.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo avaliou o PV através de metodologia válida, simples e executável em

nível local. Resultados de avaliações como esta podem reforçar estratégias ou apontar para a necessidade de reorientações em programas que estejam sendo executados. Pela atual avaliação, fica claro que há necessidade de readequação do programa e mais esforços a serem despendidos para diminuir a prevalência de crianças de risco e a morbimortalidade infantil, ou seja, proporcionar uma assistência integral à saúde da criança, de forma regionalizada, permitindo o acesso e promovendo a qualidade de vida para esses bebês.

---

## EVALUATION OF THE LONDRINA NEWBOR MONITORING PROGRAM

### ABSTRACT

The goal of this work was to analyze the Londrina Newborn Monitoring Program (MP), which gives priority to babies at greater risk of illness and death. The analyzed subjects were children born alive but with risk criteria, between January and June 2005 and who resided around the selected Basic Health Units (BHU), totaling 423 children. In addition, the lead nurses who coordinate these BHUs were interviewed. To identify the newborns' risk criteria and their monitoring at the BHUs, this study used data provided by the Londrina Department of Health, registry books and evaluation records. The prevalence of live-born babies at risk was 20.9%. Among the babies at risk, 62.4% were classified as at risk because of their low weight; 26.2% were born of teenagers mothers; 12.0% were premature babies; 5.7% suffered neonatal asphyxia and 4.3% were considered at risk by doctor's judgment. It was estimated that 15.3% of the babies at risk were not being monitored. The results indicate that the MP enables identification, attendance and monitoring of the babies at risk. However, these efforts must be focused on the organization of the service in order to better establish this program.

**Key words:** New born. Primary health care. Risk groups

---

## EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA DEL RECIEN NACIDO DE LONDRINA PARANA

### RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue analizar el Programa de Vigilancia del Recién Nacido de Londrina (PV) que tiene como punto principal los niños con mayor riesgo de adolecer y morir. La población de estudio fueron los niños que nacieron vivos con criterios de riesgo, en el periodo de enero a junio de 2005 y con domicilio en las áreas contenidas de 20 UBS seleccionadas, con total de 423 niños. Además, los enfermeros coordinadores de las UBS fueron entrevistados. Para la identificación del perfil de los recién nacidos de riesgo y del acompañamiento de los mismos en las UBS fueron utilizados los datos suministrados a las UBS por la Secretaría Municipal de la Salud, libros de registros y tarjetas de los niños atendidos por el PV. El predominio de nacidos vivos de riesgo fue de 20,9%. Entre los niños de riesgo 62,4% fueron clasificados como riesgo por el bajo peso, 26,2% eran hijos de madres adolescentes, 12% eran prematuros, 5,7% sufrieron anoxia neonatal y 4,3% dos niños fueron considerados de riesgo por criterio medico. Se estimó que el 15,3% de los niños de riesgo no estaban siendo acompañados en las UBS. Los resultados apuntan que el PV posibilita la identificación, captación y el acompañamiento de los niños de riesgo. Sin embargo, los esfuerzos deben ser concentrados en la organización del servicio para implementación adecuada de ese programa.

**Palabras Clave:** Recién-nacido. Atención primaria de salud. Grupos vulnerables.

---

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. [monografia on-line]. Brasília (DF); 2004 [acesso em 10 jul 2005]. Disponível em: URL:[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf)
2. Paiva NST, Anselmi ML, Santos CB. Projeto “Viver em Cascavel”: análise do fluxo de informações. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002 jul-ago.;10(4):537-43.
3. Londrina. Secretaria Municipal de Saúde. Atendimento Integral à Criança de 0 a 5 anos. [acesso em 20 abr 2005]. Disponível em: URL: <http://www.londrina.pr.gov.br/saude/instrucoes/puericultura/sumario.php3>.
4. Londrina. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Londrina 2004/2005. [acesso em 1 dez 2005]. Disponível em: URL: <http://www.londrina.pr.gov.br/saude/planomunicipal>.
5. Goulart LMHF, Xavier CC, Goulart EMA, Somarriba, MG, Almeida CG, Costa ALDG. Avaliação da ação de vigilância à morbimortalidade infantil na periferia de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2003 jul-set.; 3(3):291-304
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Sistema de informações sobre os Nascidos Vivos (SINASC). Nascimentos por residência da mãe segundo o Município. Brasília: Ministério da Saúde.[acesso em 1 abr 2007]. Disponível em: URL:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cn/v/nvpr.def>.
7. Giglio MRP, Lamounier JA, Morais Neto OL, César CC. Baixo peso ao nascer em coorte de recém-nascidos em Goiânia – Brasil no ano de 2000. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005 mar.; 27(3):130-6.
8. Batistela AP. A Mortalidade Neonatal no Município de Cambé – PR, 1999 – 2004 [trabalho de conclusão de curso]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2005.
9. Nascimento LFC. Estudo transversal sobre fatores associados ao baixo peso ao nascer a partir de informações obtidas em sala de vacinação. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2003 jan-mar.;3(1):37-42.
10. Carniel EF, Antonio MAR de GM, Mota MRM, Lima E, Morcillo, AM, Zanolli, M de L. A “Declaração de Nascido Vivo” como orientadora de ações de saúde em nível local. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2003 abr-jun.;3(2):165-74 .
11. Goldenberg P, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Monte Carlos, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005 jul-ago.; 21(4):1077-86.
12. Magalhães MC, Carvalho MS. Atenção hospitalar perinatal e mortalidade neonatal no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2003 jul-set.;3(3):329-37.
13. Carvalho M, Gomes MASM. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidades e desafios. *J Pediatr*. 2005 mar.; 81 Supl 1:S111-18.
14. Oliveira MMB. Aleitamento materno de prematuro em hospital escola do município de Londrina, PR [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2004.
15. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Introdução à Epidemiologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.
16. Drumond Júnior M. Epidemiologia nos Municípios: muito além das normas. São Paulo: Hucitec; 2003.
17. Terra VM. Área Pediátrica do Centro de Saúde. In: Issler H, et. al., orgs. *Pediatria na atenção primária*. São Paulo: Sarvier; 2002.
18. Cordoni Júnior L. Elaboração e avaliação de projetos em saúde coletiva. Londrina: EDUEL; 2005.

---

**Endereço para correspondência.** Edilaine Giovanini Rosseto. R: Serra da Tabatinga, N° 78, CEP: 86065-190, Tel: (43) 3348-1122. e-mail: [liginhaenf@yahoo.com.br](mailto:liginhaenf@yahoo.com.br)

Recebido em: 09/11/2006

Aprovado em: 28/04/2007