

Roseine Fortes Patella

**ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELO
PROGRAMA DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO
E SUA RELAÇÃO COM A HOSPITALIZAÇÃO
DE MENORES DE UM ANO E A
MORTALIDADE INFANTIL TARDIA EM
SANTOS/SP**

UNICAMP
2001

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

Roseine Fortes Patella

*Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de
Mestre em Saúde Coletiva.*

Campinas, 18 de Dezembro de 2001.

Prof. Dra. Ana Maria Segall Corrêa
Orientadora

**ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELO
PROGRAMA DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO E
SUA RELAÇÃO COM A HOSPITALIZAÇÃO DE
MENORES DE UM ANO E A MORTALIDADE
INFANTIL TARDIA EM SANTOS/SP**

Dissertação de Mestrado apresentada
à Pós-Graduação da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção
do título de Mestre em Saúde
Coletiva. Área: Saúde Coletiva.
Orientadora: Prof^a Dra. Ana Maria
Segall Corrêa.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
2001

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

UNIDADE	BE
Nº CHAMADA	TUNICAMP
	p272a
V	EX
TOMBO BC/	53351
PROC.	124103
C	<input type="checkbox"/>
	D <input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	29/04/03
Nº CPD	

BIBID. 290697

CM00181075-6

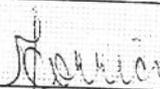
p p272a	<p>Patella, Roseine Fortes</p> <p>Análise da assistência prestada pelo Programa do Recém Nascido de Risco e sua relação com a hospitalização de menores de um ano e a mortalidade infantil tardia em Santos/SP / Roseine Fortes Patella.</p> <p>Campinas, SP :[s.n.], 2001.</p> <p>Orientador: Ana Maria Segall Corrêa</p> <p>Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.</p> <p>Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p>1. Vigilância epidemiológica. 2. Análise de coorte. I. Ana Maria Segall Corrêa. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título</p>
------------	--

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

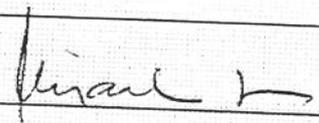
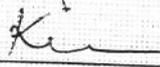
Orientador: Profa. Dra. Ana Maria Segall Corrêa

Membros:

1. Profa. Dra. Ana Maria Segall Corrêa



2. Profa. Dra. Keiko Miyasaki Teruya



3. Profa. Dra. Marilisa Berti de Azevedo Barros



Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 18/12/2001

768278002

Aos meus pais, José e Reine Patella que, com amor, me trouxeram à vida e me ensinaram a valorizá-la.

AGRADECIMENTOS

Ao pediatra Paulo Sérgio Luiz Andrade e Silva, à sanitarista Maria do Socorro Matos e à assistente social Regina Célia da Luz Bernardino, amigos presentes em momento essenciais da minha vida, afetiva e profissionalmente, pela oportunidade de participar do processo de implantação do Programa do Recém-Nascido de Risco e do cotidiano de discussões que produziam uma prática que se mostrou transformadora da assistência à saúde da criança. A eles, pessoas que conseguem, ao mesmo tempo, coordenar, trabalhar e inventar, agradeço a generosidade que me permitiu compreender do que se trata quando se diz: fazer Saúde Pública.

À Dra. Ana Maria Segall Corrêa, pela orientação neste trabalho, pela paciência com minhas ansiedades e sonhos quilométricos, mostrando a importância de se conhecer bem cada metro do caminho.

Às 'meninas do Programa', auxiliares de enfermagem Ana Lúcia de Jesus, Creusa Oliveira, Marili Costa, Marli Grassi, Mirian Bastos e Maria Erionalda dos Santos, responsáveis pela avaliação do risco ao nascer e da hospitalização de menores de um ano, aos pediatras José Roberto Martins, José Rubens Affonso, Marcílio Ferreira (in memoriam), responsáveis pelo acompanhamento das crianças internadas e pela revisão de prontuários hospitalares, especialmente ao Paulo Baldin, também responsável pelo estudo da Mortalidade Infantil Tardia e à obstetra Vera Andrade, responsável pelo estudo da Mortalidade Neonatal, pela chance de aprender Saúde Materno-Infantil na convivência fraterna do Programa.

À matemática Marli Luciano Bezerra, responsável pelo processamento dos dados de nascimentos e mortalidade do Programa do Recém-Nascido de Risco, e sua apresentação gráfica, pela amizade e carinho com que sempre recebeu minhas demandas.

Ao auxiliar de enfermagem Jorge Vieira, responsável pela coleta em cartório e codificação dos óbitos de menores de um ano, pelo auxílio no esclarecimento dos ‘enigmas’ surgidos durante as investigações.

À pediatra Keiko Teruya e à equipe do Centro de Lactação do Hospital Guilherme Álvaro, pela minha introdução profissional no ‘mundo da amamentação’ e pelo constante apoio às atividades do Programa.

Aos colegas do Comitê de Prevenção da Mortalidade Neonatal de Santos e a todas as equipes das unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde envolvidas com o Programa e responsáveis pelo acompanhamento dos recém-nascidos de risco: a todos eles devo a coleta das informações aqui analisadas.

À analista de sistemas Rita de Cássia Santos Monteiro, responsável pela criação do Sistema de Inclusão do Programa do Recém-Nascido de Risco, do programa complementar utilizado neste trabalho e pela sua elaboração gráfica, e à psicóloga Maria da Conceição Santos, responsável pela digitação das fichas do Programa e do texto final desta dissertação – sem as suas observações pontuais, amizade e profissionalismo, não me seria possível apresentá-la.

Ao Eduardo Luiz Hoehne, colega de pós-graduação, pelas explicações e sugestões estatísticas durante o curso.

À prima Kátia Patella, pela pronta disposição para a revisão do texto deste trabalho, mesmo com sua lotada agenda de mãe e professora universitária.

Ao companheiro Valdir Marcon e nosso filhote Arthur, aos meus pais, à tia Rosa e à vovó Isabel, pelo apoio nos ‘tempos de tese’; à minha irmã Regiane que, com carinho, do outro lado do mundo, transmitiu-me sua experiência, estimulando-me a prosseguir.

A Deus, por ter me oferecido o privilégio de ter uma família onde o único risco a que estou exposta é o de ser muito amada.

“A simples existência de um recém-nascido nos chama à responsabilidade. Nosso poder total sobre o RN engendra uma responsabilidade total, onde qualquer pretensão de neutralidade ética é impossível e a mera omissão já seria fatal para esta existência diante da possibilidade da morte”

(YONAS, Hans, citado em Saúde em Foco, Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva ano IV, nº 8, Secretaria Municipal Saúde do Rio de Janeiro).

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	01
1.1. Perfil do Município de Santos	05
1.2. Assistência à Saúde em Santos	07
1.2.1. Serviços e Programas Materno-Infantis	08
1.3. O Programa do Recém-Nascido de Risco	09
1.3.1. Passos da Implantação	15
1.3.2. Histórico	17
1.3.3. Formas de Inclusão: algumas observações	23
1.3.4. Avaliação da Assistência prestada pelo Programa do Recém-Nascido de Risco	25
1.4. Justificativa do Estudo	30
2. OBJETIVOS	31
3. METODOLOGIA	33
3.1. Desenho	33
3.2. População referência	34
3.3. População de estudo	34
3.4. Indicadores de avaliação	35
3.5. Variáveis independentes	35
3.6. Instrumentos	36
3.7. Aspectos éticos da pesquisa	36
4. RESULTADOS	37
4.1. Descrição do risco ao nascer	37
4.2. Acompanhamento dos RNRS	40
4.2.1. Aleitamento Materno	40
4.2.2. Critérios de adequação	40
4.2.3. Avaliação do RNR na situação de Alta do Programa	41
4.3. Condições de hospitalização dos RNRS	43
4.4. Análise da Mortalidade Infantil segundo assistência prestada	47

5. DISCUSSÃO	49
6. CONCLUSÃO	55
7. SUMMARY	59
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
9. ANEXOS	65

LISTA DE TABELAS

- Tabela nº 1 – Comparação de proporções entre o Grupo Acompanhado pelo PRNR e o Grupo Não Acompanhado – p. 38
- Tabela nº. 2 – Crianças residentes na Orla, segundo acompanhamento – p.39
- Tabela nº. 3 – Comparação de proporções segundo tipo de assistência prestada pelo PRNR – p. 40
- Tabela nº 4 - Internação pós-alta maternidade segundo o tipo de assistência – p. 44
- Tabela nº 5- Internação pós-alta maternidade segundo o acompanhamento – p. 45
- Tabela 6 – Distribuição de frequência dos RNRs acompanhados e não acompanhados segundo suas características na internação pós-alta maternidade – p. 46
- Tabela 7 – Distribuição de frequência dos RNRs com assistência adequada e não adequada segundo suas características na internação pós-alta maternidade – p. 47

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico nº 1 – Coeficiente de Mortalidade Infantil por Regiões Brasil 1980-1990-1996 – p. 02
- Gráfico nº 2 – Evolução do Coeficiente de Mortalidade Infantil (por 1.000 nasc. vivos) em Santos, segundo faixa etária, no período de 1988 a 2000 – p. 04
- Gráfico nº 3 – Evolução do Coeficiente de Mortalidade Infantil (por 1.000 nasc. vivos) em Santos, segundo Departamento de Saúde no período de 1988 a 1998 – p. 06
- Gráfico nº 4 – Tendência da Mortalidade Infantil – Médias móveis de 3 anos – p. 25

LISTA DE QUADROS

- Quadro nº 1 – Mortalidade Infantil por Causas Seleccionadas Brasil 1985-1990-1995 – p. 03
- Quadro nº 2 – O Programa RNR – Consolidação Anual: Grupos de Aleitamento Materno – Policlínicas de Santos – p. 11
- Quadro nº. 3 – Amostra – p. 34
- Quadro nº 4 – Condições dos RNRs na alta – p. 43

LISTA DE FOTOS

- Foto nº 1 – Amamentando – p. 11
- Foto nº 2 – Diplomação – p. 12
- Foto nº 3 – Inclusão pela internação – p. 13
- Foto nº 4 – Antes e Depois – p. 14
- Foto nº 5 – 1º Aniversário – p. 17

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ADEQ – Assistência adequada.
- A.M.E. – Aleitamento materno exclusivo.
- Chi² - Quiquadrado
- C.M.I. – Coeficiente Mortalidade Infantil.
- C.M.I.T. - Coeficiente Mortalidade Infantil Tardia.
- C.M.I.T. - Coeficiente Mortalidade Infantil Tardia.
- D.B.F. – Data base file (banco de dados).
- G.A. – Grupo de Recém-Nascidos de risco acompanhados.
- G.A.M. – Grupo de Aleitamento Materno.
- G.N.A. – Grupo de Recém-Nascidos de Risco não acompanhados.
- NADEQ – Assistência não adequada.
- N.I.C. – Núcleo de Integração da Criança.
- PRNR – Programa de Vigilância do Recém-Nascido de Risco.
- Pvalue – Valor de P
- R.N. – Recém-nascido.
- R.N.A.V. – Recém-nascido não avaliado.
- R.N.N – Recém-nascido normal.

RN.R. – Recém-nascido de risco.

S.U.S. – Sistema Único de Saúde.

RESUMO:

O objetivo deste estudo foi analisar o impacto da assistência oferecida pelo Programa de Vigilância para crianças nascidas sob risco (PRNR) sobre as internações hospitalares e a mortalidade de crianças menores de um ano de idade em Santos/SP.

Foi estudada uma coorte histórica retrospectiva de crianças expostas e não expostas ao Programa no período de 1º de Julho de 1997 até 30 de Junho de 1998. Dos 6554 bebês nascidos neste período, 1208 foram classificados como sob risco (RNRs). Foram então divididos em dois grupos: G.A. (acompanhados pelo PRNR = 675) e G.N.A. (não acompanhados pelo PRNR = 553). O seguimento foi delineado para controlar variáveis presumidas como fatores de confundimento como peso ao nascer, hospital de nascimento, localidade de residência e aleitamento ao seio além de outras variáveis psicossociais. Os RNRs do grupo G.A. foram então classificados em duas categorias de acordo com a assistência recebida. Foram considerados sob Assistência Adequada (ADEQ) os recém-nascidos que cumpriram três condições principais: _ Ter realizado a primeira consulta médica e atividades de monitoramento em até 10 dias após o nascimento, ter recebido visita domiciliar (VD), e, pelo menos 7 consultas médicas durante o período de seguimento. Foram considerados sob Assistência Não Adequada (NADEQ) aqueles que não atingiram os critérios completos referidos. Foram encontrados 712 bebês no primeiro grupo e 496 no segundo. O risco relativo para internação hospitalar considerando bebês não expostos ao programa (NADEQ) e os expostos (ADEQ) não foi estatisticamente significativo.

Os Grupos GA e GNA foram diferentes ao considerar-se variáveis sociais. O primeiro (GA) mostrou freqüência mais alta de desemprego entre pais ou responsáveis e muitos moravam em localidades caracterizadas como as mais pobres na cidade. O risco relativo

para internação hospitalar no primeiro ano apontou para proteção para as crianças do G.N.A. O perfil de seguimento dos RNRs (G.A.) mostrou que 61,6% deles chegaram para a primeira consulta médica após dez dias; quase a metade (41,8%) compareceu a menos de sete consultas pediátricas; quase um terço deles (28,4%) nunca recebeu uma VD. Apesar da assistência oferecida pelo PRNR foram identificados 13 óbitos entre os RNRs da coorte estudada. Estudos adicionais seriam necessários para esclarecer melhor as características dos cuidados de saúde que deveriam ser oferecidos, em tais condições sociais, a recém-nascidos de alto risco no seu primeiro ano de vida.

Palavras-chave: vigilância epidemiológica; estudos de coortes; estudos epidemiológicos; análise do desempenho; mecanismos de avaliação da assistência à saúde; recém-nascido de baixo peso.

1. INTRODUÇÃO

Estudar a evolução desse importante indicador da qualidade de vida de uma população – a mortalidade infantil – tem sido uma preocupação básica dos profissionais de saúde interessados em contribuir para o aprimoramento da atenção materno-infantil.

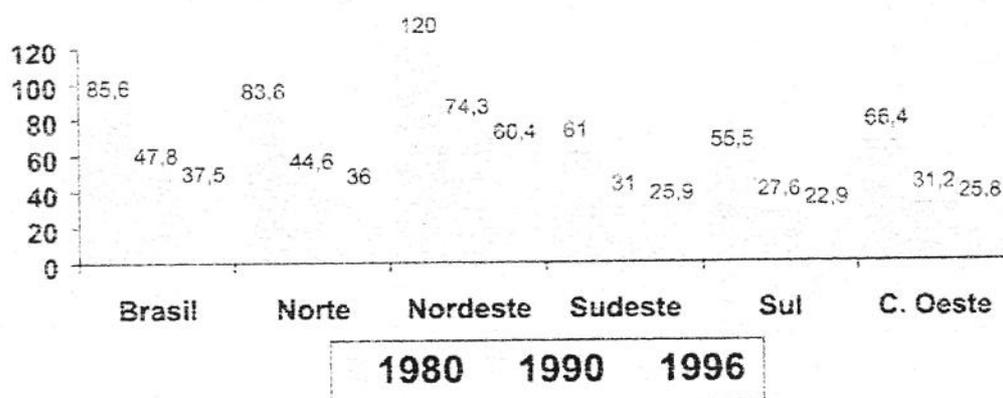
O coeficiente de mortalidade infantil (C.M.I.) reflete como o processo saúde-doença se relaciona com as condições socioeconômica-sanitárias de uma determinada população (Ministério da Saúde, 1996). Em países como o nosso convive-se com disparidades de diferentes formas (MINAYO, 1994).

Estudos nessa área observam desde ausência de condições mínimas de sobrevivência, ignorância sobre o aproveitamento dos recursos existentes, desvalorização da capacidade produtiva (e sua repercussão pessoal/afetiva na capacidade reprodutiva, nos vínculos familiares e especialmente mãe-bebê) – até dificuldades em se obter dados confiáveis sobre os óbitos estudados (sub-registros, cemitérios clandestinos, prontuários hospitalares incompletos, declarações de óbito preenchidas incorretamente). (LAURENTI, 1987).

No Brasil encontram-se C.M.I.s. como o da Região Sul (em 1996 = 22,9) e o da Região Nordeste (em 1996 = 60,4).

GRÁFICO Nº 1

COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL POR REGIÕES BRASIL 1980 - 1990 - 1996



Fonte: Coeficiente Mortalidade Infantil por 1 mil nascidos vivos. Celso Simões (IBGE)

Altos C.M.I.s. devem-se, principalmente, a condições ambientais e socioeconômicas desfavoráveis que levam ao óbito pós-neonatal (causas exógenas) e, nestes casos, com prevalência maior do que quando o C.M.I. é mais baixo. Isto porque intervenções que resultem em melhorias das condições de vida, incluindo programas de atenção à saúde materno-infantil, contribuem para o decréscimo da mortalidade infantil tardia (28 dias - 1 ano). Já o componente neo-natal (0 - 27 dias) sofre menor impacto com essas medidas, (Anexo 1), pois exige também conhecimento e desenvolvimento de tecnologias cada vez mais sofisticadas (para enfrentar por exemplo, a prematuridade e as malformações congênicas) (MONTEIRO, 1988).

A partir desse ponto, onde se consegue reduzir principalmente a mortalidade infantil tardia, predominam os óbitos neonatais (de causas evitáveis por adequada assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido). (MONTEIRO, 1988).

O quadro abaixo mostra a situação brasileira:

QUADRO Nº 1

Mortalidade Infantil por Causas Seleccionadas
Brasil 1985 - 1990 - 1995

Coeficiente	1985		1990		1991		1992		1993		1994		1995		% Variação 85/90	% Variação 90/95
Mortalidade Infantil ¹⁾	66,6	47,8	45,2	43,0	41,1	39,6	38,4	- 31,8	- 19,6							
CMI por Diarreia	12,6	6,6	5,3	5,1	4,8	4,4	3,7	-	-43,9							
CMI por IRA	8,3	6,9	5,5	5,6	5,5	5,2	4,7	-57,2	- 31,8							
CMI por Afeções Perinatais	26,9	20,9	22,3	20,3	19,3	19,2	19,4	- 5,6	- 7,1							

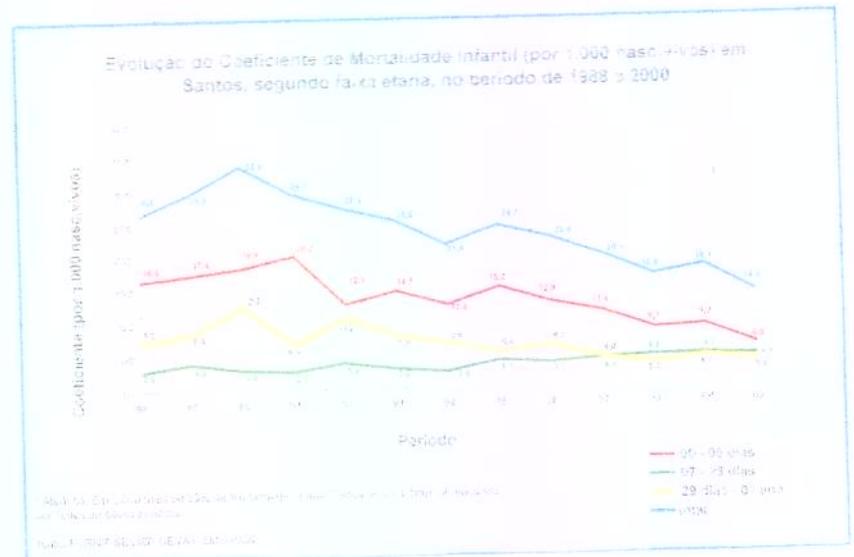
¹⁾ Coeficientes de mortalidade por 1.000 nascidos vivos. Cálculo de Celso Simões (IBGE)
Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/SIS

A realidade dos países com os menores C.M.I.s. do mundo – Japão, Suécia, Suíça, Noruega – é outra: 4‰ de óbitos neonatais por causas em geral não evitáveis como, por exemplo, por anomalias congênicas (UNICEF, 2000). No Brasil, desde 1999, o Ministério da Saúde anuncia como uma de suas prioridades intervir nessa faixa etária, tentando também enfrentar a questão da mortalidade materna. (Ministério da Saúde, 1998).

As diferenças entre as regiões brasileiras (com implícita desigualdade de investimentos e sua efetividade) aparecem também na velocidade da queda do C.M.I. (Anexo 2).

Enquanto no Brasil tem-se, em 2000 CMI = 40‰ (UNICEF, Situação Mundial Infância 2001), Santos apresenta CMI = 14‰, conforme gráfico abaixo:

GRÁFICO Nº 2



Observou-se queda a partir de 1990, com variação de -58,7% (1990-2000) devida principalmente ao componente tardio (-71%). A mortalidade neonatal oscila até 1996 (tendência nacional, vide Anexo 3), quando parece se iniciar tendência à diminuição.

Concluiu-se então, que, enquanto a mortalidade pós-neonatal do Brasil de 1990 a 1996 apresentou variação de -36,6%, Santos conseguiu - 49,6% no mesmo período.

As implicações da criação do Programa do Recém Nascido de Risco em 1991 e do desenvolvimento de suas atividades neste resultado serão discutidos na contextualização desta pesquisa.

Pode-se inferir (em nível nacional) e constatar, em Santos, que estão aumentando os dias de sobrevivência dos bebês de alto risco (malformados, baixo peso e prematuros, além de vítimas de eventuais falhas de assistência ao parto. Isto se deve, talvez, pelo impacto da recente obrigatoriedade do uso de surfactante nas UTIs neonatais - estas, por sua vez, em número crescente nas últimas décadas. Tal fato se reflete no C.M.I.T., que passou a ser 'invadido' por esses óbitos por causas perinatais e não por causas exógenas. O cálculo do coeficiente complementado com a investigação de cada óbito pelo PRNR aponta para esta situação no Gráfico 2.

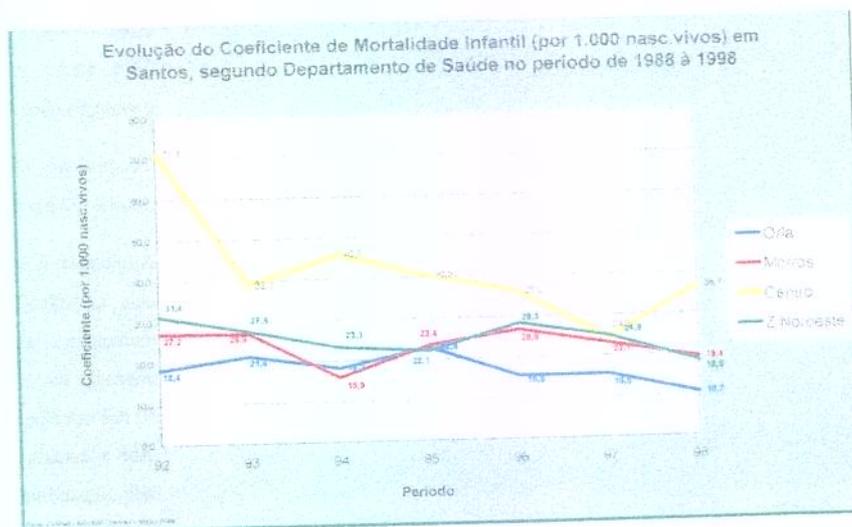
1.1. PERFIL DO MUNICÍPIO DE SANTOS

- População: 412.243 habitantes (IBGE, 1996).
- Orçamento: US\$ 280 milhões – US\$ 560,00/habitante
- Área: 474 KM², distribuídos entre o Centro urbano (Ilha de São Vicente, com 39,4 KM²) e a área continental 434,6 KM², com parques ecológicos protegidos por legislação estadual).
- Localização: litoral, a 70 KM de São Paulo, ligada por ferrovias e rodovias. Santos faz parte da região metropolitana da Baixada Santista (9 municípios).
- Atividades Econômicas: seu porto é o maior da América Latina (13 KM de cais acostável), responsável pela maioria das atividades econômicas do município – movimenta mais de 35 milhões de toneladas de cargas por ano, operadas em áreas convencionais e terminais especializados. O porto emprega 40 mil trabalhadores diretos e indiretos.
Até a década de 60, a atividade econômica concentrou-se no comércio do café, expandindo a cidade.
Com intensa atividade turística, atrai mais de 3 milhões de pessoas na temporada de verão.

- Aspectos Sociais: segundo dados da Fundação SEADE (1998) e Relatório SEPLAN/PMS (1997), o município apresenta diminuição da fertilidade e da população produtiva, com aumento do número de idosos. Há empobrecimento generalizado, com crescimento de barracos, favelas e cortiços, tornando as regiões da Zona Noroeste, Morros e Centro, principalmente mais insalubres – inclusive pela desagregação da estrutura familiar.

A região da Orla possui condições mais favoráveis, embora alguns bairros contenham pólos de pobreza (Programa RNR – visitas domiciliares). O gráfico abaixo mostra essa diferença estampada nos números da mortalidade infantil segundo o Departamento de Saúde.

GRÁFICO Nº 3



1.2. ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM SANTOS

Santos centraliza as ações e serviços de saúde da Baixada Santista, historicamente desde a criação da Santa Casa da Misericórdia de Todos os Santos, em 1543.

O município recebe demanda não só da região como também da capital, Grande ABC e interior do estado, o que consome 42% dos atendimentos prestados. (PMS – Plano Municipal de Saúde, 1999).

Em 1989 foi desencadeado o processo de municipalização dos serviços de saúde, iniciando-se a instalação das unidades chamadas Policlínicas (atualmente em número de 25, incluindo área continental)', com equipe básica e distribuídas de forma a facilitar o acesso da população. Buscou-se universalidade, integralidade, descentralização, hierarquização e equidade – a ousadia e a inovação presentes nas ações desenvolvidas tornaram Santos conhecida como a cidade onde o SUS deu certo. (MATOS, 2001).

A população conta com 3 pronto-socorros e 2 hospitais municipais, sendo que o Hospital e Maternidade Dr. Silvério Fontes recebeu o título de Maternidade Segura (Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo) e Hospital Amigo da Criança (UNICEF).

O Hospital Guilherme Álvaro (Secretaria de Saúde do Estado SP) também é Amigo da Criança e é referência na região, a Santa Casa atende SUS e convênio/particular e existem mais 4 hospitais particulares.

O Sistema de Saúde do município conta ainda com:

- Ambulatório de especialidades.(referência) e 2 no Centro e Zona Noroeste
- Centro de Referência em AIDS/Hospital Dia
- Centro de Apoio e Solidariedade ao Paciente com Aids
- Núcleo Integrado da Criança(HIV+) – NIC
- Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico
- 5 Núcleos de Apoio Psicossocial (psicóticos e neuróticos graves)
- Casa da Gestante
- 1 Laboratório de Análises Clínicas

- O Programa de Saúde Bucal possui atendimento móvel, domiciliar, odontoprevenção, atendimento a pacientes especiais, DST/AIDS, gestantes e bebês
- O Programa de Atendimento a Tuberculose funciona na Seção de Epidemiologia, onde também está o PRNR.

1.2.1. SERVIÇOS E PROGRAMAS MATERNO-INFANTIS

A Secretaria de Saúde de Santos desenvolve o Programa de Saúde da Mulher (Pré-Natal, planejamento familiar, prevenção do câncer ginecológico e Programa Nascer e Viver, criado em 1997 nos moldes da vigilância do PRNR).

Os bebês triados ao nascer ou crianças diagnosticadas posteriormente como HIV+ são acompanhadas pelo NIC.

O Programa de Saúde da Criança coordena 3 Centros de Valorização da Criança – atendimento de vítimas de maus tratos e com problemas escolares.

1.3. O PROGRAMA DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO

Uma pessoa se conhece:
pelo FOGO que anima seu coração
pela forma como se entrega ao OCEANO
pelos Sonhos que espalha no AR e
pelo trabalho de semear a TERRA
para lhes dar VIDA.

(PATELLA, Roseine)

Se desigualdades são o cotidiano brasileiro, qualquer intervenção deve ser o mais localizada possível, a partir do conhecimento da distribuição dos indicadores socioeconômicos e epidemiológicos na população de cada município, e do enfoque de risco, para organizar a assistência a saúde (BACKETT, DAVIES, PETROSBARVAZIAN, 1985).

Medir o risco é estimar a necessidade de assistência promotora e preventiva: conhecer a situação antes da ocorrência do evento previsto, conseguindo elaborar a tempo uma resposta adequada (BACKETT *et al*, 1985). Esse enfoque não é capaz de desvendar todas as associações causais do processo saúde-doença, mas define algumas importantes relações – como por exemplo: baixo peso ao nascer e condições socioeconômicas desfavoráveis, desmame precoce e gastroenterites, hipertensão na gestação e morte perinatal ou materna; além da relação destas condições com a valorização da mulher na sua comunidade.

Este enfoque é útil para nortear ações, destinar recursos, utilizá-los mais eficientemente e ampliar o atendimento.

Quantificar fatores de risco para a saúde da população conduz à necessidade de prevenção, vigilância e apropriação das informações pela população e pelos serviços, contribuindo para a qualidade da assistência. Assim, ele ajuda a definir prioridades e a tentar

diminuir desigualdades. Utilizá-lo significa considerar uma realidade previamente estudada e o potencial de recursos existentes, integrando experiências (SCHRAIBER, 1990).

Utilizando-se destes estudos como base teórica pode-se identificar em Santos o grupo mais exposto ao risco de morte no primeiro ano de vida e criar um sistema de vigilância, padronizando-se algumas rotinas de atendimento a partir do nascimento do bebê. Como programa de saúde, ampliou a cobertura dos serviços existentes, incorporou e valorizou o atendimento não só do pediatra, mas também o de enfermagem, criou atividades de grupo e extra muros tais como visitas domiciliares e integração com outros serviços da comunidade (Relatórios do Programa RNR, 1991-1998).

Enfim, o Programa do Recém-Nascido de Risco, buscou desvincular esse período 'normal' da vida, do risco de morrer tão desamparada e precocemente.

O Programa de Vigilância do Recém-Nascido de Risco de Santos nasceu em janeiro de 1991, planejado como intervenção para a redução da mortalidade infantil do município, cujo coeficiente – 33,9‰ em 1990, manifestava a tendência à elevação (Relatório 'Mortalidade Infantil' – MATOS & SILVA, 1990).

Através da investigação e análise dos óbitos de menores de um ano e sua distribuição por módulos de saúde e faixa etária chegou-se à conclusão da necessidade de ações de vigilância específicas para modificação do coeficiente de mortalidade infantil (C.M.I.). Tomou-se como referência a experiência de Bauru, adaptando-se a ficha de avaliação do risco ao nascer criada por Rumel (RUMEL, 1989).

O objetivo do Programa é identificar o RN com risco de morrer no seu primeiro ano de vida, captando-o logo após seu nascimento. Para tal, todas as mães santistas são entrevistadas em todas as maternidades do município, avaliando-se os critérios presentes na ficha em anexo. (Anexo 4). A mãe recebe material educativo – calendário de vacinação e estímulo a amamentação e todas são encaminhadas para Grupos de Aleitamento Materno (atualmente são mais de 40 por semana em todas as Policlínicas – Anexo 5).

O Programa capacitou, em conjunto com o Centro de Lactação de Santos, a maioria dos profissionais (nível médio e universitário) em Aleitamento Materno e, com todas essas atividades, vem garantindo bons índices de aleitamento em Santos.

QUADRO Nº 2


 Comissão Regional de Saúde
 Sistema de Informação de Saúde
 Hospital Regional de Ponta da Formosa

Consolidação Anual
 Grupos de Alimentação/Aleitação
 Políticas de Saúde

1996 a 1999

Ano	Nº de Matriculados	Alimentação Exclusiva nos 5 meses	Porcentagem
1996	2173	800	37%
1997	2989	1180	39%
1998	3394	1182	35%
1999	3036	1150	38%

FOTO 1 - AMAMENTAÇÃO



São feitas também festas comemorativas (inclusive nas Semanas Mundiais de Aleitamento Materno, reunindo até 500 mães) com entrega de diplomas às mães que amamentam exclusivamente seu filho até seis meses.

FOTO 2 - DIPLOMAÇÃO 'MÃE AMIGA DO PEITO' NO C.S.AREIA BRANCA



O recém-nascido que é considerado de risco recebe um cartão amarelo (salientando sua condição) e tem atenção prioritária nas unidades básicas (Policlinicas): deve ser atendido assim que comparecer à unidade, mesmo não estando no dia agendado (Anexo 6). É recomendado no mínimo uma visita domiciliar para conhecimento do ambiente familiar e, sempre que a criança for faltosa nas consultas (retornos).

Todos os seus atendimentos (intercorrências, puericultura, hospitalizações, visitas domiciliares) são registrados em fichas-controle (Anexo 7) que são enviadas para a coordenação do Programa na alta da criança. Esta é definida para ocorrer aos seis meses de idade ou ao

completar um ano caso tenha passado por internação. As crianças HIV + são encaminhadas e acompanhadas no NIC (Núcleo de Integração da Criança).

A segunda forma de inclusão no Programa é a internação do menor de um ano. Diariamente, auxiliares de enfermagem visitam os hospitais públicos com serviço de Pediatria. Nesta ocasião são incluídos no Programa os recém-nascidos internados, por ser esta uma das condições de risco. Cada hospital tem um pediatra do Programa que atua como referência para acompanhamento da internação, além de garantir o preenchimento adequado do resumo dos prontuários em ficha do Programa (Anexo 8). As unidades básicas de saúde (Policlínicas) recebem a notificação na alta hospitalar através desta ficha e realizam visita domiciliar com o objetivo de observar o estado do bebê e marcar consulta de acompanhamento.

FOTO 3 – INCLUSÃO PELA INTERNAÇÃO



A terceira forma é a inclusão pela unidade de saúde, que avalia a situação de risco das crianças com critérios mais abertos, seguindo entretanto sugestões do Programa (Anexo 9).

Nos 10 anos de atuação do Programa do Recém-Nascido de Risco no município de Santos, observou-se redução importante do C.M.I., de 33,9‰ em 1990 para 14‰ em 2000 (Relatórios do Programa do Recém-Nascido de Risco – 1991 a 2000).

Esta redução foi devida principalmente ao componente tardio da mortalidade, como já visto na Introdução.

FOTO 4



RNR acompanhado pelo C.S.Martins Fontes (região Centro)

Entretanto este impacto foi menos expressivo relativamente à mortalidade neonatal, razão pela qual criou-se em 1997 o Programa Nascer e Viver, objetivando vigilância e assistência especial às gestantes de risco.

O Programa do Recém-Nascido de Risco busca sensibilizar e envolver os profissionais que lidam com gestantes e recém nascidos de risco através de revisão detalhada das

causas e condições de cada óbito, em discussões periódicas com as equipes (utilizando, por exemplo os Anexos 10 e 11).

Além disso, profissionais do Programa coordenam o Comitê de Prevenção da Mortalidade Perinatal, criado em 1995 e oficializado em 1999, contando com a participação de representantes dos hospitais públicos e privados, da disciplina de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Fundação Lusíada, do Programa Nascer e Viver e do DIR XIX. Utilizando-se dos dados do Programa do Recém-Nascido de Risco (declarações de óbito, revisões de prontuário, visita domiciliares (Anexo 12), fichas de Pré-natal (Anexo 13) e de controle do RNR), o comitê analisa a evitabilidade e responsabilidade pelos óbitos, divulgando os resultados em Fóruns de Assistência Perinatal.

1.3.1. PASSOS DA IMPLANTAÇÃO

1. Conhecimento da situação do município.
2. Discussão com os profissionais das unidades básicas sobre a proposta de Vigilância da criança
3. Identificação das situações de risco
4. Criação de um instrumento de avaliação e de acompanhamento/ficha de critério
5. Treinamento de profissionais/auxiliar de enfermagem para a realização das entrevistas de avaliação
6. Padronização da Vigilância de Recém-Nascido de Risco
7. Integração com as maternidades para o início da vigilância
8. Supervisão nas unidades periodicamente
9. Discussão mensal de casos e óbitos, em conjunto com a Faculdade de Medicina de Santos e Hospital Guilherme Álvaro, realizada até o momento
10. Integração com outros serviços da Prefeitura e da Comunidade/Conselhos Tutelares
11. Divulgação das informações de nascimento e óbito de boletim bimensal e relatório anual/seminários.

Os relatórios do Programa do RNR mostram que a elaboração de um projeto de trabalho nem sempre é uma tarefa fácil. O embasamento teórico, as experiências existentes, as necessidades sentidas, são aspectos importantes que devem ser considerados na construção de um novo modelo de atendimento à criança. No entanto, a dificuldade reside na realização prática desse modelo, que pressupõe o envolvimento dos profissionais de saúde e a estruturação de um trabalho em equipe. Em Santos, essa tentativa começou em 1989, com a implantação de uma política de saúde que resgatou a prática de Saúde Pública e a cidadania de cada sujeito envolvido neste processo.

... na organização da assistência em Santos convivem as duas práticas sanitárias – a clínica e a vigilância à saúde – sem contudo haver hegemonia de uma sobre a outra (...) A primeira para responder às necessidades individuais da população e a segunda para responder a problemas determinados, onde a prática clínica é um componente necessário, em todas as suas especificidades, como parte da organização dos processos de trabalho, integrando-se a outros saberes na composição do trabalho das equipes de saúde. (SILVEIRA, 1995, p.129).

É preciso reconhecer que atualmente o componente social desponta, como responsável pelos resultados negativos que encontramos quando avaliamos o impacto das ações dos serviços de saúde. (VICTORA, 1988).

‘Considerar a criança em um contexto social, procurando entender o seu ambiente físico e familiar, é de certa forma enfrentar o sentimento de impotência que muitas vezes temos diante de determinadas situações. O que fazer com uma criança desnutrida? O que podemos fazer para a mãe cujo companheiro está desempregado? Como lidar com a resistência da mãe ao acompanhamento? Em muitos casos a resposta é mais simples do que se imagina. Pensamos sempre nos recursos materiais e eles são importantes, porém, esquecemos de valorizar a nossa relação com o paciente.’(Relatório PRNR - 1996).

O vínculo das equipes com as propostas do Programa aparecia então, nas supervisões, nas ‘festinhas do Aleitamento Materno’, no interesse investigativo pelos casos acompanhados. Não se pretendia agir nos determinantes do risco em cada criança, mas dar-lhes chance de resistir, intervindo precocemente no desenvolvimento de doenças e possibilitando, ao menos, seu primeiro aniversário.

FOTO 5 - PRIMEIRO ANIVERSÁRIO DOS RNRS DA POL. JOSÉ MENINO – 1992



1.3.2. HISTÓRICO

'Quando uma catedral medieval estava sendo construída, perguntaram a três operários que talhavam pedras: 'O que vocês estão fazendo?' O primeiro respondeu, mal humorado: 'Como você pode ver, estou talhando pedras'. O segundo: 'Estou trabalhando para sustentar minha família'. Mas o terceiro disse: 'Estou construindo uma grande catedral'. Todos estavam fazendo a mesma coisa, mas enquanto o primeiro tinha uma sensação de futilidade devido à natureza humilde e monótona do trabalho, o segundo encontrou nele um objetivo pessoal e o terceiro enxergou o objetivo maior de estar talhando pedras. Percebeu que, sem isso, a catedral não poderia ser construída e estava impregnado da alegria de participar desse objetivo tão expressivo'. (ASSAGIOLI, Robert, "The act of will", Nova York, The Viking Press, 1973, p.110) – 'garimpado' por Carminha, PRNR.

Em 1989 iniciou-se o estudo da Mortalidade Infantil no Município de Santos, entendido como tarefa fundamental para o conhecimento e orientação de políticas de saúde em

nível local. Havia um sistema informatizado, com a geração de banco de dados para estudo das tabelas. Os primeiros números apontavam para o predomínio da mortalidade neonatal, com 45% dos óbitos ocorrendo no primeiro dia de vida. Surge então o 'Programa Materno Infantil', que previa Planejamento Familiar, Pré-Natal, Incentivo ao Aleitamento Materno, o Sistema de Vigilância da Mortalidade Infantil e Materna e o Programa de Vigilância do Recém-Nascido de Alto Risco.

Dentro do estudo da mortalidade infantil, um problema logo foi levantado: o da qualidade do preenchimento das declarações de óbito. As declarações de óbito neonatais, preenchidas habitualmente por pediatras, não incluíam as causas maternas. Foi iniciado o sistema de revisão de prontuários, utilizado até hoje. Realizaram-se cursos para aprimoramento do preenchimento do atestado de óbito, com a participação de docentes da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Os primeiros estudos (relatório elaborado por Maria do Socorro Matos e Paulo Sérgio Andrade, SMS, 1989) mostravam que a mortalidade no primeiro ano de vida ocorria, em 70% dos casos, no primeiro mês e, em 95% dos casos nos primeiros seis meses e sendo geralmente concentrada no bairro do Centro da cidade.

O modelo então implantado foi inspirado no Programa de Defesa da Vida da cidade de Bauru, Estado de São Paulo, o qual desenvolveu um trabalho de vigilância da criança a partir do enfoque de risco. (RUMEL, 1989).

Com o mesmo pensamento e objetivo, a Prefeitura Municipal de Santos priorizou o atendimento à criança de risco, levando em conta a realidade local de saúde. Utilizaram-se elementos clínicos e sociais de fácil captação no momento do parto, altamente sensíveis. (RUMEL, 1989).

O baixo peso ao nascer foi considerado um dos mais importantes riscos relacionados com a mortalidade infantil. A relação entre a mortalidade infantil e o nível de renda familiar, já amplamente confirmado (VICTORA et al. 1988), foi demonstrada em Santos pelos elevados coeficientes nas áreas mais carentes da cidade: no Centro da cidade ele é praticamente o dobro do apresentado na Orla marítima (o que permanece até hoje). (vide Gráfico 3).

Com base nessas informações e em outras experiências foram adotados os seguintes critérios de risco:

CRITÉRIOS ISOLADOS

- peso ao nascer menor que 2750g
- prematuridade
- malformação congênita
- gravidez indesejada

CRITÉRIOS ASSOCIADOS

- renda familiar *per capita* (1/3 salário mínimo)
- mãe sem companheiro
- mãe analfabeta
- chefe de família desempregado
- idade da mãe < 18 ou > 35 anos

CRITÉRIO ADICIONAL

- Criança permaneceu internada

A inclusão no Programa ocorre no caso de ser identificado 1 (um) critério de risco isolado ou 2 (dois) associados.

Utilizaram-se estes critérios no Programa e, após um ano e meio de funcionamento, a equipe de coordenação os avaliou, analisando os dados de mortalidade infantil e concluindo pelas seguintes alterações: nos critérios isolados, o peso de nascimento passou a ser menor que 2500g e o peso entre 2500g e 2750g passou a ser considerado critério associado'. Excluiu-se a 'não realização do pré-natal' e a 'idade materna' por estarem mais relacionados à mortalidade neonatal. Acrescentou-se o fato da criança ter dois ou mais irmãos menores de 4 anos. Como critério associado 'renda familiar', passando a considerar risco '*renda per capita*' menor que 0,75 do salário mínimo.

Na realidade ampliou-se a faixa de renda, fator importante que, associado a qualquer outro critério, tem peso significativo na qualidade de vida das crianças. Considerou-se, também, a relação da existência de 2 ou mais irmãos menor de 4 anos com a assistência prestada

pela mãe quanto aos cuidados necessários a cada filho. Os dados referentes ao pré-natal e de identificação da mãe permaneceram na primeira parte da ficha, possibilitando, assim, a análise dessas informações. Em 1994, realizou-se um novo estudo da ficha de critério, considerando dados de nascimento e óbito do município e verificou-se a necessidade de objetivar suas informações e ampliar as formas de inclusão. Algumas informações não eram adequadamente obtidas na entrevista com a mãe, impossibilitando qualquer análise quantitativa: era o caso da renda familiar. Definiram-se então, os dados que poderiam ser coletados na maternidade e os que deveriam ser identificados pelas unidades de saúde, durante o acompanhamento da criança. Nesta revisão a permanência da criança no hospital após a alta materna manteve o mesmo peso, porém, passou a pertencer ao grupo de critérios isolados. Excluiu-se o 'peso entre 2500 e 2750'. A alteração importante referiu-se à exclusão da renda familiar da avaliação nas maternidades e a inclusão deste mesmo item na avaliação pelas unidades, já que estas têm mais condições de identificar as situações relacionadas à questão econômica, durante o acompanhamento das crianças (ficha atual – Anexo 4).

O processo de avaliação dos critérios de risco permitiu concluir ainda, a necessidade de incluir a internação hospitalar como fator de risco para a mortalidade infantil. Observou-se que havia um grupo de crianças avaliadas como normais no nascimento que sofria hospitalização nos primeiros meses de vida. Por isso definiu-se que, além da maternidade, as enfermarias de Pediatria seriam visitadas para identificar as crianças menores de um ano internadas e residentes em Santos. A partir deste momento, todas as crianças hospitalizadas passaram a ser consideradas de risco. As visitadoras identificam estas crianças na Santa Casa de Santos, Hospital Guilherme Álvaro e Hospital dos Estivadores. Utilizando a ficha de vigilância da criança menor de 1 ano, levantam informações importantes de identificação, diagnóstico médico além de reavaliar situações de risco. As informações são enviadas para as unidades de referência para o tratamento da criança.

Em 1992, quando foi implantada a vigilância da criança hospitalizada, observavam-se falhas no sistema de referência e contra-referência hospitalar. Os profissionais que recebiam as crianças de alta hospitalar, apesar de desconhecerem o atendimento do período de internação, eram responsáveis pela sua continuidade.

Como forma de responder a essa questão criou-se, pelo Programa do RNR, a referência pediátrica nos seguintes hospitais: Santa Casa de Santos, Hospital Guilherme Álvaro e Hospital dos Estivadores. Em cada um destes hospitais, definiu-se um pediatra do Programa para acompanhar as crianças internadas menores de um ano. Além do acompanhamento diário, ficaram estes profissionais responsáveis pelo preenchimento de um resumo da internação localizado no verso da ficha de investigação da criança menor de um ano. (Anexo 8).

Atualmente, a maioria das crianças (mais de 95%) é incluída no Sistema de Vigilância do Recém-Nascido de Risco pela avaliação nas maternidades. A internação possibilita resgatar crianças que nasceram em outros municípios e, portanto, não foram avaliadas ao nascer. Ocorre que a avaliação do risco não deve ser única. Ao contrário, deve ocorrer em cada atendimento realizado na unidade de saúde. Sendo assim, o Programa ressalta cada vez mais a importância das unidades de saúde na avaliação do risco para a mortalidade infantil.

Durante o acompanhamento da criança dentro da unidade ou através de visitas domiciliares, os profissionais têm condições de perceber as situações que podem interferir negativamente no crescimento e desenvolvimento da mesma.

O Programa do Recém-Nascido de Risco buscou, através da vigilância da criança, reintegrar a Epidemiologia à prática de Saúde Pública, ou seja, procurou socializar as informações de nascimento e mortalidade das áreas de abrangência de cada unidade de saúde, possibilitando o planejamento das ações locais de atenção à criança. Naturalmente o processo de discussão e acompanhamento de cada criança, realizado conjuntamente com os profissionais das unidades, permitiu que avançássemos na organização da assistência à criança em Santos. Fundamentado nesta questão, ressaltamos a real importância de cada profissional envolvido neste trabalho que, através do seu conhecimento técnico e pessoal, assumiu o papel de vigilante não apenas da saúde da criança, mas da família como um todo. O cuidado com a criança passa necessariamente pela atenção à sua família. (Relatório PRNR – 1996).

Como facilitador, elaborou-se uma ficha que permitia avaliar a criança que porventura tenha escapado do sistema ou tenha sido considerada normal ao nascer e apresente outra situação posteriormente. Entendendo que as situações podem ser as mais variadas possíveis, são dados alguns exemplos e deixa-se em aberto a definição dos profissionais para inclusão no grupo de risco. Por esta razão e pelo grande número de óbitos de RNNs, passou-se a enviar as

fichas de todos os avaliados (mesmo os normais) para as Policlínicas. , para os GAMs, estimulando a inclusão pela unidade. (Anexo 9).

No momento de elaboração da ficha de critérios de risco, pensou-se na necessidade de registro do acompanhamento das crianças de risco, de forma a permitir a avaliação mensal de todos os casos e o planejamento das ações pelos profissionais de saúde. Era o nascimento da Ficha Controle. (Anexo 7).

A ficha controle inicialmente era enviada para as unidades de saúde mensalmente e retornava para a equipe de nível central, onde eram analisadas e devolvidas para as unidades, com observações sobre o atendimento. Atualmente, as fichas de controle permanecem nas unidades até o momento da alta do programa. Periodicamente estas fichas eram analisadas em conjunto com as equipes das unidades com o objetivo de discutir aspectos da vigilância do risco e organização do atendimento integral à criança. Para atingir as 22 unidades de saúde de Santos, a equipe central se dividia nos módulos de saúde do Centro, Orla, Morros e Zona Noroeste. Desta forma, cada profissional ficava responsável por 5 unidades em média, organizando os encontros com as equipes, avaliando os casos em acompanhamento e as altas. Além disto estes mesmos profissionais ofereciam retaguarda para as unidades na busca de dados das crianças de risco, acionando recursos da comunidade e promovendo integração com outros serviços.

Diferentemente dos serviços de vigilância epidemiológica que priorizam o estudo e análise de dados epidemiológicos, em Santos procurou-se desde o início do programa conciliar o estudo e a prática, sempre tentando viver o discurso e não apenas fazê-lo. Com a diminuição da equipe de coordenação a partir de 1998, essa atividade tornou-se eventual, para casos emergenciais – manteve-se a referência, a reunião mensal de discussão de óbitos, e o encontro semestral para análise da Mortalidade Infantil do município, mas o contato habitual é telefônico, via malote ou Fóruns específicos.

O Programa desencadeou a troca de informações e principalmente de experiências entre os profissionais, Esse é um caminho longo, que costuma apresentar obstáculos de ordem pessoal, de formação técnica, de visão política, mas que busca priorizar a criança.

Discutir casos, acionar recursos, lidar em conjunto com as angústias do cotidiano do atendimento nas Policlínicas – unidades de porta aberta para a população – assim foi se caminhando, usando o espaço das supervisões e criando-se outros momentos de integração

também. Como exemplo, as reuniões periódicas das equipes das Policlínicas Vila Mathias, Centro Velho, Centro de Saúde Martins Fontes, Centro de Referência em AIDS, Centro de Valorização da Criança e Núcleo de Apoio Psicossocial-Centro com outras equipes da Secretaria de Ação Comunitária, Secretaria de Educação (creches, Escola Municipal de Educação Infantil, Mercado), Secretaria de Esportes, Turismo e Abastecimento, Pastoral da Criança onde, a partir da discussão dos recém nascidos de risco, avançou-se para a criação da Coordenação da Região Central e do Centro de Valorização da Criança-Centro (1996/97).

Uma importante experiência desenvolvida então, foi o Programa de Atendimento Domiciliar, iniciando na região Central com a enfermeira Carmen Geanezzini, do PRNR.

Essa foi a época em que se criavam também na cidade os Conselhos Tutelares, estando o Programa presente nas atividades de implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente. O Programa do Recém-Nascido de Risco participou também da Campanha Contra a Fome e a Miséria Pela Vida – todos importantes movimentos que apontavam o esforço da comunidade e nela, dos profissionais, para priorizar a criança.

1.3.3. FORMAS DE INCLUSÃO: Algumas observações

O Sistema de Vigilância do Menor de 1 ano internado iniciou-se em 1992, como um prolongamento do Programa do Recém-Nascido de Risco. Partiu-se do fato que a hospitalização nesse período aponta prováveis problemas nos cuidados prestados ao bebê, o risco de desmame e de stress pela separação da mãe (nem todas podem ser realmente ‘participantes’ da internação).

As auxiliares de enfermagem passaram então a incluir esses bebês no Programa e os pediatras os acompanham durante essa fase, garantindo a importante contra-referência para a policlínica.

Assim, criou-se a segunda forma de inclusão, funcionando na Santa Casa, Hospital Guilherme Álvaro e Hospital dos Estivadores. Com ele pode-se acompanhar como crianças de risco aquelas que não foram avaliadas ao nascer (por falha ou por terem nascido em outro município). Pode-se também analisar o acompanhamento das crianças avaliadas como ‘normais’ ao nascer.

E foi a partir dessa análise (morbidade) em conjunto com a mortalidade dessas crianças que foi criada a inclusão pela unidade.

Dessa forma, estimulou-se o papel ativo de cada funcionário em perceber o risco atual, iniciando a vigilância em casos não avaliados ou tidos como ‘normais’ ao nascer. Esta foi uma maneira encontrada para incluir os bebês que nasciam em município vizinhos, devido à falta de leitos (desde 1996 respondida pela Maternidade Municipal Silvério Fontes).

Policlínicas da periferia são as que mais incluem porque, por serem também mais pobres, acompanham o caminho da criança ‘normal’ para o risco: desmame precoce associado à necessidade da volta materna ao trabalho; agravamento da situação econômica da família, aumentada muitas vezes sem planejamento; a dificuldade do vínculo adequado mãe-bebê face a tantos problemas que pesam, principalmente, na mulher. É ela que deve proteger seu bebê, amamentá-lo, dar conta dos outros filhos, dos ciúmes e desejos do marido (quando tem um), sofrendo culpa, recriminações e até agressões maiores, caso não corresponda às expectativas de quem ela é dependente (emocional, pois muitas vezes ela é quem sustenta, também economicamente sua família).

Dáí o importante papel das equipes das unidades no apoio a essas mulheres – propiciando o acolhimento não só de sua demanda por consulta ou medicamentos, mas de seus sentimentos. Os grupos de gestantes, de aleitamento materno e pós-consultas são momentos privilegiados para isso – muitos profissionais (que não são Psicólogas ou assistentes Sociais) tem assim conseguido garantir um bom desenvolvimento da criança, valorizando e ajudando a mãe: ouvindo-a, orientando-a e encaminhando-a a serviços especializados quando necessário.

Esse esforço pela humanização do atendimento materno-infantil é atualmente acompanhado pelo trabalho inglês em aleitamento materno, que gera os Cursos de Aconselhamento desenvolvidos pelo Centro de Lactação de Santos.

A equipe de coordenação do PRNR orientou e participou da implantação e aprimoramento de programas semelhantes em diversos municípios em São Paulo e outros estados, como por exemplo, o Projeto Casulo de São José dos Campos e o Protegendo a Vida, do estado do Paraná.

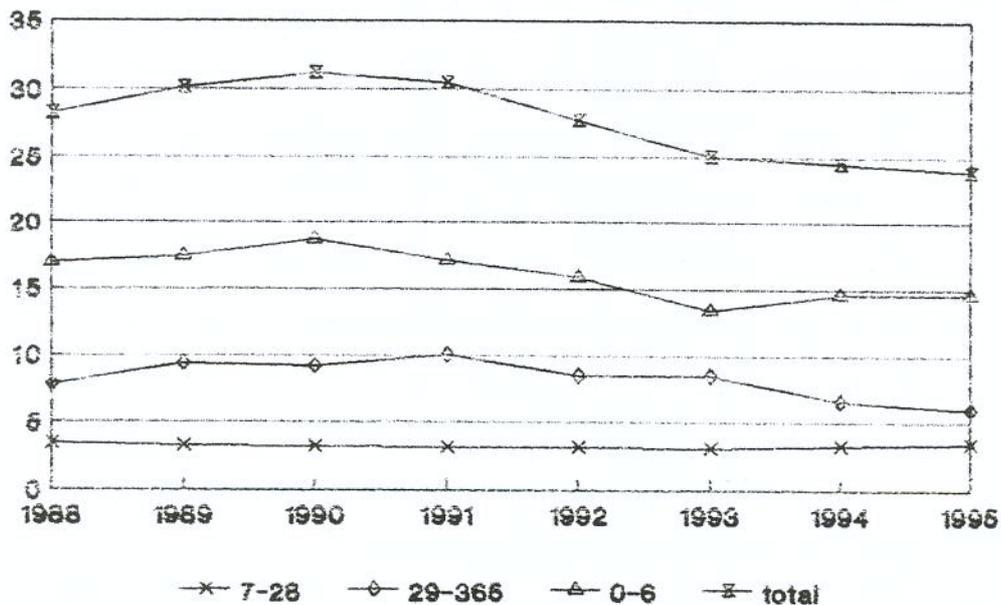
1.3.4. AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELO PROGRAMA DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO

As atividades do PRNR nestes 10 anos de Programa foram estudadas em algumas ocasiões, sendo que a própria equipe de coordenação procurou parceiros na Faculdade de Saúde Pública – USP para avaliação conjunta da sua repercussão na Mortalidade Infantil, principalmente no seu componente tardio.

Em 1996 foram realizadas avaliações por métodos quantitativos e qualitativos (VENÂNCIO & FARIA, 1997) com os seguintes resultados:

GRÁFICO Nº 4

TENDENCIA DA MORTALIDADE INFANTIL MEDIAS MOVEIS DE 3 ANOS



SANTOS, 1995

A Mortalidade Infantil apresenta declínios entre 1990 e 1993, seguida de estabilização, resultante das variações sofridas pelos seus componentes. A mortalidade neonatal precoce é o principal, respondendo por cerca de 70% dos óbitos, com declínio de 90 a 93 e tendência de aumento nos anos seguintes. A mortalidade infantil tardia revela estabilização

seguida de ligeiro declínio, enquanto a neonatal tardia não sofre alterações. Quanto as causas da mortalidade infantil, predominam as peri-natais. Avaliando-se as principais causas da mortalidade infantil tardia (infecções respiratórias e diarreias), verificou-se tendência à estabilização seguida de ligeira queda. A velocidade de declínio é mais acentuada em Santos no período do que no Estado de São Paulo como um todo (8,2% x 4,8%).

Peso de nascimento, permanência no hospital após o nascimento, prematuridade e mãe sem companheiro estiveram significativamente associados à ocorrência de óbito nos três períodos analisados.

O conjunto de critérios de inclusão no programa apresentou sensibilidade de 81,1%, especificidade de 80,5%, valor preditivo positivo de 5,5% e valor preditivo negativo de 99,7%. Sua cobertura foi de 87% para as crianças nascidas em 1995.

De forma geral pode-se dizer que os critérios adotados pelo Programa do Recém-Nascido de Risco tem conseguido captar crianças que de fato necessitam de uma atenção diferenciada, sendo impossível prever a evolução que teriam caso o programa não existisse.

Já a avaliação qualitativa consistiu de 8 reuniões – grupos focais – com 58 funcionários de nível médio e universitário.

Segundo os entrevistados, o programa vem sendo implementado conforme previsto; os critérios sociais deveriam ser revistos, pois incluem crianças saudáveis, prejudicando as verdadeiramente de risco pelo aumento da demanda; além disso, os profissionais sentem-se impotentes para solucionar as demandas apresentadas por esses critérios; o programa permite o acesso mais rápido das crianças selecionadas aos serviços de saúde; a busca ativa é a inovação que permite a diminuição da mortalidade, ainda que funcionários de nível médio julguem-na dispensável e geradora de aumento de serviço; o trabalho com as famílias através das visitas domiciliares é muito importante na melhoria do atendimento, mas o acúmulo de funções prejudica a realização das mesmas, além do risco pessoal que os funcionários correm em alguns casos; as mães são responsáveis pela situação de risco dos filhos e as faltosas deveriam receber algum tipo de punição; falta treinamento, supervisões são esporádicas; recursos humanos são insuficientes e falta motivação e incentivo para os funcionários que participam do programa, mas este deve continuar porque vem reduzindo a mortalidade infantil.

Chegou-se à conclusão de que a avaliação do impacto do Programa do Recém-Nascido de Risco foi prejudicada pelo curto período, pela tendência nacional de declínio dos C.M.I.s. e o peso do componente neonatal, fora do alcance das atividades do PRNR. Porém, a comparação favorável com o Estado de São Paulo sugere influência do Programa do Recém-Nascido de Risco na queda da mortalidade.

Aconselhava-se a criação de programas para diminuir a mortalidade neonatal (respondida pelo projeto Nascer e Viver) e apontava-se falhas na cobertura das maternidades particulares (atualmente envolvidas graças aos Fóruns de Assistência Perinatal e ao Comitê de Prevenção da Mortalidade Neonatal).

Os questionamentos dos profissionais indicaram resistência à incorporação dos critérios sociais como importantes fatores de risco, sugerindo-se maior trabalho junto a eles.

A avaliação final foi a de que o Programa do Recém-Nascido de Risco cumpre seu objetivo de diminuição da Mortalidade Infantil e todos se sentem responsáveis por este trabalho.

Já a avaliação da sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivos e negativos do Programa do Recém-Nascido de Risco (em 1997 e 1998) foi realizada através de um estudo de coorte histórica de crianças nascidas de 01/01/97 a 31/12/98, por MATOS (2001) concluindo-se:

- ⇒ a sensibilidade para a Mortalidade Infantil Tardia foi baixa em 1997 (50%) e razoável em 1998 (70,37%), o que significa que em média quase 40% dos óbitos não foram considerados risco.
- ⇒ a especificidade (média de 82,3%) e o percentual de inclusão no Programa do Recém-Nascido de Risco (média 18,9%) foram melhores comparativamente com a experiência de Bauru (71% de especificidade e 29% de inclusão)¹.

Neste trabalho, MATOS (2001) analisou o uso do enfoque de risco, evidenciando a dinâmica de avaliações e modificações nos 5 primeiros anos do Programa do Recém-Nascido

¹ RUMEL, D.A. (1989) apud MATOS, M.P.S.A. - **O uso do enfoque de risco no Programa de Redução da Mortalidade Infantil em Santos, 1989-1998**. São Paulo, 2001. [Dissertação de mestrado – Universidade de São Paulo].

de Risco; finalmente, avaliou os riscos – relativos (RR) das variáveis adotadas encontrando significância:

- ⇒ Para a Mortalidade Neonatal: peso ao nascer menor ou igual 2500, prematuridade, malformação congênita, criança permaneceu internada e um critério extra - mãe não fez pré-natal.
- ⇒ Para a Mortalidade Infantil Tardia: apenas foi significativa o baixo peso, malformação congênita e o critério extra – mãe não fez pré-natal.

Matos salienta que as ações do Programa do Recém-Nascido de Risco visam justamente evitar o óbito, sendo difícil avaliar em que medida alguns óbitos associados a determinadas variáveis de risco poderiam ter ocorrido, caso não existisse o programa. A existência do programa pode estar, portanto, alterando os resultados esperados.

De qualquer maneira, a associação encontrada entre algumas variáveis e os óbitos revelam que pelo menos nesses casos o programa não conseguiu intervir seja por falhas na assistência, seja pela gravidade de algumas causas praticamente inevitáveis (malformações graves ou prematuridade)” (MATOS, 2001).

Em relação ao estado nutricional, VASCONCELOS (1996) encontrou resultados favoráveis (83,8%de recuperados) quanto à reversão do baixo peso ao incluir-se o RN, na situação de alta do PRNR (amostra: de 1992 a 1994). Porém, ao analisar os nascidos com baixo peso aos 20 meses, encontrou desnutrição 4,2 vezes maior do que nas que nasceram com 3000grs. ou mais. TERUYA (2000) relata que o PRNR não consegue reverter esse déficit (amostra: de maio a novembro de 1997) assim como não houve mudanças na situação sócio econômica desfavorável, em relação à meta de prevenção da hospitalização.

Quanto à validação dos critérios de risco ao nascer, TERUYA(2000) verificou que são válidos para a mortalidade (principalmente a neonatal) e encontrou outros para internação hospitalar no primeiro ano de vida: baixo peso, internação ao nascer, irmão menor de 2 anos e escolaridade materna. Considerou-se aqui a necessidade de coortes com populações maiores para validá-los também para a mortalidade.

O Programa Materno Infantil do Ministério da Saúde e o Programa de Assistência à Criança 1997/80 em São Paulo preconizaram o controle precoce e contínuo da saúde da criança, através de ações tanto preventivas como curativas, integrando estímulo ao aleitamento materno, a suplementação alimentar, o controle de crescimento e do desenvolvimento e as imunizações.

Atualmente, a proposta integrativa do AIDPI (Ações Integradas nas Doenças Prevalentes na Infância - MS) revitaliza o foco global que se deve dar às intervenções da saúde infantil.

Neste sentido o Programa do Recém-Nascido de Risco nasceu priorizando um grupo de crianças com mais chances de adoecer e morrer ao mesmo tempo em que age preventivamente, garantindo para todas (normais e de risco) o estímulo (primeiro vínculo na maternidade) e agendamento para o Grupo de Aleitamento Materno.

O Programa do Recém-Nascido de Risco contribui também para fazer completar o caminho que se inicia na assistência do pré-natal e ao parto – por exemplo, sabemos que o passo 3: “informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo da amamentação” e o passo 10: “encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta”; da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (UNICEF), dependem do apoio da rede básica para serem cumpridos.

1.4. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O Programa do Recém-Nascido de Risco se propôs a intervir principalmente na Mortalidade Infantil Tardia – faixa etária que apresenta maior redução no C.M.I. de Santos: variação de -71%, de 1990 a 2000.

Este estudo buscou verificar se as atividades desenvolvidas pelo Programa constituem fatores de proteção aos recém-nascidos por ele acompanhados, o que estaria se refletindo no coeficiente citado. Foi analisada também a internação hospitalar dos Rns de risco, como preditor de morte e indicador de mortalidade.

Através da análise da adequação da assistência prestada aos recém-nascidos de risco podem ser apontadas falhas e dificuldades encontradas para esse atendimento, propondo-se modificações ou adaptações no modelo.

Estudando-se a estrutura da vigilância ao Recém-Nascido de Risco pode-se também fornecer subsídios para ações de enfrentamento da Mortalidade Neonatal - por exemplo, o Programa Nascer e Viver, de Santos.

2. OBJETIVOS

- **GERAL:** analisar a repercussão das atividades de assistência prestada aos recém-nascidos de risco na internação hospitalar e na mortalidade pós-natal (tardia) de menores de um ano do município de Santos/SP.

- **ESPECÍFICOS:**
 - descrever as condições dos nascimentos, internações e óbitos, segundo critério de risco ao nascer;
 - descrever o acompanhamento das crianças pelas equipes das policlínicas, caracterizando a vinculação das mães com os serviços de saúde;
 - analisar a adequação da assistência prestada ao Recém-Nascido de Risco, tendo como parâmetro de análise a internação hospitalar e a mortalidade infantil tardia.

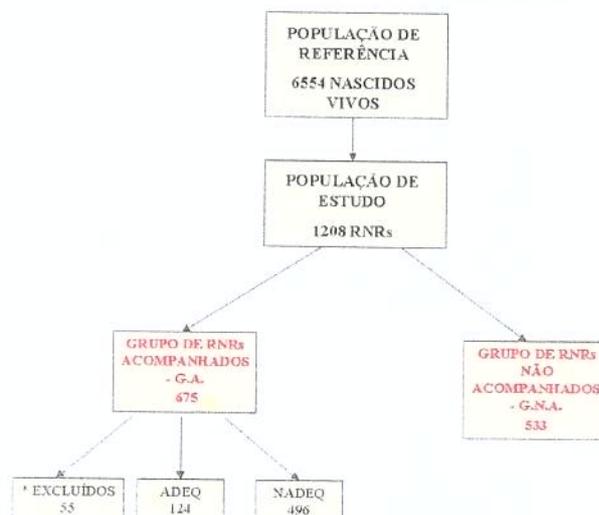
3. METODOLOGIA

3.1. DESENHO

Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo de recém-nascidos avaliados como de risco para mortalidade no primeiro ano de vida, nascidos entre 01 de julho de 1997 a 30 de junho de 1998, residentes em Santos/SP, totalizando 1.208 RNRs.

Os dados foram colhidos do banco (tipo .DBF) do Centro de Processamento de Dados da Seção de Vigilância Epidemiológica/Secretaria Municipal de Saúde, onde se insere o Programa do Recém-Nascido de Risco.

QUADRO Nº 3 - DESCRIÇÃO DO ESTUDO



3.2. POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA

Todas as crianças nascidas vivas e residentes em Santos entre 01/07/97 e 30/06/98, totalizando 6554 RNs.

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Todos os recém-nascidos classificados como risco ao nascer segundo critérios do PRNR (Anexo 4) residentes em Santos no período de 01/07/97 a 30/06/98, totalizando 1208 RNRs.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- RNRs incluídos no Programa por internação hospitalar pós-alta da maternidade
- RNRs incluídos no Programa pelas unidades de saúde
- Óbitos neonatais
- Óbitos pós-natais ocorridos ainda na maternidade.

Foram utilizadas as informações do banco de dados do PRNR relativos ao nascimento (ficha de critérios e risco - Anexo 4), sendo criado novo banco de dados complementar para cada RNR segundo seu acompanhamento (ficha controle - Anexo 7) e possíveis hospitalizações durante seu primeiro ano de vida (ficha de internação hospitalar - Anexo 8).

Encontraram-se 675 RNRs com informações sobre assistência recebida registradas na ficha controle, considerados como Grupo Acompanhado - GA - e 533 RNRs sem registro de assistência, considerados como Grupo Não Acompanhado - GNA. Observe-se que as crianças do GNA podem ter recebido assistência conveniada ou mesmo pública, porém não há informações sobre o acompanhamento no Programa do RNR.

Foram analisadas as informações coletadas ao nascer (Anexo 4) e de possíveis internações (Anexo 8) dos RNRs do GNA para efeito e comparação com as crianças acompanhadas.

Partiu-se então para a análise deste acompanhamento, classificando a assistência recebida como adequada ou não, segundo o preconizado pelo PRNR:

- a) Comparecimento à primeira consulta na Policlínica nos primeiros 10 dias de vida;
- b) Realização de visita domiciliar/busca ativa (VD) pelo menos uma vez;
- c) Realização de, no mínimo, 7 consultas nos seis primeiros meses de vida do bebê.

Foi considerada como assistência inadequada (NADEQ) aquela que não satisfizesse algum dos itens acima descritos.

Encontraram-se 124 RNRs ADEQ e 496 RNRs NADEQ. Foram excluídos da análise de assistência os RNRs que se mantiveram internados por período superior a 10 dias (um dos critérios de adequação) e ainda aqueles internados sobre os quais não se tinha essa informação.

3.4. INDICADORES DE AVALIAÇÃO

- Variável dependente: hospitalização e mortalidade pós-natal de menores de um ano.
- Variável de exposição: assistência preconizada pelo PRNR () Sim
() Não

3.5. VARIÁVEIS DE CONTROLE

- Peso ao nascer menor ou igual a 2500gr.
- Hospital de nascimento
- Bairro de residência
- Tipo de parto
- Internação ao nascer

- Mãe HIV+
- Malformação congênita
- Criança indesejada
- Irmão menor de 2 anos
- Chefe de família desempregado
- Tempo de aleitamento materno exclusivo (AME)

3.6. INSTRUMENTOS

Foram utilizadas as fichas do Programa do RNR (critérios de risco ao nascer, controle, internação, revisões de prontuários, visita domiciliar de óbito), quadros descritivos dos óbitos pós-neonatais e dados estatísticos apresentados em relatórios, além das declarações de óbito. Os dados foram coletados pela pesquisadora e por auxiliar de pesquisa, psicóloga treinada para esta tarefa. Nas comparações entre grupos foram utilizados cálculo de desvio padrão (χ^2) e significância (pvalue < 0,05 e RR).

3.7. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

- ✓ Este estudo utilizou dados colhidos pelo Programa do RNR, preservando-se a identidade das pessoas envolvidas.
- ✓ Este estudo visou contribuir para o aprimoramento das ações desenvolvidas pelo Programa, cujos reflexos positivos na qualidade de vida dos menores de um ano em Santos são conhecidos, o que justifica sua realização.
- ✓ Além disso, buscou reforçar o trabalho dos profissionais envolvidos com os objetivos do Programa. Acredita-se que, ao se avaliar as formas de alcançá-los, também se está estimulando o vínculo destes técnicos com a população atendida – o que está implícito no tipo de vigilância e controle preconizados pelas rotinas do Programa.

4. RESULTADOS

4.1. DESCRIÇÃO DO RISCO AO NASCER

TABELA 1 – COMPARAÇÃO DE PROPORÇÕES ENTRE O GRUPO ACOMPANHADO PELO PRNR E O GRUPO NÃO ACOMPANHADO

Variável de Controle	G.A. (%)	G.N.A. (%)	Chi ²	P value
Peso <= 2500 g	45,3	56,5	14,78	0,000121 •
Permaneceu internado	35,6 (28 ign)	46,6 (29 ign)	14,19	0,000166 •
Malformação congênita	3,6 (32 ign)	3,3 (7 ign)	0,08	0,780474
Criança indesejada	2,2 (25 ign)	1,0 (31 ign)	2,34	0,126020
Mais de 3 consultas pré-natal	75,9 (12 ign)	82,0 (10 ign)	6,59	0,010250 •
Parto cesárea	39,0	49,2	12,59	0,000387 •
Sexo masculino	45,3	48,0	0,87	0,350805
Sexo feminino	54,4	52,0	0,69	0,406355
Mãe sem companheiro	37,6 (12 ign)	26,9 (23 ign)	14,93	0,000111 •
Chefe de família desempregado	41,9 (24 ign)	23,9 (31 ign)	41,02	0,000000 •
Irmão < 2 anos	18,2 (31 ign)	11,2 (26 ign)	10,60	0,001130 •
TOTAL	675	533		

• (p < 0,05)

Obs.: os percentuais desprezaram o total de ignorados – não há informação sobre a variável – colocados entre parênteses na tabela.

As crianças do grupo não acompanhado nasceram em desvantagem biológica em relação às acompanhadas: mais da metade delas com baixo peso e 46,6% tiveram de permanecer internadas. Além disso, 49,2% nasceram de cesárea. Porém, quanto aos aspectos psicossociais a desvantagem é do grupo acompanhado: 41,9% têm chefe de família desempregado, 37,6% das mães não têm companheiro e 18,2% têm irmão menor de 2 anos. Além disso, apenas 75,9% fez mais de 3 consultas de Pré-natal.

TABELA 2 – CRIANÇAS RESIDENTES NA ORLA, SEGUNDO ACOMPANHAMENTO.

GRUPO	%	TOTAL
G.A.	20,4	675
G.N.A.	51,7	533

Chi² = 129,84

p value = 0,00000

As crianças do G.N.A. moram em bairros da Orla (51,7%), região com melhores condições socioeconômicas, enquanto que no G.A. predominam crianças que habitam áreas de maior risco para a mortalidade infantil (Zona Noroeste, Centro e Morros) – apenas 20,4% residem na Orla (Anexo 14).

A Maternidade Municipal Silvério Fontes foi o hospital que mais fez os partos dos RNRs da amostra estudada (53,6% das crianças do G.A. e 34,5% dos G.N.A.).

Observou-se também que, além do percentual de desempregado ser maior no G.A. do que no G.N.A., essas crianças internaram mais após a alta da maternidade (15% delas no G.A. e 9,2% no G.N.A. – $\chi^2 = 2,49$ e $p \text{ value} = 0,114849$).

TABELA 3 – COMPARAÇÃO DE PROPORÇÕES SEGUNDO TIPO DE ASSISTÊNCIA PRESTADA AO RNR

Variável de Controle	ADEQ (%)	NADEQ (%)	Chi ²	P value
Peso <= 2500 g	41,9	46,2	0,72	0,396942
Permaneceu internado	20,0 (4 ign)	33,2 (23 ign)	7,86	0,005067 •
Malformação congênita	2,5 (2 ign)	4,0 (26 ign)	(Yates = 0,43)	0,510774
Criança indesejada	0,8 (4 ign)	2,3 (20 ign)	(Yates = 0,58)	0,447115
Mais de 3 consultas Pré-Natal	76,0 (3 ign)	75,2 (8 ign)	0,04	0,849888
Parto cesárea	24,2	41,3	12,38	0,000434 •
Sexo masculino	45,2	45,6	0,01	0,935719
Sexo feminino	54,8	54,0	0,03	0,871927
Mãe sem companheiro	40,3	39,5 (10 ign)	0,03	0,868259
Chefe de família desempregado	50,0 (2 ign)	41,9 (19 ign)	2,57	0,108623
Irmão < 2 anos	18,4 (10 ign)	19,0 (18 ign)	0,02	0,879941
TOTAL	124	496		

• (p < 0,05)

Obs.: os percentuais desprezaram o total de ignorados – não há informação sobre a variável – colocados entre parênteses na tabela..

Os critérios sociais apresentam pequenas diferenças percentuais entre os dois grupos. Observa-se apenas o fato de os RNRs do NADEQ nascerem mais de cesárea e permanecerem internados do que os do ADEQ.

Quanto ao bairro de residência, as crianças de ambos os grupos distribuíram-se, predominantemente, pela Zona Noroeste da cidade, área de risco para a mortalidade infantil (Anexo 15).

4.2. ACOMPANHAMENTO DOS RNRs

As informações desta parte do trabalho foram colhidas da ficha controle de cada RNR estudado.

4.2.1. ALEITAMENTO MATERNO

A partir da análise da frequência de algumas variáveis nos dois grupos, observam-se algumas semelhanças (reforçadas pelo RR não significante) como, por exemplo:

- AME ATÉ 03 MESES – ADEQ = 10,5% dos RNRs
NADEQ = 7,9% dos RNRs

($\chi^2 = 0,89$ - p value = 0,346323)

- AME ATÉ 06 MESES – ADEQ = 11,3% dos RNRs
NADEQ = 9,1% dos RNRs

($\chi^2 = 0,57$ - p value = 0,451600)

4.2.2. CRITÉRIOS DE ADEQUAÇÃO

Considerando-se isoladamente os critérios para ‘adequação’ observou-se no NADEQ:

- 28,2% dos RNRs chegam com até 10 dias na primeira consulta (ou recebem VD)
- Metade dos RNRs (49,2%) tem de 07 a 40 atendimentos (35,1% tem 10 ou mais atendimentos)

- 62,7% deles receberam de 01 a 10 VDs.

Quanto à idade, na última consulta, verificou-se no NADEQ 55,6% dos RNRs sendo acompanhados de 06 meses até 01 ano e meio.

Já no ADEQ, 18,5% dos RNRs teve alta antes dos 06 meses, embora tivesse o número de consultas considerado adequado – aqui cabe ressaltar que, se utilizado critério de 10 ou mais consultas (proposta original do PRNR) apenas 62,9% dos RNRs permaneceram nesse grupo (ADEQ).

Além disso, somente metade dos RNRs do ADEQ que permaneceram internados ao nascer foram acompanhados até 01 ano (conforme preconizado pelo PRNR), No NADEQ, foram 28%.

Partiu-se então para avaliação dos dois grupos juntos (total da amostra acompanhada = G.A.), verificando-se que:

- Apenas 38,4% dos RNRs recebem o primeiro atendimento com até 10 dias de vida
- 41,8% deles têm menos de 07 consultas e 60,6% tem menos de 10 consultas
- 28,4% deles não receberam nenhuma VD
- Apenas 28% dos RNRs internados ao nascer foram acompanhado até 01 ano.

4.2.3 AVALIAÇÃO DO RNR NA SITUAÇÃO DE ALTA DO PROGRAMA

A condição 'doentes' pode aparecer associada e a condição 'outros' presente na ficha controle é exemplificada abaixo da tabela:

QUADRO Nº 4 - CONDIÇÕES DO RNR NA ALTA

Condições de Alta	% ADEQ	% NADEQ	% G.A.
Eutróficos	61,3	46,6	49,5
Baixo Peso	13,7	7,3	8,5
Doentes	38,7	23,4	26,4
Mudança Endereço	11,3	19,4	17,7
Endereço Errado	2,4	11,1	9,4
Convênio-Particular	4,8	14,5	12,6
TOTAL RNRs	124	496	675

‘OUTROS’:

∴ ADEQ:

- 1 caso de mãe HIV + resistente ao acompanhamento, faltosa.
- 1 caso de mãe drogadicta, freqüentando serviço de saúde mental.

NADEQ:

- 8 RNRs (1,6%) foram adotados – 4 RNRs estavam sob Conselho Tutelar
- 02 tem pais drogadictos
- 01 morte materna
- 03 endereços incompletos

De 30 a 50% dos RNRs que tiveram alta doentes ou com baixo peso já haviam nascido com baixo peso.

A dificuldade do acompanhamento dos RNRs, inclusive no ADEQ, aparece no quadro acima (mobilidade das famílias, que mudam de endereço ou usam outros serviços). Há perda de mais de um terço das crianças – já em 1993, 38,3% escapavam ao sistema (relatório PRNR).

Percebe-se também que, mesmo com maioria eutrófica, o ADEQ tem muitos doentes e o dobro de baixo peso em relação ao NADEQ, na alta do Programa do Recém-Nascido de Risco.

Enquanto o município exibe frequência média de 36% de bebês em AME aos 6 meses (vide QUADRO 2), os RNRs, pela sua própria condição de risco, apresentam frequência de 9% aos 6 meses e 8,1% aos 3 meses (RNRs do G.A., incluindo o grupo EXCLUÍDOS).

4.3. CONDIÇÕES DE HOSPITALIZAÇÃO DOS RNRs

Os dados referentes às internações dos RNRs foram colhidos da ficha do PRNR. Observe-se que o Programa capta informação dos casos ocorridos nos hospitais que atendem SUS no município, utilizados pela grande maioria, talvez quase a totalidade dos RNRs acompanhados. Deve-se considerar a falta de cobertura nos hospitais particulares e em outros municípios vizinhos de Santos, não se podendo garantir totalmente a não-internação dos casos aqui descritos

TABELA 4 – SEGUNDO O TIPO DE ASSISTÊNCIA

<u>INTERNAÇÃO PÓS ALTA MATERNIDADE</u>			
	+	-	TOTAL
NADEQ (+)	52	444	496
ADEQ (-)	18	106	124
Total	70	550	620

RR= 0,72 (0,44<RR<1,19)

Obs.: excluídas 55 crianças que internaram ao nascer e chegaram na Policlínica para acompanhamento após 10 dias de vida por esse motivo (08 delas internaram após a alta maternidade).

O RR da exposição dos RNRs ao acompanhamento considerado Adequado em relação ao Não-adequado não foi significativa: **0,72 (0,44<RR<1,19)** para a internação no primeiro ano de vida.

Dessa forma, testaram-se todos os RNRs acompanhados – G.A. – em relação ao G.N.A., obtendo-se **RR=0,67(0,46<RR<0,98)**, levantando-se a hipótese de que os fatores psicossociais protegeram as crianças do G.N.A. de serem internadas no primeiro ano de vida (melhores condições do que as do G.A. – vide Tabela 2).

TABELA 5 – SEGUNDO O ACOMPANHAMENTO

INTERNAÇÃO PÓS ALTA MATERNIDADE			
	+	-	TOTAL
G.A.(+)	37	496	533
G.A. (-)	70	605	675
Total	107	1101	1208

RR = 0,67 (0,46 < RR < 0,98)

Porém, os RNRs do G.N.A. que foram internados após a alta da maternidade tiveram seu risco psicossocial aumentado em relação aos do G.A. – que receberam acompanhamento, principalmente se ele foi adequado (ADEQ), conforme quadro a seguir

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DOS RNRS ACOMPANHADOS E NÃO ACOMPANHADOS SEGUNDO SUAS CARACTERÍSTICAS NA INTERNAÇÃO PÓS-ALTA DA MATERNIDADE

CONDIÇÕES	% G.A.	% G.N.A.	Chi²	p value
Irmão menor 2 anos	18,6	9,1 (15 ign)	(Yates = 0,73)	0,392947
Desnutrido	16,4 (15 ign)	33,3 (16 ign)	(Yates = 2,11)	0,146689
Internação anterior	23,3	45,5 (15 ign)	4,22	0,040043 •
Família ausente	14,1	31,3 (5 ign)	4,01	0,045248 •
Desmame	46,6	57,7 (11 ign)	0,84	0,358268
Mãe sai (trabalha)	31,9	38,1 (16 ign)	0,32	0,568689
Mãe analfabeta	11,1	8,7 (14 ign)	(Yates = 0,01)	0,832891
Mãe sem companheiro	37,5	34,8 (14 ign)	0,04	0,838421
Respons. desempregado	26,8	27,3 (15 ign)	0,00	0,990470
Óbito de irmão	16,7	18,2 (15 ign)	(Yates = 0,03)	0,857015
Total de Crianças	70	37		

• (p < 0,05)

Obs.: os percentuais desprezaram o total de ignorados – não há informação sobre a variável – colocados entre parênteses na tabela.

TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DOS RNRS COM ASSISTÊNCIA ADEQUADA E NÃO ADEQUADA SEGUNDO SUAS CARACTERÍSTICAS NA INTERNAÇÃO PÓS-ALTA DA MATERNIDADE

CONDIÇÕES	% ADEQ	% NADEQ	Chi²	p value
Irmão menor 2 anos	20,0 (3 ign)	20,8 (4 ign)	(Yates = 0,05)	0,814835
Desnutrido	7,7 (5 ign)	18,9 (15 ign)	(Yates = 0,50)	0,478141
Internação anterior	26,7 (3 ign)	18,0 (2 ign)	(Yates = 0,29)	0,589154
Desmame	53,3 (3 ign)	48,0 (2 ign)	0,13	0,717074
Mãe sai (trabalha)	13,3 (3 ign)	36,7 (3 ign)	(Yates = 2,41)	0,120771
Mãe sem companheiro.	40,0 (3 ign)	40,8 (3 ign)	0,00	0,955081
Respons.desempregado.	35,7 (4 ign)	28,6 (3 ign)	(Yates = 0,14)	0,709521
Óbito de irmão	6,7 (3 ign)	20,4 (3 ign)	(Yates = 1,01)	0,315278
Total de Crianças	18	52		

• (p < 0,05)

Obs.: os percentuais desprezaram o total de ignorados – não há informação sobre a variável – colocados entre parênteses na tabela..

Passamos então à análise da mortalidade, visto que “a mortalidade reflete a morbidade e é medida mais objetiva para avaliação. A morbidade ambulatorial depende da noção de saúde e doença, da demanda e de condições de acesso. A morbidade hospitalar, além do acesso, sujeita-se a critérios técnicos e subjetivos de cada escola médica.” (RUMEL, 1989).

Cabe acrescentar aqui que também o fato dos RNRs do ADEQ receberem vigilância adequada talvez aumente o número de internações – a atenção é constante e prioritária, e o encaminhamento imediato – o que não acontece no NADEQ. Daí que, ou as intercorrências dos RNRs do NADEQ resolveram-se dispensando hospitalização, ou resultaram em óbito, como é descrito a seguir.

4.4. ANÁLISE DA MORTALIDADE INFANTIL SEGUNDO ASSISTÊNCIA PRESTADA

Os dados foram colhidos nas declarações de óbitos, VDs e fichas do PRNR. A avaliação ADEQ/NADEQ segue critérios do presente trabalho. Foi considerado inevitável todo caso de malformação congênita que tenha recebido os cuidados necessários e evitável aqueles que demandavam ações preventivas não realizadas.

Ocorreram 13 óbitos de RNRs da coorte (Anexo 16):

- 8 (61,5 %) com assistência adequada, porém apenas 2 considerados evitáveis, sendo um por assistência pré-natal, fora do alcance do PRNR.
- 4 (30,8%) com assistência inadequada (2 evitáveis, 1 inconclusivo e 1 inevitável)
- 1 (7,7%) convênio/inevitável

Todos os RNRs da coorte foram acompanhados (um por convênio). Os casos evitáveis por acompanhamento adequado mostraram problemas psicossociais graves – dois deles, mesmo obedecendo às condições de assistência preconizadas pelo RNR, foram a óbito. Um destes apontou falhas já no pré-natal (toxoplasmose congênita). Além disso, há queixas sobre a assistência hospitalar e o Conselho Tutelar. Seria necessário período maior de estudo para evidenciar o peso da assistência inadequada na mortalidade infantil tardia por causas evitáveis.

5. DISCUSSÃO

Para melhor localizar a coorte em estudo, optou-se por descrever também alguns critérios de risco e sua evolução de 1998 a 2000, segundo informações do banco de dados do PRNR:

- ◆ Critérios que aumentaram a incidência nos últimos 3 anos:
 1. Chefe desempregado: aumentou de 14,5% em 1998 para 21,9% em 2000 (1294 casos)
 2. Mãe sem companheiro: aumentou de 11,3% para 15,5% (915 mães em 2000)
 3. Permaneceu internado ao nascer: aumentou de 6,7% para 7,8% (462 bebês em 2000).

- ◆ Critérios estáveis nos últimos 3 anos:
 1. Baixo peso: 474 bebês 8,0% (em 1998 era 9,4%)
 2. Irmão menor de 2 anos: 7,0% (412 bebês em 2000)

- ◆ Maiores % de risco – bairros:
 1. Paquetá – 42,2% (27 RNRs)
 2. Centro – 40,5% (30 RNRs)
 3. V. Nova – 34% (51 RNRs)
 4. R. Clube – 31,3% (121 RNRs) nasceram 387

- ◆ Os bairros (Região Orla) com mais nascidos depois do R.Clube, tem menor risco:
 1. Embaré – 385 nascidos, 17,9% de risco (69 RNRs)
 2. Aparecida – 383 nascidos, 16,2% de risco (62 RNRs)
 3. Ponta da Praia – 332 nascidos, 13% de risco (43 RNRs).

Percebe-se tendência de aumento dos critérios psicossociais e de morbidade ao nascer na inclusão pela maternidade. Tal fato sugere o desenvolvimento de ações mais eficazes no planejamento familiar, pré-natal e assistência ao parto, além de outras que considerem o atendimento de uma mãe que agora tem um bebê, mas não tem companheiro nem dinheiro para assegurar o sucesso do seu desenvolvimento biopsicossocial.

Ao se verificar a situação do AME, pensou-se que tem sido uma resposta apropriadora encontrada, com a ajuda de técnicos treinados, por estas mães – elas têm o alimento que seu bebê precisa dentro delas mesmas. São seis meses de um caminho de valorização pessoal e saúde infantil que necessita continuidade para se evitar a desnutrição e a mortalidade posteriores – o PRNR controla até, no máximo, um ano de idade (VANCONCELOS, 1996).

Se pensar em quantidade de crianças, não seria difícil tomar medidas mais pontuais, de impacto direto, sobre os RNRs da região Central (% de maior risco), já que eles são poucos, mesmo que com muitos e grandes problemas.

Esta era a idéia descrita no histórico (pg. 17) que precisaria ser retomada. Da mesma forma, o bairro Rádio Clube (Zona Noroeste) tem o maior número de nascidos da cidade e grande percentual de risco. É óbvia a necessidade de investimento especial nas Policlínicas e equipamentos de saúde desta região para garantir qualidade de atendimento.

Quanto a hospitalização dos RNRs do presente estudo, comparando-se os dois grupos – ADEQ e NADEQ – não se constatou risco para internação no primeiro ano de vida no acompanhamento fora do preconizado pelo PRNR devido, ao que parece, a presença de critérios ao nascer importantes para esse fim (baixo peso, permaneceu internado, irmão menor de 2 anos – TERUYA, 2000) com peso semelhante nos dois grupos.

Já quando se analisa o acompanhamento global destes RNRs, percebe-se que há diferenças nas variáveis psicossociais ao nascer, em relação ao GNA. Estes RNRs do G.A internaram menos do que os primeiros (RR aponta proteção, aparentemente por melhores

condições socioeconômicas) e nenhum foi a óbito após alta da maternidade no primeiro ano de vida.

No ano de 1997, o PRNR encontrou 2,5 vezes mais chances do RNR ser hospitalizado do que o RNN (Anexo 17).

Analisou-se o RR por Departamento de Saúde em 1997, a fim de detectar diferenças regionais, porém os intervalos de confiança foram insuficientes para qualquer afirmação.

Foram encontrados problemas na avaliação do risco para hospitalização entre os RNRs, mas este risco é claro quando em comparação com os RNN.

Avaliando-se o PRNR quanto ao acompanhamento, foram verificados 38,4% de RNRs chegando até o décimo dia de vida na primeira consulta (média de idade de 21,8 dias). SILVEIRA (1995) encontrou 35,1% pesquisando as altas dos RNRs no primeiro semestre de 1994, com média de idade de 20,9 dias no primeiro atendimento. Em 1992, a média era de 6 dias (VASCONCELOS, 1996). Observou-se que, além das dificuldades implícitas na vinculação do RNR, eventualmente ocorrem atrasos no envio e recebimento das fichas do Programa por problemas administrativos (xerox e malote), nem sempre contornáveis pela equipe do PRNR.

Em 1992, mais da metade dos RNRs teve menos que 7 atendimentos – média de 8.5 (VASCONCELOS, 1996). Em 1994, a média foi de 7.2 consultas (SILVEIRA, 1995) e no presente trabalho foram verificados 41,8% dos RNRs nesta situação (média de 8 consultas/RNR).

Foi constatada mudança de endereço ou endereço errado em 27,1% dos RNRs - em 1992 encontraram-se 21%(VASCONCELOS, 1996) e em 1994, 31,3% (SILVEIRA, 1995).

Saíram do Programa 49,5% de RNRs eutróficos e 8,5% com baixo peso. Em 1994 encontraram-se 67,5% e 2.6% respectivamente (SILVEIRA, 1995), e em 1992, 60% e 13% (VASCONCELOS, 1996), com a observação que nem sempre este dado foi devidamente registrado na ficha-controle. A importância do registro das atividades precisa ser reforçada entre os técnicos – a riqueza do relato oral das VDs de óbito, por exemplo, nas discussões coordenadas pelo PRNR, perde-se quando se depara com a informação escrita. Infelizmente, fica a suposição que muito do que pode influenciar na recuperação de uma criança nascida ‘de risco’ está por ser

melhor investigado, com observação direta da relação profissional de saúde/paciente/família, visto que há falhas no registro de variáveis que poderiam ser importantes.

Analisando a mortalidade infantil em Santos, calculamos o CMI acumulado constatando real diminuição de 1996 a 2000 (de 22,9 para 18,5 – Anexo 18).

Comparou-se então, a situação do CMI de Santos em relação a outros municípios da Baixada Santista, evidenciando-se sua melhor situação principalmente em 2000 (Anexo 19).

Neste ano, o CMI da Baixada Santista foi de 22,19 (Fundação SEADE). Cubatão e São Vicente não alcançaram a meta de redução 1995-2000 (obs.2). Os maiores CMIs em 1995 apresentaram maior redução (39 a 42%).

Santos, mesmo com o menor CMI da Baixada Santista em 1995, conseguiu reduzir 39% e foi o único abaixo da meta de 20% da OMS para países em desenvolvimento.

Conforme observado no gráfico 2 (p.4), a mortalidade tardia, objeto do presente estudo – é invadida pelas causas neonatais. Então, os dados divulgados em 1998 pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Neonatal foram anexados e, a título de atualização, foram calculados os coeficientes neonatais por hospital, de 1996 a 2000. (Anexos 20, 21 e 22).

Parece claro que os esforços para diminuição deste componente da mortalidade devem unir serviços públicos e conveniados – a gestante (e seu bebê) com melhores condições sociais não está em posição mais vantajosa do que a gestante pobre. Até, pelo contrário, está mais exposta aos riscos de cesárea, cujos índices são alarmantes nos hospitais particulares (relatórios PRNR e MS).

Analisou-se a mortalidade infantil tardia no período de 1996-2000, onde se insere o presente estudo, quanto à avaliação dos RNs (Risco, Normal e Não Avaliado) e seu acompanhamento (Anexo 23). A baixa média de consultas RNR pode estar refletindo o grande número de casos sociais graves aos quais o PRNR não conseguiu acompanhar adequadamente.

Calculou-se então, a sensibilidade, a especificidade e valores preditivos positivo e negativo (Anexos 24 e 25). A média da sensibilidade do PRNR nestes 5 anos é baixa (55,8%) e, conseqüentemente, seu VP+. Porém, deve-se considerar as observações do quadro anterior: malformações de detecção tardia, impossibilidade de avaliar RNs nas maternidades de outros municípios e casos sociais graves. Seria então necessário isolar no cálculo as inclusões no PRNR

por unidade ou internação (formas de captação posterior ao nascimento), já que de alguma forma foi percebida sua chance de morrer no primeiro ano de vida. Logicamente a demora nessa captação prejudicou as ações preventivas.

Seria aconselhável também o estudo dos óbitos RNN 1996/1999, verificando a existência de falhas no PRNR (unidades) e incluí-los.

Foram lembrados, mais uma vez, que os casos sociais têm grande peso na mortalidade acima descrita, tanto nos RNRs como nos RNN e RNAVs, sendo necessárias intervenções mais direcionadas, integrando outros serviços e, de fato, priorizando essas crianças.

Conclui-se pela necessidade de desenvolvimento de Programas específicos para as principais causas de hospitalização nessa faixa etária (pós-natal: principalmente DRI – relatórios PRNR) e apoio psicossocial na equipe das Policlínicas (atualmente médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem), estes últimos também responsáveis por outros programas de saúde.

Na avaliação do Programa de Assistência à Criança – 1997/80 em São Paulo, TANAKA (1982) utilizou auditoria de prontuários e observação direta, concluindo que intervenção eficaz se realiza com decisão política. É também a ela que está sujeita a duração da efetividade do PRNR.

O PRNR nasceu como prioridade política de saúde e parece ainda reclamar este tipo de atenção – sobrevive há dez anos, enfrentando a piora das condições socioeconômicas das crianças sob sua vigilância, aumentando a captação na maternidade, porém mostrando dificuldades em elevar seu padrão de qualidade na assistência (a adequação às condições preconizadas atinge aproximadamente apenas a metade dos RNRs acompanhados).

6. CONCLUSÃO

O risco relativo dos RNRs não expostos às atividades do Programa (NADEQ) internarem mais do os do ADEQ não foi significativo. Os dois subgrupos (ADEQ\NADEQ) mostraram semelhanças quanto aos critérios sociais ao nascer, inclusive bairro de residência e quanto à frequência de baixo peso.

As crianças do NADEQ foram internadas mais ao nascer (31,6%) do que do ADEQ (19,4%) e nasceram de cesárea (41,3% contra 24,2% no ADEQ). A frequência de AME até 3 meses (7,9%) e até 6 meses (9,1%) foram menores do que no ADEQ (10,5% e 11,3%, respectivamente).

Observou-se que, mesmo tendo o acompanhamento considerado inadequado, quase um terço dos RNRs do NADEQ satisfizes a primeira condição, 62,7% a segunda e metade deles a terceira.

Por outro lado, interrupções no acompanhamento ADEQ foram encontradas: 18,5% têm alta antes dos 6 meses e só metade dos que internaram ao nascer foram seguidos até 1 ano.

A análise global dos RNRs que tiveram algum tipo de vigilância - G.A. - em relação aos sem acompanhamento - G.N.A. - mostrou que critérios psicossociais como 'chefe de família desempregado' pesaram mais no G.A. (41,9%) do que no G.N.A. (23,9%), onde, por sua vez, predominam os RNRs nascidos nos bairros da Orla, com melhores condições socioeconômicas.

O cálculo do RR para internação no primeiro ano de vida entre os 2 grupos apontou proteção para as crianças do G.N.A.

O perfil do acompanhamento dos RNRs (G.A.) mostra que 61,6% deles chegam após o décimo dia de vida na primeira consulta, quase metade (41,8%) comparece a menos de 7 consultas e quase 1/3 - um terço deles (28,4%) nunca recebeu uma VD e caso tenham sido internados ao nascer, 72% interrompeu o acompanhamento antes de um ano.

As condições sociais mais favoráveis parecem pesar na proteção exibida pelo G.N.A. no risco para hospitalização. Porém, nos casos onde os RNRs desse grupo foram internados apareceram diferenças como: maior frequência de desnutridos, familiares ausentes, hospitalização anterior e desmame em relação ao G.A. Em ambos aparece % semelhante de: mãe sem companheiro e responsável desempregado, o que sugere que quando as condições sociais favoráveis implícitas no G.N.A. se modificam eles acabam sendo internados em pior situação talvez pela falta de vigilância. Reforçam essa idéia a maior frequência na hospitalização de desnutridos, história de óbito de irmão e a situação de mãe que tem que sair de casa (trabalha fora) no grupo NADEQ do que no ADEQ.

Quanto aos óbitos, todos os RNRs da amostra foram acompanhados (um por convênio). Seria necessária amostra maior para evidenciar o peso da assistência inadequada na mortalidade infantil tardia por causas evitáveis.

A análise do perfil de nascimentos e mortalidade infantil nos últimos anos em Santos evidenciou a piora das condições psicossociais, o risco associado a essa situação, que chega a 2,5 mais chances do RNR internar no primeiro ano de vida do que o RNN e o esforço do PRNR em revertê-lo.

Santos exibe melhores indicadores em relação aos outros municípios da Baixada Santista com CMI em tendência de diminuição, abaixo do preconizado pelo OMS para países em desenvolvimento.

Surgem então os desafios:

- 1) Intervir na mortalidade neonatal, que invade o componente tardio pelas respostas tecnológicas à questão (UTIS e surfactantes) e continua reclamando vigilância à

2) Lidar com ‘o risco-do-risco’, reforçando as equipes com profissionais da área das Ciências Humanas, seja no atendimento direto ao grupo selecionado para vigilância, seja no treinamento àqueles que lidam diretamente com essas mães e bebês, famílias carentes, não só ‘pacientes’, que exigem cada vez mais atenção especial (e geram tantas angústias para respondê-los).

3) Finalmente, manter a efetividade do PRNR (a média da sensibilidade nos últimos 5 anos foi baixa – 55,8%), corrigindo as falhas apontadas nesta e em outras avaliações anteriores, oferecendo qualidade de atendimento/vigilância superiores, em muitos casos, ao que parte cada vez menor da população dispõe em convênios ou mesmo em serviços particulares.

SUMMARY: Analysis of the assistance provided by the Surveillance Program for children born at risk (PRNR) and its relation with hospital admissions and post neonatal mortality in Santos/SP

The objective of this study was to analyze the impact of the assistance provided by the Surveillance Program for children born at risk (PRNR) on hospital admissions and mortality of children under one year of age in Santos/SP. A historic retrospective cohort of children exposed and non-exposed to the program was studied from the 1st of July 1997 to the 30th of June 1998. From 6554 babies born in this period, 1208 were classified as at risk (RNRs). They were then divided in two groups: G.A. (followed by the PRNR = 675) and G.N.A. (not followed by the PRNR = 553). The follow-up was designed to control for variables presumed to be confounders, like birth-weight, hospital of birth, neighborhood of residence, and breastfeeding, besides other mother's psychosocial variables. The RNRs of G.A. groups were then classified in two categories according to the assistance received. Adequate Assistance (ADEQ) was considered for those newborns who met three main conditions: _ first medical appointment and monitoring activity within 10 days after birth, having received a home visit (VD), and, at least 7 medical consultations during the follow-up period. Non-Adequate Assistance (NADEQ) was assigned to those who did not meet the full ADEQ criteria. There were 712 babies in the first group and 496 in the second. The relative risk for hospital admission considering babies not exposed to the program (NADEQ) and those exposed (ADEQ) was not statistically significant.

The GNA and GA groups were different considering social variables. This last group had higher frequency of unemployment among parents or family's responsible person and most of them were living in the neighborhood characterized as the poorest in

the city. The relative risk for hospital admission in the first year of life pointed out to protection towards children of the G.N.A. The follow-up profile of the RNRs (G.A.) showed that 61,6% of them arrived after ten days at the 1st appointment, almost half (41,8%) attended less than seven pediatric consultations; almost a third of them (28,4%) never received a VD. Despite the assistance provided by the PRNR 13 deaths were acknowledged among RNRs in the study cohort. Further studies would be necessary to better clarify the characteristics of health care that should be offered, under such social conditions of the high-risk newborn in their first year of life.

Keywords: epidemiologic surveillance; cohort studies; epidemiologic studies; analysis of job performance; health care evaluation mechanisms; infant, low birth weight.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYRES, J. R. de C.M. - **Sobre o risco. Para compreender a Epidemiologia.** São Paulo, Hucitec, 1997.
- BACKETT, E.M.; DAVIES, A. M.; PETROS-BARVAZIAN, A. - **O enfoque de risco na assistência à saúde.** OPAS, OMS, 1985.
- BARROS, F.C. & VICTORIA, C. G. - **Epidemiologia da saúde Infantil: um manual para diagnósticos comunitários.** São Paulo, Hucitec, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. - **A monitorização da Saúde da Criança em Situação de Risco e o Município.** Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. - **A Mortalidade Perinatal e Neonatal no Brasil.** Brasília, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. - **Assistência Integral à Saúde da Criança: ações básicas.** Brasília, 1985 (Série B: textos básicos de saúde).
- CESAR, C.L.G. - **Fatores de risco associados à mortalidade infantil em Cotia e Vargem Grande Paulista. São Paulo:1984-1985 – uma proposta de instrumentos preditivos.** São Paulo. [Tese de doutorado – Universidade de São Paulo].
- FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W., WAGNER, E.H. - **Epidemiologia Clínica.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.
- LAURENTI, R. et al. - **Estatísticas de Saúde.** São Paulo, EPU, 1987.

- MATOS, M.P.S. & SILVA, P.S.L. - **Mortalidade Infantil (relatório)**. Santos, Prefeitura Municipal, 1989-1991.
- MATOS, M.P.S.A. - **O uso do enfoque de risco no Programa de Redução da Mortalidade Infantil em Santos, 1989-1998**. São Paulo, 2001. [Dissertação de mestrado – Universidade de São Paulo].
- MINAYO, M.C.S. & DESLANDES S.F. - **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Rio de Janeiro, Vozes, 1994.
- MONTEIRO, C.A. - **Saúde e Nutrição das crianças de São Paulo**. São Paulo, Hucitec, 1988.
- ROUQUAYROL, M.Z. - **Epidemiologia e Saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro, MEDSI, 1994.
- RUMEL, D.A. - **Acurácia dos critérios de risco do Programa de Defesa da Vida dos Lactentes do município de Bauru entre 1986 e 1988**. São Paulo, 1989 [Tese de doutorado - Universidade de São Paulo].
- SCHRAIBER, L.B. & MENDES-GONÇALVES, R.B. - **Necessidades de Saúde e Atenção Primária**. In SCHRAIBER, L.B. & NEMES, M.I.B. (org.). - **Saúde do Adulto Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo, HUCITEC, 1990.
- SCHRAIBER, L.B. (org.). - **Programação em Saúde hoje**. São Paulo, HUCITEC, 1990.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS. Seção de Vigilância Epidemiológica. - **Relatórios de Mortalidade Infantil e do Programa do Recém-Nascido de Risco**. Santos, 1991-2000.
- SILVEIRA, L.T. - **A prática da vigilância à Saúde em Santos: o Programa do Recém-Nascido de Risco**. São Paulo, 1995. [Dissertação de mestrado - Universidade de São Paulo].
- TANAKA, O.Y. - **Avaliação do Programa de Assistência à Criança da Secretaria da Saúde de São Paulo**. São Paulo, 1982. p.77 a 80. [Dissertação de mestrado - Universidade de São Paulo].

- TERUYA, K.M. - **Classificação de Risco em Recém-Nascido como preditor de mortalidade e internação no 1º ano de vida em crianças nascidas no município de Santos.** São Paulo, 2000. [Tese de doutorado em medicina – Universidade de São Paulo].
- UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância - **Situação Mundial da Infância.** 2000 e 2001.
- VASCONCELOS, A.C.C.P. - **Situação de Saúde e Nutrição das crianças do Programa de Vigilância do Recém-Nascido de Risco no município de Santos/SP.** São Paulo, 1996. [Dissertação de mestrado - Universidade de São Paulo].
- VENÂNCIO, S. et alii. - Projeto de Pesquisa **A utilização da DNV do SINASC como instrumento auxiliar em seleção de crianças do Programa do Recém-Nascido de Risco da SEHIG – Santos.** AMDA – International, Japanese Chapter, 1997.
- VICTORA, C.G.; BARROS, F.C.; VAUGHAN, J.P. - **Epidemiologia da desigualdade: um estudo longitudinal de 6000 crianças brasileiras.** São Paulo, HUCITEC, 1988.

9. ANEXOS

- 1) Distribuição Percentual e Coeficiente da Mortalidade por idade dos óbitos de menores de 1 ano, Brasil 1990-1996.
- 2) Mortalidade Infantil por Regiões – Brasil 1980-1990-1996.
- 3) Taxa de Mortalidade Infantil neonatal e pós-natal – Brasil 1990-1996.
- 4) Ficha de critérios de risco ao nascer.
- 5) Horário dos G.A.M.S.
- 6) Cartão de agendamento.
- 7) Ficha-controle do RNR.
- 8) Ficha de Internação do RNR.
- 9) Ficha de inclusão do lactente.
- 10) Quadro descritivo de óbitos neonatais.
- 11) Quadro descritivo de óbitos pós-natais.
- 12) Ficha de VD de óbito.
- 13) Ficha de VD pré-natal.
- 14) Distribuição percentual dos RNRs, segundo acompanhamento e bairro de residência.
- 15) Distribuição percentual dos RNRs, segundo tipo de assistência e bairro de residência.

- 16) Descrição dos óbitos pós-neonatal (29d a 1ano) de RNRs nascidos de 01/07/97 a 30/06/98 residentes em Santos/SP.
- 17) Internação de RNRs e RNNs em 1997.
- 18) Coeficiente da Mortalidade Infantil (C.M.I.) acumulado – 1996/2000.
- 19) Coeficiente da Mortalidade Infantil (C.M.I.) em municípios da Baixada Santista.
- 20) Comitê de Prevenção da Mortalidade Neonatal de Santos.
- 21) Mortalidade Neonatal – Santos – 1998.
- 22) Coeficiente de Mortalidade Neonatal por Hospital em Santos – 1996 a 2000 - por hospital.
- 23) Mortalidade Infantil Tardia (29d – 1ano) Santos – 1996 a 2000.
- 24) Cálculos da sensibilidade, especificidade e valores preditivos (+ e -) – 1996/2000.
- 25) Sensibilidade e Especificidade do PRNR – 1996 a 2000.

ANEXO 1

Distribuição Percentual e Coeficiente da Mortalidade por idade dos óbitos de menores de 1 ano, Brasil 1990-1996

Anos	< 1 dia a 6 dias			7 - 27 dias			28 d - <1 ano			Total *
	Nº	%	CMI	Nº	%	CMI	Nº	%	CMI	
1990	35.876	37.5	17.9	11.017	11.5	5.5	48.583	50.8	24.3	95.476
1991	34.904	40.5	18.3	10.108	11.8	5.3	40.431	47.3	21.3	85.443
1992	33.474	39.7	17.0	9.213	10.9	4.7	41.639	49.3	21.2	84.326
1993	34.040	38.8	15.9	9.781	11.1	4.5	43.772	49.9	20.5	87.593
1994	35.683	41.1	16.2	9.728	11.2	4.4	41.286	47.6	18.8	86.697
1995	36.403	44.7	17.2	9.594	11.8	4.5	35.300	43.2	16.5	81.297
1996	35.046	46.9	17.6	8.984	12.0	4.5	30.678	41.1	15.4	74.711

* menos as mortes com idade ignorada

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)/CNEPI/FNS/MS

ANEXO 2

Mortalidade Infantil por Regiões Brasil 1980 - 1990 - 1996

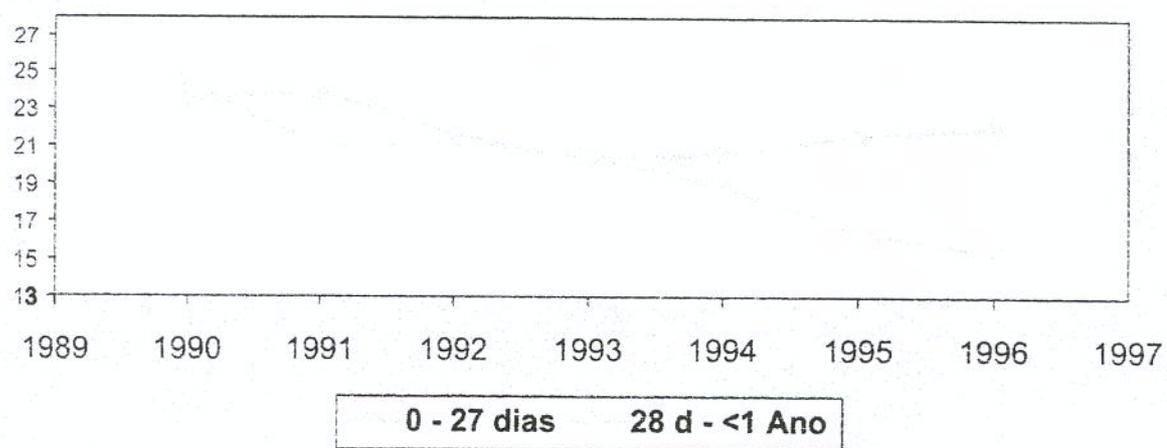
Regiões	1980	1990	1996	Varição 80-90	Varição 00-06
Brasil	85,6	47,8	37,5	- 44,1 %	- 21,5 %
Norte	83,6	42,6	36,1	- 56,5 %	- 19,5 %
Nordeste	120,5	74,3	60,4	- 38,3 %	- 19,1 %
Sudeste	61,0	31,2	25,9	- 48,8 %	- 6,9 %
Sul	55,5	27,6	23,9	- 58,1 %	- 17,0 %
Centro-Oeste	76,4	31,7	25,8	- 58,9 %	- 21,8 %

Coefficiente de mortalidade por 1000 nascidos vivos

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) - Cálculo de Felipe Nogueira (IBGE)

ANEXO 3

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL NEONATAL E PÓS-NATAL BRASIL 1990 - 1996



Fonte: Ministério da Saúde SM/FNS/COMIN

ANEXO 4 – Ficha de Critérios de Risco ao Nascer



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
Programa do RNR - SEVIEP/DEVAT
FICHA DE CRITÉRIOS DE RISCO DO RECÉM-NASCIDO

1 - HOSPITAL: _____ RNR Nº _____

2 - NOME DA MÃE: _____ 3 - IDADE: _____

4 - ENDEREÇO: _____

5 - BAIRRO: _____ 6 - REFERÊNCIA: _____ 7 - FONE: _____

8 - DATA DE NASCIMENTO: _____ 9 - TIPO DE PARTO: _____ 10 - SEXO 11 - APAGAR: 1' _____

HY: - _____

- Normal
 Cesarea
 Forceps
 Outros _____

- Masculino
 Feminino

5'

12 - FEZ PRÉ-NATAL?

- Não
 Sim

Nº Consultas _____ Início: _____

- 1º trimestre
 2º trimestre
 3º trimestre
 s/informação

Qual Serviço?

- Particular/Convênio
 Serviço Público: Policlínica _____
 Hospital _____
 Casa Gestante

VDRL: (-)
 (+)

AVALIAÇÃO	NORMAL	RISCO
CRITÉRIOS ISOLADOS		
13 - Peso ao nascer menor ou igual a 2.500g? _____ g _____ cm P.C. _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
14 - Malformação congênita?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
15 - Mãe HIV positivo? <input type="checkbox"/> sem informação	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
16 - Criança manifestamente indesejada?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
17 - A criança permaneceu internada? Motivo: _____ Dia da alta: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
CRITÉRIOS ASSOCIADOS		
18 - Prematuridade (gestação com 36 semanas ou menos _____ semanas.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
19 - Chefe de família desempregado?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
20 - Irmão menor de 2 anos?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
21 - Mãe sem companheiro?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

CONCLUSÃO: RISCO	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
-------------------------	------------------------------	------------------------------

Consulta marcada na Policlínica _____ no dia _____, às _____:

Observações importantes: _____

REGRAS: A) 1 (um) critério isolado ou 2 (dois) associados incluirá (ão) a criança no grupo

B) Os critérios isolados números 13 e 14 e o associados número 18 devem ser avaliados nos registro da criança.

MALOTE _____

SMS/0936

Nome do responsável _____

RELATÓRIO MEDICO

H.P.M.A.

RESULTADOS DE EXAMES:

TRATAMENTO:

EVOLUÇÃO:

DIAGNÓSTICOS:

CONDIÇÕES DE ALTA/RECOMENDAÇÕES:

DATA: ___/___/___ NOME (CRM): _____

MALOTE _____

ANEXO 5 – Horários dos GAMS

Horários dos GAMS / 1ª. Consulta

Unidade	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
<i>Jabaquara</i>				14:00	
<i>José Menino</i>					10:30
<i>Marapé</i>	07:00	13:00	07:00	07:00	13:00
<i>Nova Cintra</i>			12:30		12:00
<i>Ponta da Praia</i>			07:00/13:00		
<i>Rádio Clube</i>		09:00			07:00
<i>São Bento</i>			13:00		
<i>São Jorge</i>	07:00		07:00		07:00
<i>São Manoel</i>	07:00/17:00	07:00/13:00	07:00/13:00	07:00/13:00	07:00/13:00
<i>Vila Mathias</i>				08:00	12:00
<i>Valongo</i>				14:00	08:00
<i>Alemoa</i>			14:00	08:00	
<i>Aparecida</i>			09:00/14:00		
<i>Bom Retiro</i>		08:00			
<i>C.S.A.Branca</i>			07:00/13:00/ 15:00		
<i>C.S.M.Fontes</i>	08:00	13:00	13:00	08:00	08:00
<i>Campo Grande</i>		07:00/11:00		07:00	
<i>Centro Velho</i>				12:30	
<i>Conselheiro Nébias</i>		13:00	08:00		
<i>Embaré</i>			07:00/13:00		
<i>Gonzaga</i>		08:00		08:00	08:00

ANEXO 6 – Cartão de Agendamento

Peso ao nascer: _____ quilos
 Comprimento: _____ centímetros
 Apgar: _____
 Tipo de Parto: _____

Programa do Recém-Nascido

SMS
 Secretaria
 Municipal
 de Saúde
 SMS 936


SANTOS
 Prefeitura Municipal
 Trabalhando com você.

Mamãe,

Seu bebê tem consulta marcada no(a) _____

 no dia _____ de _____
 às _____ horas.

Endereço: _____

 Telefone: _____

Compareça e leve este cartão!

ANEXO 7 – Ficha Controle do RNR



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DO CENTRO DE CONTROLE DE DOENÇAS
SEÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA

PROGRAMA DE VIGILÂNCIA DE CRIANÇAS DE RISCO MENORES DE 1 ANO

Ficha Controle Nº _____ Unidade _____ Nº do Prontuário _____ Data inclusão _____ / _____ / _____
Nome _____ Sexo _____ Data do Nascimento _____ / _____ / _____
Nome da mãe _____ Peso ao nascer _____ Comprimento _____ cm
Endereço _____ Bairro _____ Referência _____
Motivo da inclusão _____ Diagnóstico _____
Primeiro agendamento: _____

ALTA DO PROGRAMA

Data _____ / _____ / _____

Condições de alta:

- 1 ano de idade Eutrófica
- Baixo peso, incluindo no P.S.A.
- Doente

- Mudança de Endereço/Cidade/Estado

- Endereço errado

- Óbito em _____ / _____ / _____ Causa: _____

- Outros: _____

ANEXO 8 – Ficha de Internação do RNR



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE CONTROLE DE DOENÇAS
Programa de RNR - SEVIEP/DEVAT

SISTEMA DE VIGILÂNCIA HOSPITALAR DE MENORES DE 1 ANO.

FICHA NÚMERO _____

NOME _____ D.NASC. ____/____/____

NOME DA MÃE: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO _____

PONTO DE REFERÊNCIA _____ UNIDADE DE REFERÊNCIA _____

LOCAL DE NASCIMENTO _____ AVAL. NA MATERNIDADE: RISCO NORMAL NÃO AVAL.

H.Y. _____

TELEFONE: _____

HOSPITALIZAÇÃO

HOSPITAL _____ DATA INTERNAÇÃO ____/____/____ DATA ALTA ____/____/____

RISCO ATUAL

Familiares ausentes a maior parte do tempo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Mãe analfabeta	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Mãe sem companheiro	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Responsável desempregado	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Desmame precoce (antes dos 6 meses)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Internação anterior	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Dois irmãos menores de 4 anos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Óbitos de irmão menor de 5 anos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Mãe precisa sair de casa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Desnutrição	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Estado grave	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Observações:

Opinião da mãe sobre o atendimento na unidade de referência: _____

Os retornos são: Com data marcada Sem data marcada Não marca retorno

Observações da unidade de referência: _____

Informante:	Data/ Assinatura/ função:
-------------	---------------------------

MALOTE _____

H.P.M.A.

RESULTADOS DE EXAMES:

TRATAMENTO:

EVOLUÇÃO:

DIAGNÓSTICOS:

CONDIÇÕES DE ALTA/RECOMENDAÇÕES:

DATA: ___/___/___ NOME (CRM): _____

MALOTE _____

ANEXO 9 – Ficha de Inclusão do Lactente



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS - PMS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS
Seção de Vigilância Epidemiológica - SEVIEP/DEVAT
PROGRAMA DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO

FICHA DE INCLUSÃO PELA UNIDADE

RNR nº _____ HY: _____
POLICLÍNICA: _____ PRONTUÁRIO Nº: _____
NOME DA CRIANÇA: _____
NOME DA MÃE: _____
ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____
HOSPITAL: _____

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DURANTE A EVOLUÇÃO

A PRÓPRIA UNIDADE ELEGERÁ SEUS CRITÉRIOS:

EXEMPLOS:

1. Internação: ____ / ____ / ____ Diagnóstico: _____
Hospital: _____
2. Doença crônica:
3. História de morte de irmão menor de 5 anos.
4. Desemprego do chefe de família.
5. Criança manifestamente indesejada.
6. Criança com acompanhante insatisfatório em casa.
7. Curva de crescimento estacionada ou decrescente.
8. Desmame precoce (menos de 3 meses) associado a risco nutricional.
9. 2 ou mais irmãos menores de 4 anos.
10. Outros assinalar:

Observações:

Data: ____ / ____ / ____

_____ assinatura do responsável

ANEXO 10 – Quadro descritivo de óbitos neonatais

Distribuição de óbitos de 0 a 6 dias - 1998 - SANTOS - MORROS - 1

Idade do óbito	Idade da criança	Causa	Bairro	Idade da mãe	Local da ocorrência	Peso	Tipo de parto	Local de pré-natal	Nº de consultas	Informações da investigação
11/01/98 A. iliores Pi. matu.	3 d	Septicemia Prematuridade extrema parada cardio. resp.	Marapé	22	Santa Casa	1450	CESAREO	Poli. Marapé	02	Mora em barraco, fez somente 02 consultas de pré-natal porque foi convencido pelo companheiro. Achiava que estava bem e não precisava de pré-natal. Foi constatado aneuma verminosa. Amniorex prematura
11/02/98 A. iliores Pi. matu.	20 hs	Prematuridade extrema. D. membrana Hialina Insuf. resp. parada cardio. resp.	Valongo	?	H.S.F	1090	CESAREO	Pot Valongo (não fez)	03	Exames pré-natal OK. Amniorex prematura foi internada e feito corticoidoterapia + antibiocioterapia. Cesareana por apresentação cômica
11/02/98	1 d	Sind. do desconforto respiratório do RN. Amniorex prematura Prematuridade extrema	Marapé	35	Hosp. Ana Costa	820	NORMAL	Convênio/Part. (H.A. Costa)	08	Amniorex prematura por 22 hs teve 1 parto prematuro anteriormente
11/02/98	6 hs	Anoxia neonatal grave Prematuridade extrema. Parada cardio. resp.	José Menino	20	H.S. Fontes	1385	NORMAL	Poli. José Menino (não fez)	01	VDRL positiva e foi tratada ITU em janeiro de 98. Iniciou contrações após notícia de falecimento de familiar quando ficou muito estressada. Foi internada 5 dias antes do parto e o feto apresentou sinais de sofrimento intra útero.
21/02/98	3 d	Hemorragia pulmonar, CIVD, Choque Séptico, Prematuridade	Saboó	35	HGA	1880	NORMAL	Poli/Valongo	06	Entre a penúltima e última consulta de pré-natal, que teve intervalo de 2 meses, ganhou 16 quilos. Reside em barraco, chefe de família desempregado e renda baixa. Teve amniorex prematura e T. parto prematuro e m nasceu no leito.
21/03/98	4 d	Insuf. resp. aguda Prematuridade extrema	Jabaquara	42	Santa Casa	900	NORMAL	Part/ convênio	09	Gestante idosa 1 aborto anterior. Teve ameaça de aborto mas não se internou. Amniorex prematura.
11/04/98	1 d	Membrana Hialina Prematuridade	M. São Bento	18	São Lucas	1200	NORMAL	Part/ convênio (não fez)	02	Início pré-natal no 2º trimestre (02 consultas) não teve intercorrências durante a gravidez. chefe de família desempregado.
11/04/98	6 d	Insuf. resp. aguda Sind. membrana Hialina Prematuridade extrema	Nova Cintra	27	Santa Casa	950	NORMAL	Poli Nova Cintra (não fez)	02	Péssimas condições de moradia (Palafita). Gravidez de risco gemelar.
21/05/98	3 hs	Insuf. resp. Sepsis Prematuridade	Morro Marapé	20	HGA	1000	NORMAL	Marapé (não fez)	02	Fumante. Gravidez anterior teve parto prematuro e natimorto. Gravidez atual ficou 24 hs com bolsa rota.
11/06/98	5 d	Insuf. resp. aguda Atrofia muscular Sind. de Down	José Menino	33	São Lucas	2380	CESAREO	Part/ convênio	08	Mal formação congênita.
11/07/98	8:20'	Parada cardíaca. Prematuridade má formação congênita	Jabaquara	36	Hosp. Siverio Fontes	1470	CESAREO	Poli São Bento	04	Ficou internada 4 dias com contrações e sangramento. Fez cesareana por apresentação pélvica. Apgar baixo. RN teve fraturas de membros superiores e inferiores, mal formação
11/07/98	1:15'	Prematuridade extrema	José Menino	?	Hosp. Siverio Fontes	545	NORMAL	?	?	Fez pré-natal VD
11/10/98	54 min.	Anencefalia, prematuridade extrema	José Menino	46	Hosp. Ana Costa	1490	NORMAL	Part/ convênio	+ ou - 6	Mal formação do SNC

ANEXO 11 – Quadro descritivo de órbitas pós-natais

ÓBITOS PÓS NEONATAIS - 1998

Nome	Data	Id.	Sexo	N.At.	Av.Mat.	Pol.	Id.1c	Resumo	Ateestado	Hipótese	V.D.
E.C.P.A.	01/13	6m	F	8	Risco, Baixo peso 2300	Alemeia	11d	RNR de GAM com 1 m interna por BCP e diagnóstica Hidrocefalia por Toxo ? na 2a internação por meningite faz abscesso cerebral com óbito.	Meningite Pneumocócica	idem	ndm
L.G.F.S.	01/24	2m	M	0	Normal nenhum critério	Aparecida	0	Lactente da rede privada com 2 internações por Sepsis sem foco diagnosticado	Sepsis sem foco	idem	Estranhou a transferência de hospital hospitalizada com sucesso
T.O.J.	03/07	8m	M	4	Normal nenhum critério	Bom Retiro	15d	Lactente da rede privada com passagens isoladas em policlinicas e com cardiopatia grave que levou a óbito	Cardiopatia	idem	
F.J.S.	03/08	1m	M	0	Risco, Baixo peso 1.900, internação e prematuridade	Campo Grande	0	RNPT 1.900 prematuro que saiu de alta em método canguru e não retornou nem no hospital nem na policlinica na VD de falta o bebê já havia falecido	Indefinida	idem	Achou o bebê molinho mas não soube o que fazer HGA
M.L.S.C.	03/24	3m	M	0	Não avaliado End. S.V.	Nova Cintra	0	Lactente com osteogênese imperfeita grave com ins. respiratória. Permaneceu internado 15 dias ao nascer com endereço de S. Vicente não sendo incluído portanto no risco	Osteogênese imperfeita	idem	
M.S.C.	04/30	8m	M	19	Risco, internação, desemprego, mãe s/ comp.	Valongo	10d	Lactente com síndrome congênita não confirmada associada a hérnia diafragmática com ins. respiratória e múltiplas consultas em policlinica e 3 internações	Ins. Respiratória	Hérnia Diafragmática	Ficou trisic pois não deu para operar antes do óbito
J.A.A.	05/03	2m	M	1	Risco, internação, cardiopatia, desemprego e mãe s/ comp.	Embaré	21d	Lactente que ao nascer tem diagnosticada CIV com ins. respiratória e suspeita de laringomalacia. Na 1a consulta já está em mal estado geral internado. Teve mais três internações sempre em mal estado e ins. respiratória.	Cardiopatia	idem	Não sabe o significado da palavra cardiopatia
P.L.C.F.	05/23	2m	M	4	Risco, Down e cardiopatia	M.Fontes	10d	Lactente com diagnóstico confirmado aos nascer de CIV + CIA com S. Down comparece a policlinica para seguimento já com digital e diurético reinternado alguns dias após em ins. resp. e vindo a falecer	Cardiopatia	idem	NDN
C.S.S.	06/16	1m	F	0	Risco, 1.120g, Prematuro e internação	B.Retiro	0	RNPT, BP, com anóxia e desconforto respiratório. Permaneceu 45 dias na UTI vindo a falecer de complicações neonatais. Não fez Pré natal.	Sepsis	Anniorexe prematura	NDN
M.C.S.	07/06	3m	M	3	Risco, meningiomielocele, hidrocefalia e internação	R. Clube	2m	Lactente com meningiomielocele e hidrocefalia que permaneceu internado 1 mês para tratamento teve alta sem válvula com a melocele suturada. A cicatriz infecta levando a reinternação e meningite com óbito	Ins. Resp.	Meningiomielocele	Querria que operassem a cça

ANEXO 12 – Ficha de VD de óbito



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

ESTÂNCIA BALNEÁRIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS
DEVAIT/COVIG/PROGRAMA RECEM - NASCIDO DE RISCO/SEVIEF

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO INFANTIL

UNIDADE: _____

Identificação:

Nome da criança: _____
Data de Nascimento: ___/___/___ Data de óbito: ___/___/___ Idade: ___ Sexo: F M
Endereço: _____ Bairro: _____
Mãe: _____ Idade: _____

Grau de instrução:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Analfabeta | <input type="checkbox"/> 2º Grau incompleto |
| <input type="checkbox"/> 1º Grau incompleto | <input type="checkbox"/> 2º grau completo |
| <input type="checkbox"/> 1º Grau completo | <input type="checkbox"/> 3º Grau incompleto |
| | <input type="checkbox"/> 3º Grau completo |

Ocupação da mãe: _____

Ocupação do pai: _____

1. Mãe sem companheiro? Sim Não
2. Renda familiar per capita em salários mínimos: < 0,75 > 0,75
3. Chefe de família desempregado? Sim Não
4. Morte materna? Sim Não

I - Características da moradia

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> alvenaria | Esgoto |
| <input type="checkbox"/> cortiço | <input type="checkbox"/> rede pública |
| <input type="checkbox"/> palafita | <input type="checkbox"/> fossa séptica |
| <input type="checkbox"/> barraco | <input type="checkbox"/> outro (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> fumantes | _____ |

II - Dados de Pré e Pós Parto:

Local do parto: Domicílio
 Hospital. Qual? _____ Data de Admissão: ___/___/___ Hora: ___:___



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
ESTÂNCIA BALNEÁRIA

Esta gestação foi:

- Planejada
- Aceita
- Indesejada
- Sem informação

Peso ao nascer: _____ Prematuridade? Sim Não
Antecedentes Gerais e Obstétricos (Atenção: não incluir o caso em investigação)

Nº Gestações..... _____ Sem informação
Nº Partos..... _____ Sem informação
Nº Partos Prematuros..... _____ Sem informação
Nº Abortos..... _____ Sem informação
Natimortos..... _____ Sem informação
Nº Filhos: Mortos (< 1 ano): _____ Sem informação

Fez Pré - Natal? Não. Por quê? _____
 Sim. Recebeu carteira de Gestante? Não Local: _____
 Sim
 Sem informação

Início do pré-natal: 1º trimestre
 2º trimestre
 3º trimestre
 Sem informação

Frequência de consultas: < 3
 3-6
 > 6

O que achou do Pré-Natal? Ruim
 Regular
 Bom
 Ótimo

Por quê? _____

Intercorrências em gestações anteriores:



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
ESTÂNCIA BALNEÁRIA

Intercorrências durante a gestação da criança que foi a óbito. (Foi hospitalizada? Passou por atendimentos na Casa da Gestante? Dificuldades enfrentadas?):

Trabalho de parto: (início, providências tomadas em ordem cronológica):

Data: ___/___/___ Hora: ___:___

Quais os primeiros sintomas? _____

Providências tomadas: Data e hora que foi para a Maternidade _____

Tipo de transporte utilizado: _____

Locais Procurados: _____

Houve demora no atendimento? _____

Tipo de parto:

- Normal
- Cesárea
- Fórceps

Foi assistida no parto?

- Sim - Por quem? _____
- Não

Teve contatos com o bebê na sala de parto? Comentários.

Dados da criança

Avaliação do risco Não avaliado Normal Risco..... Maternidade
..... Unidade
..... Internação

Criança com acompanhamento na unidade:

Quantas consultas? ___ Faltoso? Não Sim Providências: VD

- Aerograma
- Não foi tomada

providência

- Outra

Obs.:

Mal formação congênita Não Sim. Qual? _____

Matrícula em posto de saúde? Não Sim. Qual? _____

Nº Prontuário: _____

Amamentação Não Sim - até que idade? _____

Vacinação Sim Completa Incompleta Não vacinou



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
ESTÂNCIA BALNEÁRIA

Doenças anteriores ao óbito: _____

Como iniciou a doença que levou ao óbito e quais as providências tomadas? Quais os sinais e sintomas apresentados?

Locais procurados: _____

Teve explicações sobre a doença? Qual o nome? _____

Dificuldades enfrentadas: _____

Avaliação da mãe (A opinião pessoal dela sobre os atendimentos, a doença e o óbito) _____

Houve alguma falha no atendimento da criança? Em que local? Qual a falha?

Data: ____ / ____ / ____

Nome e assinatura do investigador: _____

ANEXO 13 – Ficha de pré-natal



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER
SMS

FICHA PERINATAL

UNIDADE Policlínica

NOME _____

Nº HYGIA _____

Nº PRONTUARIO _____

IDADE (Anos) Menor de 18 Maiores de 35	ALFABETIZADA SIM <input type="checkbox"/> NAO <input type="checkbox"/>	NÍVEL DE INSTRUÇÃO COMPLETO Nenhuma <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secund. <input type="checkbox"/> Univers. <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL / UNIÃO Casada <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	CHEFE DE FAMÍLIA DESEMPREGADO NAO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	RENDA FAMILIAR MENOR (1) S.M. NAO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	GRAVIDEZ É PLANEJADA <input type="checkbox"/> ACEITA <input type="checkbox"/> INDESEJADA <input type="checkbox"/>
--	--	---	--	---	---	--

ANTECEDENTES	PESSOAIS	OBSTÉTRICOS	ALGUM RECEM NASCIDO PESOU MENOS DE 2.500 g
FAMILIARES Diabetes <input type="checkbox"/> n. Arteria <input type="checkbox"/> Germelares <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>	Infeção Urinaria <input type="checkbox"/> infertilidade <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> hipert. Crônica <input type="checkbox"/> Cirur. Pélv. Uterina <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>	GESTAS ABORTOS <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> NENHUM OU MAIS DE 5 PARTOS <input type="checkbox"/>	ALGUM RECEM NASCIDO PESOU MAIS DE 4.000 g <input type="checkbox"/>
		VAGINAIS Nasc. Vivos <input type="checkbox"/> Nasc. Mortos <input type="checkbox"/>	MORRERAM 1 SEMANA <input type="checkbox"/> MORRERAM DEPOIS 1 SEM. <input type="checkbox"/>
		CESARIAS <input type="checkbox"/>	DATA DO TERMINO DA ÚLTIMA GRAVIDEZ MÊS _____ ANO _____

RISCO P/ AIDS	FUMA NAO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>	VACINAÇÃO CONTRA TETANO ADEQ. <input type="checkbox"/> INAD. <input type="checkbox"/>	GRUPO SANG. Rh _____	SENSIB. + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	DIA _____	MES _____	ANO _____	DUVIDAS SIM <input type="checkbox"/> NAO <input type="checkbox"/>	ENCAMINHAMENTO PARA CASA DA GESTANTE DIA _____ MÊS _____ ANO _____
----------------------	---	--	--------------------------------	--	------------------	------------------	------------------	--	--

EX. CLÍNICO NORMAL SIM <input type="checkbox"/> NAO <input type="checkbox"/>	EX. ODONTOL. NORMAL SIM <input type="checkbox"/> NAO <input type="checkbox"/>	EX. MAMAS NORMAL SIM <input type="checkbox"/> NAO <input type="checkbox"/>	PAPANICOLAU NORMAL SIM <input type="checkbox"/> NAO <input type="checkbox"/>	EX. CERVIX NORMAL SIM <input type="checkbox"/> NAO <input type="checkbox"/>	PÉLVIS NORMAL SIM <input type="checkbox"/> NAO <input type="checkbox"/>	HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ DIA _____	DIA _____	MÊS _____
---	--	---	---	--	--	--	------------------	------------------

CONSULTA Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DATA										
SEMANAS DE AMENORRÉIA										
PESO (Kg)										
PRESSÃO ARTERIAL MAX./MIN. (mm Hg)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ALT. UTERINA (Cm). APRESENTAÇÃO (CEF. PÉLV. TR.)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
BCF/MOV. FETAIS	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

OBSERVAÇÕES:

EXAMES	GS	Rh	DATAS / RESULTADOS		OUTROS EXAMES	DATAS / RESULTADOS	
	Hb / Ht						
	VDRL	1º		2º			
	URINA I						
	GLICEMIA						

ANTI-HIV: OFERECIDO SIM NÃO REALIZADOS: SIM NÃO IGN.

PATOLOGIA NA GRAVIDEZ / PARTO / PUERPÉRIO

GESTAÇÃO MÚLTIPLA CARDIOPATIA PARASIToses HEMORRAGIA 2º/3º TRIMEST. HEMORRAGIA PUERPERAL

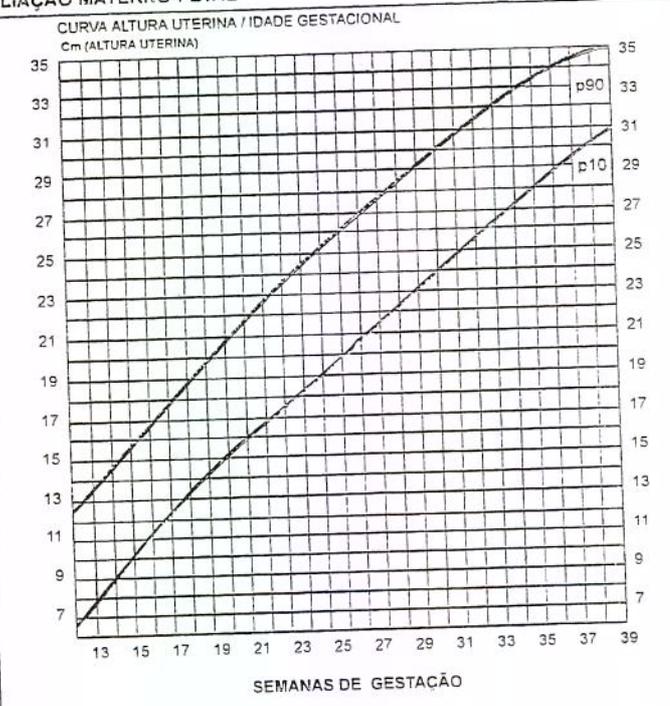
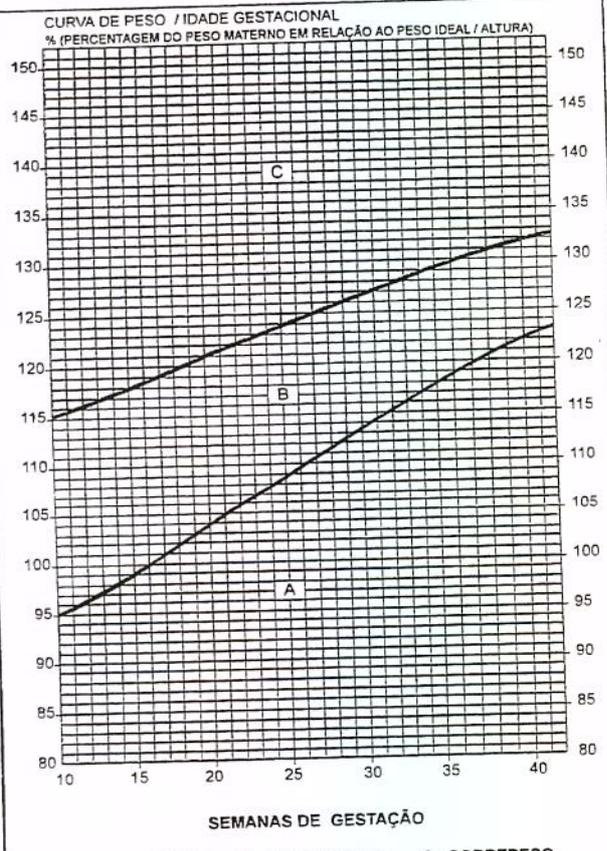
HIPERTENSÃO PRÉVIA DIABETES AMEAÇA DE PARTO PREM. ANEMIA CRÔNICA OUTRA

PRÉ-ECLÂMPSIA INFECÇÃO URINÁRIA DESPROP. CEF. PELV. ROTURA PREMÁT. MEMBR. NENHUMA

ECLÂMPSIA OUTRAS INFECÇÕES HEMORRAGIA 1º TRIMEST. INFECÇÃO PUERPERAL

DATA _____ ASSINATURA DO MÉDICO _____

GRÁFICOS DE AVALIAÇÃO MATERNO-FETAL



GESTAÇÃO ATUAL		GANHO PONDERAL NA GESTAÇÃO			
Peso Anterior	Estatura (cm)	1º TRIM. ADEQUADO	<input type="checkbox"/>	2º TRIM. MUDANÇA P/ AD.	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> Kg	<input type="text"/>	EXCESSO	<input type="checkbox"/>	MANTÉM EXC.	<input type="checkbox"/>
		INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/>	MANTÉM INS.	<input type="checkbox"/>

PARTO	IDADE GESTAÇÃO	INÍCIO	TÉRMINO	NÍVEL DE ASSISTÊNCIA		MORTE FETAL			
	<input type="text"/> SEMANAS	<input type="checkbox"/> ESPONTÂNEO	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> CESÁRIA	<input type="checkbox"/> HOSP. <input type="checkbox"/> AMBUL.	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM				
	<input type="checkbox"/> < DE 37 S.	<input type="checkbox"/> INDUZIDO	<input type="checkbox"/> FÓRCEPS <input type="checkbox"/> OUTRA	<input type="checkbox"/> DOMIC. <input type="checkbox"/> OUTRO					
EPISIOTOMIA	DEQUIT. ESPONTÂNEO	ATENDEU: MÉDICO ENF. OUTR.	ALTA MATERNA	ÓBITO DURANTE	MOMENTO EM QUE OCORREU				
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PARTO: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SADIÁ	<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ	<input type="checkbox"/> GEST. <input type="checkbox"/> PARTO				
LACERAÇÃO	PLACENTA COMPLETA	NEONATO: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TRANSF.	<input type="checkbox"/> PARTO	<input type="checkbox"/> MOMENTO IGNORADO				
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> C/ PATOL.	<input type="checkbox"/> PUERPÉR.					
MEDICAÇÃO NO PARTO	ANESTESIA LOCAL	ANESTESIA REG.	ANESTESIA GERAL	ANALG.	TRANQ.	OCITOC.	ANTIBIOT.	OUTRA	NENHUMA

RECÉM-NASCIDO		REANIMAÇÃO	PESO AO NASCER	IDADE POR EX. FÍSICO	PESO / I. G.	EX. FÍSICO	RN C/ A MÃE	ALIMENTAÇÃO	RN NO PROGRAMA DE RN DE RISCO
SEXO	APGAR (MIN.)								
FEM. <input type="checkbox"/>	1º <input type="checkbox"/> 5º <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="text"/> g	<input type="text"/> SEM	<input type="checkbox"/> ADEQ. <input type="checkbox"/> PEQUEN. <input type="checkbox"/> GRANDE	<input type="checkbox"/> NORMAL. <input type="checkbox"/> MALFORM.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> MATERNA <input type="checkbox"/> MISTA <input type="checkbox"/> ARTIF.	NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>
MASC. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6 ou menor	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> MENOR DE 2.500g	<input type="checkbox"/> MENOR DE 37"					

CONSULTA DE PUERPÉRIO

DATA: DIA MÊS ANO

QUEIXA: _____

EX. FÍSICO NORMAL ALTER. _____ MMII _____

MUCOSAS DESC. MAMAS NORMAIS ALTER. _____ ABDOME _____

PERÍNEO NORMAL ALTER. _____ COLO UTERINO _____

TOQUE VAGINAL NORMAL ALTER. _____ CIT. ONC. COLHIDA SIM NÃO

ORIENTAÇÕES: _____

EXAMES: _____

TRATAMENTO: _____

RETORNO SIM DATA _____ / _____ / _____ ALTA PUERPÉRIO

ENCAMINHAMENTO SIM _____ ASS. _____

CONTRACEPÇÃO

DIAFRAG. NENHUM

CONDON DIU

CONTR. ORAL RITMO

ESTERILIZ. OUTRO

ANEXO 14 – Distribuição percentual dos RNRs, segundo acompanhamento e bairro de residência.

Bairro	G.A.		G.N.A.	
	No.	%	No.	%
Areia Branca	28	4,1	6	1,1
Alemoa	30	4,4	7	1,3
Aparecida	10	1,5	42	7,9
Bom Retiro	21	3,1	4	0,8
Boqueirão	13	1,9	25	4,7
Campo Grande	18	2,7	34	6,4
Caneleira	8	1,2	6	1,1
Centro	15	2,2	18	3,4
Chico de Paula	5	0,7	1	0,2
Embaré	15	2,2	58	10,9
Encruzilhada	32	4,7	23	4,3
Estuário	15	2,2	24	4,5
Gonzaga	31	4,6	19	3,6
José Menino	29	4,3	19	3,6
Jabaquara	14	2,1	7	1,3
Jardim Castelo	32	4,7	8	1,5
Jardim Rádio Clube	72	10,7	18	3,4
Morro Fontana	-	-	1	0,2
Morro José Menino	4	0,6	1	0,2
Monte Serrat	2	0,3	3	0,6
Morro Marapé	-	-	3	0,6
Morro Nova Cintra	13	1,9	23	4,3
Morro Pacheco	3	0,4	-	-
Morro da Penha	12	1,8	-	-
Morro São Bento	32	4,7	5	0,9
Morro Saboó	2	0,3	-	-
Macuco	14	2,1	30	5,6
Marapé	31	4,6	22	4,1
Ponta da Praia	21	3,1	32	6,0
Paquetá	10	1,5	13	2,4
Vila São Jorge	20	3,0	5	0,9
São Manoel	18	2,7	4	0,8
Saboó	30	4,4	10	1,9
Santa Maria	9	1,3	3	0,6
Vila Belmiro	1	0,1	11	2,1
Vila Mathias	21	3,1	21	3,9
Vila Nova	32	4,7	21	3,9
Valongo	12	1,8	6	1,1
TOTAL	675	100,0	533	100,0

Obs.: os bairros da Orla são: Aparecida, Boqueirão, Campo Grande, Embaré, Gonzaga, Ponta da Praia, Encruzilhada, Estuário, Macuco e Vila Belmiro.

ANEXO 15 – Distribuição percentual dos RNRs, segundo tipo de assistência e bairro de residência.

Bairro	ADEQ		NADEQ	
	No.	%	No.	%
Areia Branca	12	9,7	15	3,0
Alemoa	11	8,9	17	3,4
Aparecida	2	1,6	6	1,2
Bom Retiro	3	2,4	18	3,6
Boqueirão	2	1,6	8	1,6
Campo Grande	2	1,6	15	3,0
Caneleira	-	-	8	1,6
Centro	1	0,8	13	2,6
Chico de Paula	2	1,6	2	0,4
Embaré	2	1,6	11	2,2
Encruzilhada	3	2,4	27	5,4
Estuário	3	2,4	11	2,2
Gonzaga	3	2,4	23	4,6
José Menino	5	4,0	20	4,0
Jabaquara	4	3,2	7	1,4
Jardim Castelo	8	6,5	22	4,4
Jardim Rádio Clube	12	9,7	60	12,1
Morro Fontana	-	-	-	-
Morro José Menino	-	-	4	0,8
Monte Serrat	-	-	2	0,4
Morro Marapé	-	-	-	-
Morro Nova Cintra	1	0,8	11	2,2
Morro Pacheco	-	-	3	0,6
Morro da Penha	2	1,6	7	1,4
Morro São Bento	8	6,5	19	3,8
Morro Saboó	-	-	2	0,4
Macuco	2	1,6	11	2,2
Marapé	10	8,1	19	3,8
Ponta da Praia	5	4,0	10	2,0
Paquetá	1	0,8	9	1,8
Vila São Jorge	-	-	20	4,0
São Manoel	6	4,8	11	2,2
Saboó	7	5,6	21	4,2
Santa Maria	-	-	9	1,8
Vila Belmiro	-	-	1	0,2
Vila Mathias	1	0,8	19	3,8
Vila Nova	4	3,2	25	5,0
Valongo	2	1,6	10	2,0
TOTAL	124	100,0	496	100,0

Obs.: os bairros da Orla são: Aparecida, Boqueirão, Campo Grande, Embaré, Gonzaga, Ponta da Praia, Encruzilhada, Estuário, Macuco e Vila Belmiro.

Anexo 16 – Descrição dos óbitos pós-neonatais (29 dias a um ano) de RNRs nascidos de 01-07-97 a 30-06-98 residentes em Santos –SP

RNR	IDADE	CRIT. NASC.	BAIRRO	ID MÃE	PN	DATA ÓBITO	CAUSA	ID 1ª CONS	Nº CONS	Nº VD	Nº INT
12926	11 M	MFORM (DOWN) CHEF RMA SCOM	A.BRCA.	34	SEM INF	02.02.99	INDET	03 DIAS	17	+ DE 1	2

Obs.: Gravidez indesejada. Pai abandonou os 7 filhos e a mulher após nascimento do RNR – ajuda de parentes e igreja. Mãe passiva, não foi aos serviços de estimulação e reabilitação agendados pela Policlínica. Irmão adolescente na FEBEM por matar vizinho. Primeira internação aos 04 meses por 05 dias = mãe sem companheiro; desmame; 02 irmãos menores de 04 anos. Elogia acompanhamento da Policlínica. Causa = BCP + Down. Segunda internação 13 dias após alta da primeira, por 23 dias = BCP, desnutrido, estado grave. Última consulta na Policlínica 01 dia antes do óbito.

ADEQ – EVITÁVEL

RNR	IDADE	CRIT. NASC.	BAIRRO	ID MÃE	PN	DATA ÓBITO	CAUSA	ID 1ª CONS	Nº CONS	Nº VD	Nº INT
11809	5 M	BX. PESO OUTROS S/INFORM	V.MATHIAS	23	N	30.12.97	ASPIRA BCP (IML)	VD < 07DIAS	01	06	0

Obs.: Falha aval. Nasc. = 13 dias após nasc. Encaminhada para VD na Pol. Primeira consulta após 4 VDs, RN ok. – Mãe não fez PN porque não gosta, sic – Encaminhada ao Conselho Tutelar. Moravam em frente a Policlínica. Conselho Tutelar constatou mudança de endereço aos 03 meses.

VD de óbito = mãe sem companheiro, desempregada, cortiço, fumantes, gravidez aceita, vacinas ok. Mãe relata que criança tinha furúnculos na cabeça, mas estava bem. Mãe foi dormir com ela após tomar analgésicos para dor de dente, encontrando-a morta pela manhã. Tia deu mamadeira a noite.

NADEQ – EVITÁVEL

RNR	IDADE	CRIT. NASC.	BAIRRO	ID MÃE	PN	DATA ÓBITO	CAUSA	ID 1ª CONS	Nº CONS	Nº VD	Nº INT
11944	1 M	CHEF S/COMP	CENTRO	20	N	11.10.97	INDET (em casa)	07 DIAS	02	01	00

Obs.: Até 21 dias em AME – icterícia neonatal e monília oral. Cortiço. Sem VD de óbito. Mãe não fez HIV.

NADEQ – INCONCLUSIVO

RNR	IDADE	CRIT. NASC.	BAIRRO	ID MÃE	PN	DATA ÓBITO	CAUSA	ID 1ª CONS	Nº CONS	Nº VD	Nº INT
13109	06 M	BX PESO PREMAT S/COMP	MARAPÉ	23	N	28.10.98	BCP GECA SEPSIS	15 DIAS	14	00	01

Obs.: Mãe usuária de drogas, percebeu a gestação aos 04 meses, gravidez indesejada, não fez HIV. Mãe internou para tratamento em Araras, avó cuidava do RN. Bebê chiador, IVAS, AME até 02 meses. Última consulta aos 05 meses, bronquiolite, encaminhada para internação que levou ao óbito.

NADEQ – EVITÁVEL

RNR	IDADE	CRIT. NASC.	BAIRRO	ID MÃE	PN	DATA ÓBITO	CAUSA	ID 1ª CONS	Nº CONS	Nº VD	Nº INT
12885	05 M	MFORM INTE	V.BELMIRO	36	S	06.09.98	CARDIO CONG.	CONV			

Obs.: Gravidez aceita, PN também no convênio. Ânus imperfurado. Cirurgias em SP.
CONVÊNIO – INEVITÁVEL

RNR	IDADE	CRIT. NASC.	BAIRRO	ID MÃE	PN	DATA ÓBITO	CAUSA	ID 1ª CONS	Nº CONS	Nº VD	Nº INT
13177	03 M	MFORM INTE	SABOÓ	19	S	07.08.98	HIDROC	01 M	03	00	02

Obs.: Gravidez planejada, Meningomielocele, pé torto congênito . Bilateral, prolapso vaginal – Alta da maternidade com 01 mês, após cirurgias. Encaminhado Neuro. Primeira internação aos 02 meses, por 03 dias, sem condições cirúrgicas. Segunda internação por 03 dias sem condições cirúrgicas. Óbito. Mãe com primeiro grau incompleto, não sabe explicar doença.

ADEQ – INEVITÁVEL

RNR	IDADE	CRIT. NASC.	BAIRRO	ID MÃE	PN	DATA ÓBITO	CAUSA	ID 1ª CONS	Nº CONS	Nº VD	Nº INT
12925	03 M 22 D	MFORM INTE	R.CLUBE	37	S	06.07.98	MENING. BACTER	02 M	03	01	01

Obs.: Hidrocefalia, meningomielocele, hérnia inguinal. Permaneceu internado até 02 meses (BCP e dois episódios de meningite – válvula com 29 dias + cirurgia). Primeira consulta 06 dias pós-alta = infecção na válvula. AME até 02 meses e meio. Internou por 25 dias = celulite de parede abdominal, sepsis, óbito. Gravidez planejada. Queixa-se do Obstetra da Policlínica, passando para médico particular no Pré-Natal. VD = queixa-se de insensibilidade dos médicos do hospital também – disseram que era um bom caso para estudo na sua presença, e operaram o intestino sem a sua permissão, usaram a criança para pesquisa sic – Quem lhe explicou a doença foi a pediatra da Policlínica.

ADEQ (EXCLUÍDOS) – INEVITÁVEL

RNR	IDADE	CRIT. NASC.	BAIRRO	ID MÃE	PN	DATA ÓBITO	CAUSA	ID 1ª CONS	Nº CONS	Nº VD	Nº INT
12821	02 M 14 D	MFORM INTE	V.MATHIA	28	N	23.05.98	CARDIO CONGE	10 DIAS	02	00	01

Obs.: Síndrome de Down. Acompanhou no HGA (outro serviço). Mãe com dificuldade de compreensão. VD de óbito = Elogia todos os serviços utilizados desde o PN. Acha que – se fosse mais interessada no Pré-Natal a criança não teria nascido com problemas - sic.

ADEQ + OUTRO SERVIÇO - INEVITÁVEL

RNR	IDADE	CRIT. NASC.	BAIRRO	ID MÃE	PN	DATA ÓBITO	CAUSA	ID 1ª CONS	Nº CONS	Nº VD	Nº INT
12714	03M	MFORM INTE CHEF S/COMP	ESTUÁRIO	25	S	03.05.98	CARDIO CONGE	19 DIAS	03	02	03

Obs.: Permaneceu internada por 20 dias ao nascer = icterícia, onfalite, laringomalacia. Gravidez indesejada. Mãe analfabeta, desempregada, desmame. VD óbito -= elogia atendimentos. Encaminhada na primeira consulta para internação = por 08 dias, cianose, cansaço, altíssimo risco (acompanhamento de peso). Segunda internação aos 02 meses, por 11 dias – bebe chiador. Terceira internação = 02 dias após alta da segunda, por 18 dias = diarreia, maus tratos, desnutrição. Encaminhado para Assistência Social. Apresentou mal súbito – óbito.

ADEQ (EXCLUÍDOS) – INEVITÁVEL

RNR	IDADE	CRIT. NASC.	BAIRRO	ID MÃE	PN	DATA ÓBITO	CAUSA	ID 1ª CONS	Nº CONS	Nº VD	Nº INT
13235	02 M	CHEF S/COMP	ENCRUZI	S/INF	S	19.07.98	NEFRO- PATIA	06 DIAS	07	02	03

Obs.: Mãe morava em instituição para mães solteiras. Diagnóstico e encaminhado na primeira consulta. Tratamento e óbito em SP.

ADEQ – INEVITÁVEL

RNR	IDADE	CRIT. NASC.	BAIRRO	ID MÃE	PN	DATA ÓBITO	CAUSA	ID 1ª CONS	Nº CONS	Nº VD	Nº INT
11860	08 M 11 D	INTE CHEF S/COMP MFORM?	VALONGO	19	S	30.04.98	INS.RESP AGUDA	10 DIAS	17	01	01

Obs.: Síndrome genética a esclarecer. Encaminhado ao Neuro ao nascer. Primeira consulta após alta = anoxia grave. AME até 06 meses. Broncopneumonia e otite de repetição. Cardiopatia? Destrocardia? Hérnia diafragmática? Ectasia esofágica. VD óbito = Mãe crítica PN por não ter pedido ultrassonografia - é fumante (05 pessoas na casa), sic. Disse que os médicos suspeitavam de Síndrome de Marfan. Três meses antes do óbito curou-se da dispnéia habitual. Aos 07 meses, febre e hospitalização = medicaram e deram banho gelado - choque térmico - óbito após 33 dias de internação. Queixa-se que não deram alta após cura da pneumonia por desejarem operar a hérnia, o que não foi possível pela insuficiência respiratória.

ADEQ - INEVITÁVEL

RNR	IDADE	CRIT. NASC.	BAIRRO	ID MÃE	PN	DATA ÓBITO	CAUSA	ID 1ª CONS	Nº CONS	Nº VD	Nº INT
12834	01 M	BX PESO INTE PREMAT	C.GRANDE	26	N	08.03.98	MAL DEFINI.	00	00	01	00

Obs.: Internou ao nascer por 10 dias. Alta com 1770g (nasceu com 1900g), dias antes do carnaval. Encaminhado Ambulatório de Baixo-peso do hospital + Policlínica = não compareceu. VD de rotina feita um dia após óbito. Sem resumo de prontuário. Sem informações sobre HIV. VD óbito = pai falecido. Casa abandonada. Não sabe porque bebê morreu - estava mole, sic. Levou ao Pronto-Socorro onde chegou em óbito. Elogia atendimento.

NADEQ - EVITÁVEL

RNR	IDADE	CRIT. NASC.	BAIRRO	ID MÃE	PN	DATA ÓBITO	CAUSA	ID 1ª CONS	Nº CONS	Nº VD	Nº INT
11658	06 M	BX PESO	SABOÓ	25	S	13.01.98	MENING PNEUMO	10 DIAS	08	03	01

Obs.: Hidrocefalia (Toxoplasmose congênita). Internou com 02 meses por 21 dias = Broncopneumonia. VD de óbito = mãe sem companheiro, desempregada. Barraco-cortiço, fumantes, fossa séptica. Gestação planejada – sangramento aos 07 meses – Ultrassonografia = placenta de inserção fúndica. Crítica retirada do bebê da UTI para enfermaria, já que ouviu no dia anterior que ele corria risco de vida. Também não conseguia achar a médica com os exames.

ADEQ – EVITÁVEL (também no Pré-Natal)

ANEXO 17 – Internação de RNRs e RNNs em 1997

INTERNAÇÃO PÓS ALTA MATERNIDADE			
	+	-	TOTAL
RNR (+)	173	959	1132
RNN (-)	311	4788	5099
Total	484	5747	6231

RR= 2,51(2,10 < RR < 2,98)

p= 0,00000...

ANEXO 18 – CMI Acumulado – 1996/2000

Óbitos	1996	1997	1998	1999	2000
0-6 d	84	75	56	57	36
7-28d	24	28	29	28	23
29d-1 ano	41	29	21	30	27

TOTAL	1996	1997	1998	1999	2000
Nascidos Vivos	6505	6554	6280	6348	6131
CMI Acumulado	22,9	21,5	20,0	19,5	18,5

ANEXO 19 – Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) em Municípios da Baixada Santista

Município	1995	1996	1997	2000
Cubatão	26	22	24	22,54
Guarujá	38	32	27	21,88
Itanhaém	37	29	não tem	21,92
Praia Grande	41	36	32	25,06
Santos	25	23	20	15,14
São Vicente	30	23	30	26,64

Obs.:

1. Dados de Mortalidade Infantil apresentados pelos municípios para II Pacto Metropolitano pela Infância da Baixada Santista (1995 a 1997) e dados da Fundação SEADE (2000)
2. Meta proposta pela Cúpula a favor da Infância da ONU: reduzir 33% os índices de mortalidade infantil na América latina e Caribe até o ano 2000
3. Apresentamos dados dos municípios com mais de 2000 nascidos vivos por ano
4. A diferença no CMI de Santos explica-se pelo fato da Fundação SEADE não investigar os óbitos. Já o PRNR retira do cálculo os casos onde comprovadamente (VD) verificou-se endereço em outro município.

ANEXO 20 – Comitê de Prevenção da Mortalidade Neonatal de Santos

Programa do Recém-Nascido de Risco

Comitê de Prevenção da Mortalidade Neonatal de Santos

Análise dos óbitos de 0 a 6 dias:

1997 = 47% do total
1998 = 29% do total

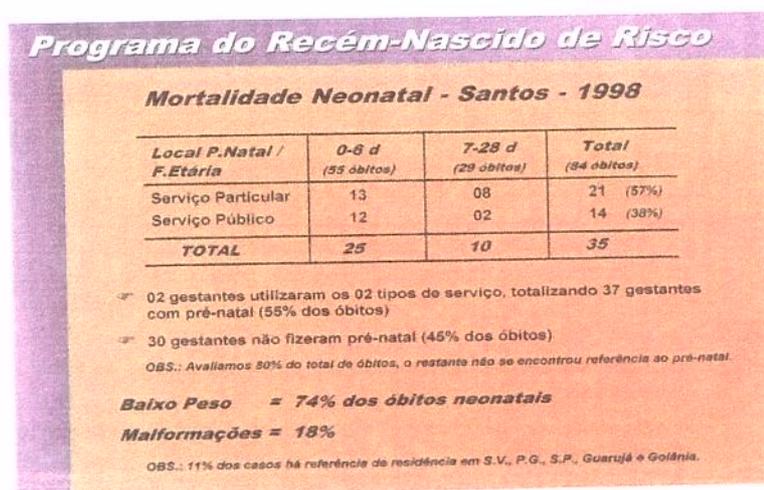
Considerados:

	1997	1998
Evitáveis	69%	69%
Inevitáveis	20%	12%
Inconclusivos	9%	19%

Responsabilidade:

	1997	1998
Assis. Médica	54%	38%
Paciente	46%	31%
Assis. Hospitalar	34%	25%
Social	20%	6%

ANEXO 21 – Mortalidade Neonatal – Santos - 1998



ANEXO 22– Coeficiente Mortalidade Neonatal em Santos – 1996/2000 – por hospital

Hospital	1996	1997	1998	1999	2000
S.Fontes	9,5	12,5	16,2	17,9	6,8
H.G.A.	21,3	29,1	15,8	21,0	11,1
S.Casa	24,1	24,4	20,7	11,0	6,0
C.Saúde	15,2	3,7	5,8	4,0	17,0
A.Costa	7,4	11,9	10,2	3,6	8,9
S.Lucas	2,0	15,7	9,8	13,2	8,0
Benemater	-	-	-	10,5	2,7

Obs.:

- ✓ A Maternidade S.Fontes foi inaugurada em 1996; a Benemater, em 1999, com menos de 1000 nascidos vivos até o momento.
- ✓ Foram considerados os óbitos de 0 a 28 dias, por hospital de nascimento (e não de óbito, no caso de transferência)
- ✓ Não estão incluídos os bebês que nasceram fora destes hospitais (ambulância, PSs, domicílio, outro município)
- A maternidade S.Fontes é da Secretaria Municipal de Saúde e faz a maioria dos partos na cidade; o Hospital Guilherme Álvaro é da Secretaria de Estado da Saúde e é referência para gestação de risco; a Santa Casa atende SUS e convênio/particular. Os outros hospitais são particulares (convênio)

ANEXO 23– Mortalidade Infantil Tardia em Santos – 1996/2000

Ano	No. Óbitos	CMI	CMIT	Total RNR	RNRs que não saíram da Maternidade (%)	Total RNN	Total RN NAV	Média Cons. Por RNR	Média Cons. Por RNN	Média Cons. Por RN NAV
1996	44	22,9	6,3	17	5 (29,4%)	15	10	10	6	3
1997	29	20,1	4,4	13	3 (23,1%)	11	5	6	5	2
1998	21	16,8	3,3	14	4 (28,6%)	6	1	6	4	-
1999	30	18,1	4,4	22	12 (54,0%)	8	-	10	6	-
2000	27	14,0	3,6	15	6 (40,0%)	8	4	3	2	0,75

Obs.:

1. Considerou-se 'consulta' os atendimentos dados pelas Policlínicas. Para cálculo da média, excluiu-se os RNRs que não saíram da maternidade.
2. Não constam do quadro, em 1997, 3 RNNs incluídos no Risco pela unidade e internação e, em 1996, 2 incluídos por internação.
3. Em 2000, dos 8 RNN, 5 (62%) eram cardiopatas diagnosticados pós-alta da maternidade; os 4 RNAV nasceram em outros municípios/estado e há o caso de mãe HIV+ que deu endereço errado na maternidade, cujo bebê foi a óbito na UTI Neonatal.
4. Dados coletados nos quadros descritivos de óbitos – PRNR e documentos utilizados pelo Programa (D.O., revisões de prontuário, fichas controle e VDs)

ANEXO 24 – Cálculos da Sensibilidade, Especificidade e Valores Preditivos (+ e -) 1996/2000.

CÁLCULOS DA SENSIBILIDADE, ESPECIFICIDADE E
VALORES PREDITIVOS (+ E -)
1996/2000

1996

Risco ao Nascer	Óbitos	Sobreviventes	Total
+	17	1153	1170
-	27	5308	5335
Total	44	6461	6505

1997

Risco ao Nascer	Óbitos	Sobreviventes	Total
+	13	1119	1132
-	16	5406	5422
Total	29	6525	6554

1998

Risco ao Nascer	Óbitos	Sobreviventes	Total
+	14	1047	1061
-	7	5212	5219
Total	21	6259	6280

1999

Risco ao Nascer	Óbitos	Sobreviventes	Total
+	22	1219	1241
-	8	5099	5107
Total	30	6318	5348

2000

Risco ao Nascer	Óbitos	Sobreviventes	Total
+	15	1274	1289
-	12	4830	4842
Total	27	6104	6131

ANEXO 25 – Sensibilidade e Especificidade do PRNR - 1996/2000.

Ano	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	VP+ (%)	VP- (%)	% inclusão Risco ao Nascer
1996	38,6	82,2	1,4	99,5	18,0
1997	44,8	82,8	1,1	99,7	17,3
1998	66,7	83,3	1,3	99,9	16,9
1999	73,3	80,7	1,8	99,8	19,5
2000	55,6	79,1	1,2	99,8	21,0