

# Atenção à saúde prestada ao recém-nascido de risco no primeiro ano de vida: um estudo na perspectiva do Programa Pré-Nenê

Maria Élide Machado<sup>1</sup>

**Resumo:** Estudo quantitativo, do tipo descritivo, cujo objetivo foi o de conhecer a atenção à saúde prestada ao recém-nascido de risco da região de atuação do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), durante o seu primeiro ano de vida. Foram utilizados os critérios de risco e os procedimentos estabelecidos pelo Programa Pré-Nenê. Fizeram parte do estudo 201 recém-nascidos que apresentaram algum dos seguintes determinantes de risco ao nascimento: mãe < 18 anos, mãe analfabeta, parto domiciliar, peso < 2500g, idade gestacional < 37 semanas, parto gemelar e Apgar do quinto minuto < 4. Esses recém-nascidos foram caracterizados segundo variáveis selecionadas do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e, após, buscados em seus endereços. Foram encontradas 89 crianças. Foi relevante o achado de que 46,1% das crianças não foram acompanhadas sistematicamente por nenhum serviço de saúde, demonstrando que a vigilância da saúde infantil não foi uma prática cotidiana na região de estudo. O aleitamento materno exclusivo, até os seis meses de vida da criança, ocorreu em somente 12,3% das crianças. O número de crianças com vacina em dia foi semelhante ao total de crianças daquela região. 50% das crianças estudadas tiveram de 1 a 3 internações hospitalares durante o seu primeiro ano, e o principal motivo foram as infecções respiratórias. Foi constatado que registrar o peso da criança a cada atendimento não é uma prática utilizada pelas equipes do CSEM. Os resultados encontrados são compatíveis com a pobreza e a exclusão da população, como também com o atual estágio de consolidação do Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chave:** recém-nascido; cuidados integrais de saúde; planos e programas de saúde; Centro de Saúde Escola Murialdo – CSEM.

## Introdução

A programação de ações de saúde há muito tempo se constitui importante ferramenta de planejamento e avaliação dos serviços de saúde. Em todos os níveis do sistema de saúde são usadas ações programadas. Essa metodologia de trabalho é utilizada como uma das formas para alcançar a cobertura dos serviços de saúde a toda a população com equidade, eficácia e eficiência, em todos os níveis.

Essas ações de saúde normalmente são programadas por área, tais como a da saúde da mulher, a da criança e do idoso, para o enfrentamento de situações de risco por grupos específicos e para serem avaliadas de modo recorrente através de sistemas de informações criados para esse fim. Tais sistemas de informações devem ser alimentados com dados gerados pelas equipes básicas de saúde.

As ações de saúde, assim concebidas, podem se transformar em instrumentos burocratizados e desarticuladores da ação, quando entendidas somente como

---

<sup>1</sup> Mestre em Enfermagem, Sanitarista, Docente da ESP/RS, PUCRS e Rede Metodista de Educação - IPA.

mecanismos de controle de atividades, o que pode gerar resistências de parte das equipes de saúde. No entanto, hoje, muitos trabalhadores já não concebem programações diretivas, planejadas em níveis superiores do sistema e somente executadas pelos serviços. Há organizações de processos de trabalho das quais fazem parte os planejamentos locais, participativos, dinâmicas de trabalho horizontalizadas, nas quais a proposta de atuação parte da realidade, e a prática da vigilância da saúde representa um eixo importante para o direcionamento da assistência. Dessa forma, programar ações ou executar ações previamente sistematizadas num Programa<sup>2</sup> deixa de ser um fardo imposto às equipes de saúde, passando a ser um elemento dinâmico de acompanhamento e avaliação das intervenções realizadas para a efetiva resolução dos problemas da população sob sua responsabilidade.

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

Essa realidade, nós a observamos, atualmente, no Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM). O CSEM é um órgão da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES) que especializa médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos e nutricionistas em saúde coletiva por meio da Residência Integrada em Saúde - RIS, e é responsável pela atenção de saúde à maior parte da população do Distrito de Saúde 6, do município de Porto Alegre, onde residem cerca de 45.000 pessoas. Também, nesse espaço de formação de trabalhadores de saúde, observamos que a execução da atenção de saúde é realizada, mas ainda pouco sistematizada. As equipes conhecem a sua realidade, planejam e executam ações de intervenção, utilizam as propostas dos Programas de atenção à saúde, mas a circulação de informações em todos os níveis de avaliação é muito deficiente, o que dificulta o acompanhamento da situação de saúde da população residente nessa área.

Essa situação é constatada pela Equipe de Informações em Saúde (EI)<sup>3</sup>, que mantém diversos sistemas de informações e programas para acompanhar e propor ações de enfrentamento às situações de risco de toda a população de Porto Alegre.

De todos os Programas em operacionalização no CSEM, parece ser o Prá-Nenê<sup>4</sup> o mais deficitário em termos de informações.

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

---

<sup>2</sup> Programa: Conjunto de Ações de Saúde, organizadas por áreas específicas (mulher, criança...) que visam a implementação, acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde. Segundo Ferreira (1999, p.1645), programa é a exposição sumária das intenções ou projetos de um indivíduo ou organização.

<sup>3</sup> Equipe da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre responsável pela implantação, manutenção e avaliação dos sistemas de informações em saúde do município.

<sup>4</sup> Prá-Nenê: nome dado pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre ao Programa de Vigilância e Atenção Integral à Saúde das Crianças Menores de um Ano.

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

A atuação de forma programática a partir do enfoque de risco também é orientação do Ministério da Saúde (MS) e da SES, constatada em diversos documentos oficiais, nos quais há referências à importância dessa prática. No entanto, não se tem como acompanhar a situação de saúde e o impacto das intervenções sem a manutenção de um sistema confiável de informações, e aí reside o problema com o qual se deparam os serviços no seu cotidiano.

A coleta e interpretação de dados nos campos de trabalho não é uma deficiência sentida somente no nosso meio. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1989), essa é uma dificuldade existente em todo o mundo, sendo as informações muitas vezes inexatas, pois as intervenções realizadas pelas equipes das unidades de saúde são difíceis de quantificar, por serem sinérgicas, atingindo indivíduo, família e comunidade. Mesmo assim, no grupo materno-infantil existem relações perfeitamente estabelecidas epidemiologicamente, que constam dos Programas de atenção a esses grupos, cujas estratégias isoladas ou combinadas podem influenciar de forma drástica a saúde da criança. É o caso do peso ao nascer e a sobrevivência ou o estado nutricional e a capacidade imunológica da criança.

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

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

Com base na importância da atenção à saúde da criança no primeiro ano de vida de forma sistemática e programada, a descontinuidade das informações constatada no CSEM suscita algumas questões. Pergunta-se, primeiramente, quem são os recém-nascidos de risco da área de atuação do CSEM, visto que esse é o ponto básico na programação de ações de saúde para menores de um ano. A seguir, questiona-se se todos os recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM estão sendo acompanhados nesse serviço, pois no CSEM inexistem dados que forneçam essa informação, dificultando-se assim a avaliação de suas ações (através do Programa Pré-Nenê). Observando-se, através da supervisão do trabalho das equipes do CSEM, que existe assistência à saúde infantil, é preciso identificar as ações que estão sendo prestadas aos recém-nascidos de risco da região, cuja responsabilidade de atendimento é do CSEM, onde estão sendo acompanhados os que não buscaram atendimento nessa instituição e que atenção estão recebendo.

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

## Saúde da criança no primeiro ano de vida

A infância é constituída de uma sucessão de períodos, cada um com as suas peculiaridades, cada etapa preparando a seguinte, cujos limites, em geral, são pouco nítidos. Mesmo que o desenvolvimento infantil seja um processo global e contínuo, fazem-se cortes em faixas etárias como pontos de referência, para que se tornem mais claros os riscos próprios de cada fase, possibilitando, assim, nortear o planejamento das ações.

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

A relação entre as boas condições do nascimento, parto, cuidado nos primeiros meses e o desenvolvimento saudável é perfeitamente conhecida. As ações de intervenção nas condições de vida da criança, como o incentivo ao aleitamento materno, as imunizações, o saneamento básico, são responsáveis pela queda nos indicadores de morbimortalidade em todo o mundo. Apesar de já terem sido constatadas as ações que causam impacto positivo sobre a saúde da criança e de os indicadores demonstrarem a melhoria das condições de saúde, ainda se observam enormes desigualdades sociais a que as crianças estão sujeitas, que podem ser verificadas epidemiologicamente. Um exemplo são os óbitos devidos a doenças infecciosas no primeiro ano de vida em populações pobres.

No Brasil,

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

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

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

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

No entanto, é fundamental apontar que o desenvolvimento de um ser humano não pode ser resumido a medidas, escalas psicomotoras, quantitativos referentes à morbimortalidade. As mudanças no corpo e na mente de um indivíduo, desde o seu nascimento, devem ser compreendidas em um todo integrado à sua família, ao seu grupo social, enfim, ao ambiente em que ele se desenvolve.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Ações de saúde infantil**

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

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

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

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

A prevenção dos problemas da gestação, no parto e no desenvolvimento, inicia-se pela promoção de condições básicas que favorecem a saúde da população: saneamento básico, alimentação, moradia e controle das doenças infecciosas.

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

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

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

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

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

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

Com relação ao Pré-Natal, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1999) orienta, em suas normas e manuais técnicos, que a assistência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a sua prática estejam integradas a uma prática de saúde universal, com abordagem integral da pessoa no seu contexto familiar e social.

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

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

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

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

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

É imprescindível que ocorra o mais precocemente possível o reconhecimento de uma gestação de alto risco. A presença de riscos deve ser observada anteriormente ao aparecimento do dano, e o controle desses fatores de risco deve fazer parte da agenda individual da gestante, assim como da organização dos serviços de saúde.

É consenso universal ser o aleitamento materno o melhor alimento para a criança nos seus primeiros meses, pois lhe assegura o crescimento e o desenvolvimento

saudável. Tem influência biológica e emocional sobre a saúde tanto da mãe quanto da criança. Suas propriedades anti-infecciosas protegem contra doenças, assim como há importante relação entre aleitamento materno e espaçamento entre as gestações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1989).

De acordo com Faria (2000-2001), a relevância dada ao aleitamento materno, dentro das ações de saúde pública, pode ser verificada principalmente nas décadas de 70 e 80, quando ocorreu uma mobilização mundial frente ao aumento da mortalidade infantil. De forma ideal, segundo a OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1989), o aleitamento materno deveria ser exclusivo<sup>5</sup> até os quatro a seis meses de vida da criança.

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

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

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

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

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

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

---

<sup>5</sup> A criança só se alimenta do leite humano, sem nenhum outro líquido (exceto vacinas ou medicamentos).



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

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

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

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

No Brasil, o Ministério da Saúde preconiza o uso do Cartão da Criança<sup>6</sup>, que contém o padrão de referência do NCHS para o acompanhamento do peso e idade das crianças. Esse padrão é recomendado pela OMS em nível internacional, já que, pelo menos até os 10 anos de idade, crianças de diferentes etnias apresentam o mesmo potencial de crescimento, desde que tenham condições nutricionais e ambientais adequadas (BRASIL, 1996, p.42).

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

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

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

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

---

<sup>6</sup> Cartão da Criança: documento preconizado pelo Ministério da Saúde, no qual constam a identificação da criança, informações do nascimento, gráfico peso-idade, atividades que deve ser capaz de fazer de acordo com a sua idade, para o acompanhamento do seu desenvolvimento psicomotor e registro das imunizações. É um documento da criança que deve permanecer com a mãe ou responsável.

causam a morte de milhares de crianças no mundo todo e, especialmente, nas regiões subdesenvolvidas.

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

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

Apesar do progresso da cobertura vacinal no mundo, os esforços institucionais continuam, pois ainda é elevado o número de mortes de crianças por doenças imunopreveníveis ou por suas complicações.

Para alcançar a meta de 100% de crianças menores de cinco anos vacinadas, são necessárias estratégias que vão desde apoio institucional até a mobilização comunitária. É preciso disponibilizar recursos humanos e materiais, mobilizar as comunidades locais e atuar de forma intersetorial.

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

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

No município de Porto Alegre, nos anos de 1998, 1999 e 2000 a cobertura vacinal esteve muito próxima ou maior do que 100% para todas as vacinas. Os dados referentes ao ano de 2001 demonstraram uma queda acentuada, por volta dos 90%, também para todas as vacinas. Esta redução pode significar o retorno de casos de doenças que até então estavam controladas, ou em vias de erradicação, como o sarampo (VILARINO; PUSTAI, 2002).

## **Objetivos**

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

### **GERAL:**

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

## ESPECÍFICOS:

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

## Caminho metodológico

O estudo foi do tipo epidemiológico descritivo, caracterizado como uma série de casos. O modo de exposição foi observacional e com relação à direção temporal, o estudo foi retrospectivo. A unidade de observação foi o indivíduo, sendo os sujeitos da pesquisa os recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM.

Por adequação aos objetivos propostos e à limitação de tempo, optou-se por este método cuja terminologia é utilizada por Pereira (1995), que define os Estudos Epidemiológicos Descritivos como aqueles que informam sobre a distribuição dos eventos em termos quantitativos.

**LOCAL DO ESTUDO:** O estudo realizou-se na região de atuação do CSEM.

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

Após a caracterização dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM segundo o SINASC, foi realizada a busca nos domicílios, através do endereço da mãe constante na DN para identificar a atenção à saúde prestada à criança no seu primeiro ano de vida: local, frequência e tipo de atendimento recebido nos serviços de saúde; tipo e tempo de aleitamento materno; vacinação; condição de nutrição<sup>7</sup> ao completar um ano; ocorrência e motivo de internações hospitalares.

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

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

---

<sup>7</sup> A condição de nutrição da criança foi avaliada pela posição do peso em relação à curva de crescimento, aos doze meses, constante no Cartão da Criança.

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

**O INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS:** o instrumento para coleta de dados nos domicílios divide-se em três partes. Na primeira, são apresentados os dados referentes à localização do endereço da criança. Na segunda, constam as perguntas a serem respondidas pela mãe ou responsável pela criança. As variáveis dessa parte são: local de atendimento; freqüência e tipo de atendimento recebido no primeiro ano de vida; tipo e tempo de aleitamento materno; ocorrência e motivos de internações hospitalares no mesmo período. Na terceira parte constam os dados coletados dos Cartões da Criança: vacina em dia e condição de nutrição ao final do primeiro ano de vida.

**ESTUDO-PILOTO:** o estudo-piloto foi realizado durante atividade de rotina de uma UBS, com mães de crianças de 1 a 2 anos que participavam de um grupo educativo da UBS 4, realizado pela nutricionista daquela equipe.

**ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS:** os dados das DN foram analisados a partir dos registros digitados no banco de dados do SINASC, o que possibilitou a descrição dos recém-nascidos conforme as variáveis selecionadas. Os dados coletados nos domicílios foram digitados em uma planilha eletrônica do Epi Info, versão 6.0. Utilizou-se dupla entrada na digitação dos dados, a fim de diminuir os erros de digitação.

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

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

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

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

**CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:** toda pesquisa requer de parte do pesquisador o reconhecimento da autonomia dos sujeitos da pesquisa:

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

Independente das proposições metodológicas de uma pesquisa, com ou sem experimentações, é fundamental estabelecer uma relação de confiança entre o

pesquisador e os sujeitos da pesquisa. Nessa perspectiva aparece o Consentimento Informado ou Conhecimento Livre e Esclarecido não só como uma conduta ética formal, mas como uma contribuição para minimizar as desigualdades entre o pesquisador e os sujeitos.

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

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

A seguir, o projeto desse estudo foi submetido aos Comitês de Ética das duas instituições envolvidas: Secretaria Municipal de Saúde - SMS de Porto Alegre e Escola de Saúde Pública - ESP/RS, da qual faz parte o CSEM. Após aprovado sem restrições pelo Comitê de Ética da SMS e com recomendações metodológicas pelo Comitê da ESP, o projeto foi discutido com todos os trabalhadores do CSEM em reuniões por equipe em cada UBS.

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

O Termo de Consentimento Informado foi assinado pelas mães ou responsáveis pelas informações. Tanto no pedido de autorização das instituições envolvidas quanto no Termo de Consentimento Informado, consta a Declaração de Responsabilidade da pesquisadora com relação ao uso dos dados.

## Resultados

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

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

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

Com relação às variáveis que se referem aos recém-nascidos, o peso merece destaque por sua relevância na sobrevivência infantil. Um terço dos recém-nascidos do estudo tiveram baixo peso ao nascer. Provavelmente, esse foi um determinante importante

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

A descrição dos recém-nascidos de risco da região de atuação do CSEM mostrou, no geral, as desigualdades existentes entre os bairros de Porto Alegre. Todas as variáveis analisadas mostraram resultados compatíveis com indicadores de populações pobres, residentes nas periferias das grandes cidades. Os resultados encontrados podem ser considerados contribuintes ao alto coeficiente de mortalidade infantil naquela região.

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

No período estudado, a programação de ações sistemáticas de saúde infantil, a partir da responsabilidade das equipes com uma população adstrita, foi aquém do estabelecido pelo Programa Pré-Nenê. Este, por sua vez, traduz para o município de Porto Alegre as orientações dos organismos nacionais e internacionais de saúde sobre essa questão.

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

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

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

Ao analisar a vacinação das crianças, pôde-se observar, através dos resultados e, informalmente, pelas respostas das mães, que a vacinação não faz parte do acompanhamento da criança. Apesar do grande número de crianças que não receberam atendimento sistemático, os resultados referentes à vacinação são semelhantes em cobertura ao total de crianças daquela região naquele período.

A condição de saúde da criança foi analisada através da ocorrência, motivos de internações hospitalares e a condição de nutrição: 50% das crianças tiveram de uma a três internações hospitalares durante o primeiro ano de vida. As infecções respiratórias foram o principal motivo das internações. Esse resultado ratifica a importância das ações específicas de diagnóstico precoce e tratamento desse tipo de afecção. O pequeno número de internações por doenças diarreicas pode estar relacionado à capacidade resolutive das UBS nessa área ou ao fato de o período estudado ter sido prioritariamente nos meses de inverno, nos quais a prevalência de problemas respiratórios em crianças é alta.

Foi relevante o achado referente ao registro do peso da criança na curva de crescimento constante no Cartão da Criança. O elevado número de crianças que não tinham nenhum registro de peso no cartão demonstra que esse registro não é uma prática utilizada pelas equipes no seu cotidiano. Esse resultado é compatível com os achados referentes ao número de crianças que não foram acompanhadas, como determina o Programa Pra-Nenê, mas, mesmo nas consultas ambulatoriais, onde é rotina a pesagem da criança, o registro do peso no cartão não foi realizado.

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

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

Os resultados encontrados, em termos gerais, são compatíveis com a pobreza e a exclusão da população, como também com o atual estágio de consolidação do Sistema Único de Saúde. Apesar dos esforços institucionais empenhados na transformação das práticas de saúde, o estudo mostrou que o modelo da vigilância da saúde não faz parte do cotidiano das equipes das UBS naquele local.

## **Atención a la salud brindada al recién nacido de riesgo en el primer año de vida: un estudio en la perspectiva del Programa Pré-Nenê**

***Resumen:** Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, cuyo objetivo ha sido conocer la atención a la salud brindada al recién nacido de riesgo de la región de actuación del Centro de Salud Escuela Murialdo (CSEM), durante su primer año de vida. Se han utilizado los criterios de riesgo y los procedimientos establecidos por el Programa Pré-Nenê. Formaron parte del estudio, 201 recién nacidos de la región de actuación del CSEM, que presentaron algunos de los siguientes determinantes de riesgo al nacer: madre menor de 18 años, madre analfabeta, parto domiciliario, peso menor de 2500g, edad gestante < 37 semanas, parto gemelar y Apgar del quinto minuto < 4. Estos recién nacidos fueron caracterizados segundo las variables del SINASC y después buscados en sus direcciones. Fueron encontrados 89 niños. Ha sido relevante el hallado de que el 46,1% de los niños no fueron acompañados sistemáticamente por ningún servicio de salud, demostrando que la vigilancia de la salud infantil no fue una práctica cotidiana en la región de estudio. La lactación materna exclusiva, hasta los seis*

meses de vida del niño, ocurrió solamente en el 12,3% de los niños. El número de niños con vacunas al día fue similar al total de niños de aquella región. El 50% de los niños estudiados tuvieron entre 1 a 3 internaciones hospitalarias durante el primer año y el principal motivo fueron las infecciones respiratorias. Se constató que registrar el peso del niño a cada consulta no es una práctica utilizada por los equipos del CSEM. Los resultados hallados son compatibles con la pobreza y la exclusión de la población como también con el actual estadio de consolidación del Sistema Único de Saúde.

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

### **Attention to health service provided to newborns at risk during their first year of life: a study from the perspective of Pré-Nenê Program**

**Abstract:** The aim of the present quantitative and descriptive study was to provide a comprehensive view of the attention to health service provided by the Health Center of Murialdo School (CSEM) to newborns at risk during their first year of life. The risk criteria and the procedures used were those established by the Programa Pré-Nenê. Study participants were 201 newborns of the region served by the CSEM, who presented any of the following determinants of risk at birth: mother < 18 years of age, illiterate mother, domiciliary birth, birth weight < 2,500g, gestational age < 37 weeks, delivery of twins, and the Apgar score at 5 minutes of life < 4. These newborns were characterized according to variables selected from the System of Information on Live Births (SINASC); and, then, contact was tried through their home address. Eighty-nine children were reached. A significant finding was the fact that 46.1% of the children did not have regular follow-up care in any health service, which demonstrates that the vigilance of child health was not an everyday practice in these services. Exclusive breastfeeding during the first six months of life was present in only 12.3% of the children. The number of children with updated vaccination was similar to the total number of children in the region. Half of the children studied had between 1 and 3 hospitalizations during their first year of life; and the main reason for hospitalization was respiratory infection. It was verified that register of the child's weight at each visit to healthcare provider is not done on a regular basis by the teams of the CSEM. These results are compatible with the situation of poverty and exclusion of the population studied, as well as with the present stage of consolidation of the country's public health system.

**Key words:** infant; newborn; comprehensive health care; health plans and programmes.



## Referências

- ALLEYNE, G. A. O. Prólogo. In: BENGUIGUI, Y. et al. **Ações de saúde materno-infantil a nível local:** segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância. Washington, DC: OPAS, 1997. p. 283.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Centro de Referência em Vigilância Nutricional da Região Centro-Oeste. **Vigilância nutricional, antropometria:** manual de técnicas e procedimentos. Goiânia, 1996. 52 p.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Programa de Saúde da Mulher. **Assistência pré-natal:** normas e manuais técnicos. 3. ed. Brasília, DF, 1999. 52 p.
- BRAVEMAN, P. A.; TARIMO, E. **El reconocimiento sistemático en atención primaria de salud:** determinación de prioridades com recursos limitados. Ginebra: OMS, 1996. 214 p.
- CUNHA, A. J. L. A. da; SILVA, M. E. F. S.; AMARAL, J. J. F. A estratégia de "Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI" e sua implantação no Brasil. **Revista de Pediatria do Ceará**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 33-38, jan./abr. 2001.
- CUSMINSKY, M.; SUÁREZ OJEDA, E. N.. Crecimiento y desarrollo: salud de niño y calidad de vida del adulto. In: **CRECIMIENTO** y desarrollo: hechos y tendencias. Washington, DC: OPS/OMS, 1988. p. 3-19. (Publicación científica, n. 510).
- FARIA, R. M. O. de. Redes de ajuda e amamentação. **Revista de APS:** atenção primária à saúde, Juiz de Fora, MG: NATES, v. 3, n. 7, p. 15-23, dez./ maio 2001.
- FERREIRA, A. B. de H. **Novo Aurélio século XXI:** o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 2128 p.
- GOLDIM, J. R.; CLOTET, J.; FRANCISCONI, C. F. **Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. 130 p.
- HEALY, B. Lanzamiento de la iniciativa niños sanos: la meta del 2002. In: **NIÑOS sanos:** la meta de 2002. Washington, DC: OPAS/OMS, 2000. p. 16-18.
- KRUSE, W.; ABEICHE, A. Mantovani. **Assistência pré-natal.** Porto Alegre: Ed. da Universidade/UFRGS, 1992. 317 p.
- MARTINS FILHO, J. Aleitamento materno. In: ALVES FILHO, N.; CORREA, M. D. **Manual de perinatologia.** 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1995. p. 467-478.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno:** o papel essencial dos serviços materno-infantis. Genebra: OMS/OPAS, 1989. 32 p.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **A saúde no Brasil.** Brasília, DF: OPAS/OMS, 1998. 262 p.
- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia:** teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 596 p.
- PRÁ-SABER: informações de interesse à saúde. Porto Alegre: CEDIS, v. 2, n. 2, dez. 1997. 42 p.
- QUADROS, C. C. A. et al. Programa Ampliado de Inmunización (PAI). In: BENGUIGUI, Y. et al. **Acciones de salud materno-infantil a nivel local:** según las metas de la cumbre mundial em favor de la infancia. Washington, DC: OPAS, 1999. p. 143-172.
- REGO, M. A.; SILVA, B. R. da. O pediatra na assistência perinatal. In: ALVES FILHO, N.; CORREA, M. D. **Manual de perinatologia.** 2. ed. Rio de Janeiro, MEDSI, 1995. 1117 p. p. 25-34.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Departamento de Ações em Saúde.

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

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde da Mulher. **Ações em saúde:** saúde da mulher. Porto Alegre, 1997b. 94 p. (Normas técnicas e operacionais).

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 570 p.

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

VILARINO, M. A.; PUSTAI, A. K. Análise da cobertura vacinal 2001. **Boletim Epidemiológico**, Porto Alegre: Secretaria Municipal da Saúde, v. 5, n. 14, p. 3, fev. 2002.