

# PROGRAMA DE VIGILÂNCIA AO RECÉM NASCIDO DE RISCO NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PARANÁ, 2007

## Robsmeyre Calvo Melo Zurita

Enfermeira; Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá - UEM; Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: robszurita@bol.com.br

## Taqueco Teruya Uchimura

Enfermeira; Doutora em Enfermagem; Docente do programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Maringá - UEM. E-mail: taqueco@gmail.com

**RESUMO:** O objetivo deste estudo consistiu em caracterizar as informações dos recém nascidos cadastrados no Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco do município de Maringá-Paraná nos diferentes sistemas de informação no ano de 2007. Trata-se de um estudo transversal com enfoque quantitativo e analítico. Utilizou-se como fontes de dados o SINASC, Ficha de Acompanhamento do Recém Nascido de Risco (Ficha Laranja), Ficha A e C do Sistema de Informação da Atenção Básica e prontuários das 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Das 4175 crianças nascidas, residentes no município de Maringá em 2007, 710 (17%) crianças foram incluídas no Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco. Destas, foi selecionada uma amostra aleatória de 505 (71,12%) crianças, sendo 254 (50,29%) com baixo peso ao nascer, 244 (48,31%) com prematuridade, 142 (28,11%) filhos de mães adolescentes (< 18 anos), 50 (9,90%) com Apgar  $\leq 7$  e 21 (4,15%) classificadas com anomalia congênita. Observou-se que muitas destas crianças apresentaram mais de um critério de risco. Do total das Fichas A foram encontradas 131 (25,9%) crianças, foram localizadas 128 (25,3%) crianças com Fichas C e com relação aos prontuários, foram localizados 359 (71,0%). A qualidade de informações de registros em saúde tem um potencial evidente como componente necessário para adequada atenção à saúde e uma melhor organização dos serviços de saúde, resgatando os princípios básicos do SUS como a integralidade do cuidado, com equidade e a universalidade do acesso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; Recém-Nascido; Sistemas de Informação.

## VIGILANCE PROGRAM FOR HIGH RISK NEWLY-BORN CHILDREN IN MARINGÁ PR BRAZIL DURING 2007

**ABSTRACT:** Current analysis evaluates information on infants enrolled in the high-risk newborn children monitoring program in Maringá PR Brazil within the various information systems prepared in 2007. Analysis consists of a cross-section study based on the quantitative and analytical approach. Data sources such as SINASC, Newborn Risk Monitoring Chart (Orange Card), Form A and C of the Information System of Primary Care, and Medical Records of 23 Basic Health Units (UBS) were used. Further, 710 (17%) out of the 4175 children born in Maringá in 2007 were included in the monitoring program for high-risk newborn children. A random sample of 505 (71.12%) children was provided, featuring 254 (50.29%) characterized by low weight at birth; 244 (48.31%) premature children; 142 (28.11%) children born of teenage mothers (<18 years), 50 (9.90%) with score  $\leq 7$  and 21 (4.15%) classified as congenital anomaly. Most children have more than one risk criterion. Through Chart A and Chart C, 131 (25.9%) and 128 (25.3%) children were located; 359 (71.0%) were located by the Medical Records. The quality of information in health records is potentially required for adequate health care and for a better organization of health services. Consequently, the main ba-

sic principles of the Brazilian Health Organization, such as comprehensive, equal and universal access could be met with.

**KEYWORDS:** Nursing; Newborn; Information Systems.

## INTRODUÇÃO

De acordo com Almeida Filho e Rouquayrol (2006) o termo risco tem sido utilizado operacionalmente como a probabilidade de ocorrência de uma doença, agravo, óbito ou condição relacionada à saúde, incluindo nesta definição também, a cura, recuperação ou melhora, em uma determinada população ou grupo, durante um período de tempo. Risco é o correspondente epidemiológico do conceito matemático de probabilidade, onde a probabilidade refere-se a modelos de distribuição populacional, chances de um indivíduo não redutível, frente a um diagnóstico ou prognóstico.

A apropriação do conceito de risco e dos conhecimentos sobre determinantes de risco obtidos em estudos epidemiológicos e sua incorporação no planejamento e programação dos serviços de saúde originou a estratégia denominada “enfoque de risco”. Essa proposta encontrou na área materno-infantil ambiente propício para o desenvolvimento de diversos estudos realizados sobre os fatores de risco e por priorizar o atendimento dos serviços de saúde a essa população, de maneira sistemática, visando extensão da cobertura e racionalização de recursos financeiros da saúde (LUHM, 2001).

O “enfoque de risco” orienta uma ampla possibilidade operacional a partir da previsão do aparecimento dos danos à saúde, possível controle ou eliminação de fatores de risco e identificação dos indivíduos ou parcelas da população que necessitam de atenção prioritária dos serviços de saúde para compensar os riscos a que estão expostos (LUHM, 2001).

Para a implementação das atividades assistenciais de normatização à criança de risco, já se dispõem de instrumentos que permitem identificá-las e mapear os riscos a que estão expostas. O conceito de risco está associado a probabilidades, e o encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre está explicado ou é conhecido. A realidade epidemiológica local é considerada relevante aos fatores de risco (BRASIL, 2001).

As políticas de assistência a saúde integral da criança no Brasil não seguem um padrão único, como o Programa Nacional de Imunização (PNI), mas procuram estabelecer princípio técnico científico para elaboração de normas de atenção integral, priorizando o nível de atenção primária, definindo as prioridades segundo critérios de risco. Alguns indicadores e parâmetros são definidos como importantes, desde o início da década de 80, baixo peso ao nascer, ausência de aleitamento materno, história de óbito infantil anterior, mãe menor de 17 anos, paridade maior de 4, espaço gestacional menor de 2 anos, desestruturação familiar, falta de apoio social, mãe doente mental e drogada, desemprego do chefe da família, baixa renda familiar (BRASIL, 1982).

Estimulando a utilização da estratégia de risco na atenção infantil no Brasil a Secretaria de Assistência Materno Infantil do Ministério da Saúde divulgou em 1995 o documento “Diretrizes para a Implantação de Programas de Assistência

à Saúde Infantil” com orientações para implementação nos municípios (BRASIL, 1995).

Os fatores de risco para baixo peso ao nascer que podem influenciar negativamente no crescimento intra-uterino podem ser: o fumo, o álcool e outras drogas, a hipertensão arterial, as doenças infecciosas crônicas, as doenças sexualmente transmissíveis, o estado nutricional da gestante, o curto intervalo interpartal (menor do que dois anos), a elevada paridade, a gestação múltipla, anomalias congênitas e a idade materna (menor que 19 anos e maior que 35 anos) (BRASIL, 2002).

O acompanhamento sistemático e rotineiro do crescimento e desenvolvimento da criança de baixo peso ao nascer constitui o eixo central e norteador da assistência à saúde pelas UBS, configurando ações importantes para a redução do coeficiente de mortalidade infantil (SLOMP et al., 2007).

O conceito e noções de vulnerabilidade são recentes e contribui para a renovação das práticas de saúde em geral e, particularmente, aquelas de prevenção e promoção da saúde, sendo necessário avançar além da abordagem das estratégias de redução de risco (FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

As crianças de risco devem ser priorizadas para o desenvolvimento das ações de vigilância à saúde, captação precoce e busca ativa para a manutenção do calendário da atenção à saúde da criança. Segundo a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil são fatores de risco ao nascer: residente em área de risco; baixo peso ao nascer (<2.500g); prematuros (<37 semanas de idade gestacional); asfixia grave (apgar < 7 no 5º minuto de vida); crianças internadas ou com intercorrências na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido; orientações especiais à alta da maternidade/unidade de cuidados do recém-nascido; recém-nascido de mãe adolescente (< 18 anos); recém-nascido de mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo); história de morte de crianças < 5 anos na família (BRASIL, 1994; BRASIL, 2005).

Em Maringá-Paraná, até 1999, o acompanhamento de crianças menores de um ano era realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o acompanhamento não era de forma sistematizada, porém havia protocolos estabelecidos de atendimento para esta população.

O Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco no município de Maringá seguindo a política do Ministério da Saúde (MS) instituiu-se no ano de 2000 com a proposta de mudança do modelo assistencial e com o compromisso de cumprir as metas pactuadas com outras esferas governamentais para melhoria dos indicadores (PARANÁ, 2001).

Os critérios de inclusão utilizados para os recém nascidos residentes em Maringá são: idade materna menor que 18 anos; peso menor que 2500g; idade gestacional menor que 37 semanas; apgar no 5º minuto menor igual a 7; presença de anomalia e outros critérios que necessitam de especificação. Os recém nascidos inclusos podem ter um ou mais critérios associados.

No Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco são utilizadas duas fichas de cores distintas, Ficha de Acompanhamento do Recém Nascido de Risco (Ficha Laranja) e Ficha de Avaliação de Alta do Recém Nascido de Risco (Ficha

Verde) que são preenchidas durante a internação hospitalar onde ocorreu o parto, por técnicos de nível médio em visitas às mães, em instituições públicas, privadas e filantrópicas. A Ficha Verde permanece arquivada no setor de Vigilância Epidemiológica contendo dados da mãe, dados do nascimento, critérios de inclusão no programa, dados de alta aos 12 meses, sem registro do acompanhamento mensal do recém nascido de risco no verso. A Ficha Laranja, que é enviada à UBS da área de abrangência, difere no verso onde há espaços para registro e identificação de consultas ou atendimentos durante o primeiro ano de vida da criança.

A alta do Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco se dá após o período de 12 meses, a Ficha Laranja é encaminhada ao setor de Vigilância Epidemiológica pela UBS, para completar dados na Ficha Verde, onde os dados da alta podem ser: saudável, mudança de endereço, óbito, inclusão em programas e outros, a Ficha Laranja retorna ao prontuário da criança na UBS de origem.

Recém nascidos incluídos no Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco que não utilizam a Rede Básica de Saúde, as mães são orientadas a solicitar o preenchimento mensal da mesma durante a consulta ou atendimento pelo profissional particular/convênio e retornar preenchida após os doze meses à UBS da área de abrangência.

Diante do exposto pretende-se caracterizar as informações dos nascidos vivos de risco nas diferentes fontes de registro do Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco do município de Maringá.

Os registros produzidos de forma rotineira nas inúmeras atividades da área da saúde são dados que podem ser transformados em informações. Ao se consolidarem em conjunto integrado de componentes articulados dentro de normas e regras determinadas e com referencial explicativo sistemático, produzem e analisam indicadores que são incorporados nos Sistemas de Informação da Saúde (SIS) (PEDROSA; SARIÑO; ORDONHA, 2005).

Roncalli e Lima (2006) afirma que o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). O SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial dos sistemas locais de Saúde, incorporando em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, e se encontra totalmente inserido no contexto de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) no País, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes.

Os profissionais de saúde tem papel decisório na implantação de ações e programas, principalmente o enfermeiro que é parte integrante e mobiliza a equipe a qual está inserido. A enfermagem foi caracterizada pela concepção de “execução” de tarefas e por consequência a parte operacional de “alimentar” os bancos de dados existentes nos locais de atuação.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com enfoque quantitativo-analítico. O estudo foi realizado em todas as 23 UBS da Rede Básica de Saúde do ano de 2007 e no Setor de Vigilância Epidemiológica.

Foram identificados 4175 nascimentos de crianças cujas mães eram residentes no município de Maringá pelo SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos que propicia um aporte significativo de dados sobre nascidos vivos, com suas características mais importantes, como idade materna, sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto, peso ao nascer, apgar, idade gestacional, má formação congênita e outras. A operacionalização do sistema é composta pelo documento padrão, que é a Declaração de Nascido (DN), e pelo programa para operação em microcomputadores, que é composto por sete blocos de preenchimento com 41 variáveis. A DN é impressa pelo MS em três vias previamente numeradas. É distribuída gratuitamente às secretarias estaduais de saúde, que as fornecem às secretarias municipais, que por sua vez a repassam aos estabelecimentos de saúde e cartórios (BRASIL, 2001).

Foram incluídas no Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco 710 (17%) crianças por apresentarem pelo menos um dos critérios de risco. Para a definição do tamanho da amostra a ser estudada considerou-se o erro amostral de 1% o que determinou uma amostra mínima de 483 crianças independente do tipo e tamanho da população. Foram sorteadas mais 5% do total perfazendo 505 crianças para possíveis perdas.

A justificativa de utilizar o ano de 2007 é de que o retorno das Fichas de Acompanhamento do Recém Nascido de Risco após os doze meses de duração do programa, nem sempre é efetivo nas UBS podendo ocorrer atrasos, optando-se assim em utilizar dados de nascimentos no período de 01/01/2007 a 31/12/2007 cujo fechamento poderia estar dentro do prazo até 31/12/2008.

Além das Fichas do Programa Bebê de Risco foram utilizados fichas do SIAB, a Ficha A- cadastro familiar e Ficha C- criança menor de 5 anos.

A Ficha A é preenchida nas visitas que o agente comunitário de saúde (ACS) faz às famílias em sua área de abrangência, sendo uma ficha por família. As informações recolhidas como a identificação da família, cadastro de todos os seus membros, situação de moradias e outras informações adicionais permitem à ESF conhecer as condições de vida das pessoas e melhor planejar suas intervenções. Todos os dados da ficha A devem ser atualizados sempre que houver alteração. O ACS registra, todo mês, a ocorrência de mortes, mudanças de atividade profissional (ocupação) dos membros da família, as condições de moradia e saneamento e a ocorrência de nascimentos.

Por sua vez, a Ficha C é o instrumento utilizado para o acompanhamento da criança menor de 5 anos, a ficha C é uma cópia do “Cartão da Criança” padronizado pelo MS, utilizado pelos diversos serviços de saúde nos municípios. O Cartão da Criança é produzido em dois modelos distintos: um para a criança de sexo masculino e um para a criança do

sexo feminino. Toda família que tenha uma criança menor de cinco anos acompanhada em uma UBS deve possuir o Cartão da Criança, o qual servirá como fonte básica dos dados que são coletados pelos ACSs.

O prontuário foi tratado neste estudo como registro em saúde, definido como o documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

As UBSs atualmente estão informatizadas, porém durante a coleta de dados só foram utilizados as informações dos atendimentos contidos em formulários de papel. Os dados do primeiro atendimento do usuário são cadastrados no computador da UBS, gerando um número de prontuário que é interligado entre todas as UBSs, porém os registros de atendimentos são realizados manualmente pelos profissionais, não havendo padronização.

Os dados foram arquivados no Aplicativo Microsoft Office Excel 2003 e analisados pelo Statistica 7.1. Foram realizadas medidas resumo das variáveis categóricas e para as variáveis numéricas frequências simples e relativas.

Foi solicitado ao Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores (CECAPS) da Secretaria Municipal de Saúde e a todos os gerentes das UBS, acesso na utilização do sistema de informações e prontuários de pacientes para realização do estudo, e a liberação ocorreu através do ofício nº 795/2008. O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde apreciou e aprovou o estudo mediante o Parecer nº 595/2008.

Considerando que se trata de um estudo em que se utilizam dados de domínio público de fontes secundárias, não havendo identificação física e nominal da criança e da mãe, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) não foi utilizado.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 4175 crianças nascidas e residentes no município de Maringá em 2007, 710 (17%) crianças foram incluídas no Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco, encontrados os seguintes dados: 347 (48,90%) recém nascidos do gênero masculino e 353 (49,70%) do gênero feminino e 10 (1,40%) recém nascidos sem registro da variável gênero. Quanto à variável peso menor que 2500g foram identificados em 370 (52,11%) dos incluídos no Programa de Vigilância ao Recém Nascido de Risco. A idade materna < 18 anos foi identificada em 189 (26,61%) dos nascimentos, do total de partos, a menor idade registrada foi de mãe adolescente com

13 anos e a maior registrada foi de 44 anos de mãe tardia. O tipo de parto cesáreo foi encontrado em 465 (65,50%) dos nascimentos. A anomalia congênita foi encontrada em 33 (4,65%) dos nascimentos. Apgar < que 7 no 5º minuto em 70 (9,85%) dos nascimentos e quanto à idade gestacional 361 (50,8%) com prematuridade. Foram registrados no período 28 (3,95%) óbitos dos recém nascidos.

Das crianças incluídas no Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco, sendo selecionada uma amostra aleatória de 505 (71,1%) crianças, das quais 254 (50,3%) apresentaram baixo peso ao nascer, 244 (48,3%) eram prematuras, 142 (28,1%) eram filhos de mães adolescentes (< 18 anos), 50 (9,9%) tinham Apgar ≤ 7 e 21 (4,1%) foram classificadas como portadoras de anomalia congênita. Observou-se que muitas destas crianças apresentaram mais de um critério de risco.

A Tabela 1 apresenta o total das crianças de risco (710) segundo as UBSs, a amostra proporcional delas derivada (505), o número de crianças cadastradas na ficha laranja pelo setor de Vigilância Epidemiológica (505), o total de crianças cadastradas na ficha A (131), o total de crianças cadastradas na ficha C (128) e o total de crianças com prontuários localizados nas UBSs (359), observando-se que os percentuais da ficha laranja estão na coluna e os da ficha A, ficha C e prontuários se encontram na linha.

Ao todo, nas fichas A foram encontradas 131 (25,9%) crianças, destacando-se a UBS Iguatemi como a de maior índice de Ficha A, com 81,0% (17 fichas), em contraste com as UBSs Vila Operária, com uma única Ficha A (6,3%) e do Jardim Quebec, com 4 fichas A localizadas (7,0%). Na UBS Parigot de Souza não foi encontrada nenhuma ficha A.

De maneira geral, observou-se em todas as UBSs dificuldade em localizar a ficha A e a ficha C, o que sugere que elas ficam restritas ao processo de digitação do profissional ACS para alimentar o SIAB e não há organização para arquivamento das fichas nas UBSs, fato que foi evidenciado nas várias visitas.

Foram localizadas 128 (25,3%) crianças com ficha C nas amostras das UBSs estudadas. Nas UBS Iguatemi encontraram-se 17 (81,0%) crianças com ficha C e na do Parque das Grevileas localizaram-se 16 (84,2%) com ficha C. Nas UBSs Maringá Velho e São Silvestre foi encontrada uma única ficha C em cada serviço, o que representa 3,6% e 6,3% respectivamente de fichas C localizadas. Não foram localizadas fichas C nas UBSs Aclimação, Zona Sul e Parigot de Souza.

Com relação aos prontuários, foram localizados 359 (71,0%). Destaca-se que na UBS Universo foram encontrados todos os prontuários, na UBS Morangueira, 90,9% (10 prontuários), percentual utilizado tendo como referência o número de fichas laranja da amostra populacional. Em menor proporção, na UBS Zona Sul foram localizados apenas 23,1% (6) do total da amostra proporcional referenciada a essa UBS.

Tabela 1 Distribuição do número e percentagem do total de crianças, população amostral, ficha laranja, ficha A, ficha C e prontuários por UBS. Maringá-PR, 2007.

UBS	Total de crianças	Amostra populacional	Ficha Laranja		Ficha A		Ficha C		Prontuários	
	Nº	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Parigot	18	13	13	2,6	-	-	-	-	10	76,9
Pinheiros	81	57	57	11,3	12	21,1	4	7,0	45	78,9
Alvorada I	26	21	21	4,2	7	33,3	9	42,9	16	76,2
Cidade Alta	41	32	32	6,3	6	18,8	9	28,1	28	87,5
Grevileas	22	19	19	3,8	7	36,8	16	84,2	13	68,4
Iguaçu	28	17	17	3,4	2	11,8	6	35,3	12	70,6
Iguatemi	27	21	21	4,2	17	81,0	17	81,0	17	81,0
Industrial	18	15	15	3,0	3	20,0	4	26,7	11	73,3
Internorte	19	10	10	2,0	4	40,0	3	30,0	4	40,0
Mandacaru	49	34	34	6,7	10	29,4	5	14,7	25	73,5
Maringá Velho	40	28	28	5,5	4	14,3	1	3,6	15	53,6
Morangueira	19	11	11	2,2	4	36,4	3	27,3	10	90,9
Ney Braga	38	25	25	5,0	8	32,0	8	32,0	21	84,0
Quebec	66	57	57	11,3	4	7,0	5	8,8	42	73,7
São Silvestre	19	16	16	3,2	4	25,0	1	6,3	13	81,3
Tuiuti	18	15	15	3,0	2	13,3	4	26,7	9	60,0
Universo	10	9	9	1,8	5	55,6	5	55,6	9	100,0
Vila Esperança	21	14	14	2,8	8	57,1	7	50,0	8	57,1
Vila Operária	30	16	16	3,2	1	6,3	2	12,5	4	25,0
Zona Sul	39	26	26	5,1	3	11,5	-	-	6	23,1
Guaiapó-Requião	38	24	24	4,8	15	62,5	15	62,5	21	87,5
Alvorada III	31	23	23	4,6	4	17,4	4	17,4	19	82,6
Aclimação	7	2	2	0,4	1	50,0	-	-	1	50,0
*Outros	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>710</b>	<b>505</b>	<b>505</b>	<b>100</b>	<b>131</b>	<b>25,9</b>	<b>128</b>	<b>25,3</b>	<b>359</b>	<b>71,0</b>

\*UBS Floriano e UBS Olímpico não entraram na amostra

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias de avaliação e melhoria da qualidade na Atenção Básica têm sido direcionadas para a avaliação da ESF como a principal diretriz política para alcançar o princípio da universalidade do SUS.

A qualidade é um objetivo que vem sendo perseguido por gestores, profissionais e usuários do SUS. A elaboração de normas e critérios a nortear a assistência à saúde nas últimas décadas está limitada às áreas técnicas e à implantação de programas. Assim os parâmetros quase sempre foram construídos a partir de indicadores preestabelecidos, não se conseguindo fazer as mudanças qualitativas que se espera serem feitas em decorrência da reorientação do modelo assistencial preconizado pela ESF.

Os documentos utilizados como instrumentos de coleta no SIAB não seguem padronização de arquivamento e em

algumas UBSs os ACSs mantinham em seus domicílios as ficha A e C, o que era justificado pela ausência de espaço para seu armazenamento na área da UBS. Algumas fichas foram desprezadas ao ocorrer demissão do ACS. O profissional que assume a área de abrangência não recebe as fichas da população referenciada da sua área de abrangência e começa a utilizar as ficha A e C novamente, sem continuação do trabalho.

Cabe ressaltar a necessidade de que as ficha A e C tenham, dentro das UBS, local próprio para armazenamento, pois contêm dados cadastrais e pessoais de usuários SUS, sendo necessário controle e vigilância por parte do diretor da UBS. Essa questão ficou evidente quando as fichas foram procuradas junto aos ACSs, para fins de pesquisa como fonte secundária e pouco encontradas.

Evidenciou-se que a alimentação dos dados no SIAB se dá para o cumprimento de normas estabelecidas entre as esferas

gestoras municipal, estadual e federal, de caráter obrigatório para a manutenção e recebimento de incentivos financeiros. As potencialidades dos sistemas não têm sido utilizadas para nortear o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de grupos de risco e consolidação da ESF como conversão do modelo assistencial à saúde vigente.

Acredita-se, ainda, que a utilização dos Sistemas de Informação em Saúde é estruturante para a qualidade dos dados e uma ferramenta efetiva no monitoramento dos serviços e ações de saúde para grupos prioritários, evidenciando a necessidade de uniformizar critérios, estabelecer conexões com outros sistemas de informação e com isso subsidiar as decisões de gestão.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 4. ed. revisada e ampliada. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2005.
- \_\_\_\_\_. **Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica, 2002.
- \_\_\_\_\_. **Manual de Procedimentos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, ago. 2001.
- \_\_\_\_\_. **Diretrizes para a Implantação de Programas de Assistência à Saúde Infantil**. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde; Coordenação Materno Infantil, 1995. (Mimeo - Versão Preliminar).
- \_\_\_\_\_. **Manual de Assistência ao Recém Nascido**. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde; Coordenação Materno-Infantil, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Relatório da Reunião Técnico-Científica sobre Normatização da Assistência Integral à Criança e ao Adolescente**. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde; Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, 14-17 jun. 1982. (Mimeo - versão preliminar).
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº CFM 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. **Diário Oficial [da] União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 153, Seção 1, p. 184-185, 9 ago. 2002.
- FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. Child health care in Brazil: aspects of program vulnerability and human rights. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 15, n. 6, p. 1171-1176, nov./dez. 2007.
- LUHM, K. R. **O enfoque de risco na organização de serviços de saúde materno-infantil: avaliação do modelo preditivo utilizado pelo Programa "Nascer em Curitiba Vale a Vida"**. 2001. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2001.
- PARANÁ. Prefeitura Municipal de Maringá. Secretaria Municipal da Saúde. **Proposta de Reestruturação do Programa Saúde da Família no Município de Maringá**. Maringá, PR: PMM, 2001.
- PEDROSA, L. D. C. O.; SARINHO, S. W.; ORDONHA, M. A. R. Óbitos neonatais: por que e como informar? **Rev. Brás. Saúde Mater. Infantil**, v. 5, n. 4, p. 411-418, out./dez. 2005.
- RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 713-724, 2006.
- SLOMP, F. M. et al. Assistência ao recém-nascido em um Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enfermagem**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 441-446, 2007.

Recebido em: 17 Março 2010

Aceito em: 08 Janeiro 2011