

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

JULIANA ANTUNES ROCHA FERNANDES

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA PUÉRPERA E DO RECÉM NASCIDO DO
CENTRO DE SAÚDE CABANA: criação de formulário para auxiliar o
profissional de saúde**

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2014

JULIANA ANTUNES ROCHA FERNANDES

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA PUÉRPERA E DO RECÉM NASCIDO DO
CENTRO DE SAÚDE CABANA: criação de formulário para auxiliar o
profissional de saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2014

JULIANA ANTUNES ROCHA FERNANDES

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA PUÉRPERA E DO RECÉM NASCIDO DO
CENTRO DE SAÚDE CABANA: criação de formulário para auxiliar o
profissional de saúde**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – orientadora

Profa. Kátia Ferreira Costa Campos

Aprovada em Belo Horizonte, em 30 de agosto de 2014

RESUMO

Durante o primeiro trimestre de 2014, foram registrados 17 nascimentos na área adscrita da equipe 02 do Centro de Saúde Cabana. Destes, apenas três atendimentos do 5º dia foram registrados em prontuário. Essa falha resulta na perda de conteúdo e dados importantes no acompanhamento e vigilância das famílias. Por tal motivo fez-se necessária à criação de um instrumento de fácil e rápido preenchimento para que os dados e evolução durante o atendimento não se percam. Tal instrumento, o “Formulário para Visita Domiciliar do RN e Puérpera”, busca orientar o profissional de saúde na execução das Ações do 5º quanto aos passos a serem seguidos, além do registro do atendimento. Para tanto, foi necessário buscar fundamentação teórica em artigos identificados nas bases de dados do SciELO e da LILACS bem como em livros e documentos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde de Minas Gerais e Belo Horizonte. De posse do material, passou-se à confecção do instrumento proposto. Este instrumento é um formulário objetivo, com espaço para identificação completa do paciente. Nele consta cada passo a ser feito, com espaço para marcar um x quando se cumprir um item, espaço para escrever dados e avaliações complementares, sendo um documento a anexar no prontuário, como uma evolução do atendimento prestado. Com o uso do mesmo foi possível o registro da captação de todos RN até 15º dia de nascimento nascidos na área de abrangência da equipe 02 do C.S Cabana, identificação precoce de agravos como sinais de icterícia no recém-nascido e instabilidade emocional materna. Possibilitou também a verificação das ações do 5º dia e o incentivo ao aleitamento materno exclusivo.

Descritores : Teste do pezinho. Atenção Primária à Saúde . Recém nascido.

ABSTRACT

During the first quarter of 2014, there were 17 births enrolled in the team area 02 Center Health Hut. Of these, only three calls from the 5th day were recorded in medical records. This failure results in the loss of important data and content monitoring and surveillance of families. Therefore it was necessary to create a tool for easy and fast filling so that data and evolution during service are not lost. Such instrument, the "Form for Home Visit RN and Postpartum," seeks to guide health professionals in implementing the actions of the 5th on the steps to be followed, in addition to the service record. Therefore, it was necessary to seek theoretical foundation in articles, books and documents of the Ministry of Health and the Department of Health of Minas Gerais and Belo Horizonte. In possession of material, went to the making of the proposed instrument. This instrument is an objective form, complete with space for patient identification. It indicates each step to be done, with space to mark an x when you meet an item, space to write data and assessments, and to attach a document in the medical record, as an evolution of service rendered. With the use of it was possible to record the capture of all infants up to 15 th day of birth born in the catchment area of the team's 02 CS Cabin, early identification of injuries as signs of jaundice in the newborn and maternal emotional instability. Also allowed the verification of the actions of the 5th day and the promotion of exclusive breastfeeding.

Descriptors: Guthrie Test. Primary Health Care. Newborn

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 07 |
| 2 JUSTIFICATIVA..... | 12 |
| 3 OBJETIVO..... | 13 |
| 4 METODOLOGIA..... | 14 |
| 5 REVISÃO DA LITERATURA | 15 |
| 6 FORMULÁRIO PARA VISITA DOMICILIAR DO RN E PUÉRPERA..... | 19 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 23 |
| REFERÊNCIAS..... | 24 |

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde no Brasil sofreram várias modificações ao longo das décadas desde a instituição da Previdência Social. O modelo vigente hoje é o do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido como direito social na Constituição Federal de 1988. O SUS instituído em 1990, com a publicação da Lei orgânica da saúde e inovou no conceito de saúde, que antes era vista somente como ausência de doença e passou a ser considerada como um estado biopsicosociocultural e determinante para o bem estar do indivíduo e, conseqüentemente, para sua saúde.

De acordo com Cunha e Cunha (2001) os princípios do SUS são divididos em:

Princípios Doutrinários:

- Universalização – O SUS é direito de todo cidadão brasileiro e, portanto todos devem ter garantido o acesso aos serviços e ações de saúde;
- Equidade – Os serviços de saúde são prestados de acordo com as necessidades de cada indivíduo e não igualmente para todos, ou seja, consiste em tratar desigualmente os desiguais, com maior investimento nos locais de maior carência;
- Integralidade – Enxergar o usuário do serviço de saúde como um todo, e não somente um pedaço de corpo doente, atendendo o cidadão em todas suas necessidades. Esse princípio também pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas objetivando o melhoramento da qualidade de vida dos usuários.

Ainda de acordo com Cunha e Cunha (2001), no que diz respeito aos Princípios Organizativos, eles se dividem em:

- Regionalização e Hierarquização: O serviço de saúde deve ser organizado em três níveis de complexidade, circunscritos à determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento dos usuários do serviço.
- Descentralização e Comando Único: Os poderes e responsabilidades são distribuídos entre as três esferas de governo (união, estados e municípios). O município tem autonomia para administrar o seu sistema de saúde desde que siga os princípios e leis do SUS.

- Participação popular: Criação dos Conselhos e Conferências de Saúde com função de formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde. Os Conselhos de Saúde devem existir nos níveis federal, estadual e municipal, e são órgãos deliberativos de caráter permanente e compostos por representantes de toda sociedade.

No município de Belo Horizonte, os níveis de atenção à saúde são divididos de acordo com grau de complexidade em níveis primário, secundário e terciário. O nível de atenção primária é chamado no município de Atenção Básica e constitui-se das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Centros de Saúde (C.S) que se configuram como a principal porta de entrada do usuário no serviço de saúde pública do município (BELO HORIZONTE, 2005).

A organização do atendimento nesse nível de atenção se dá a partir da definição territorial ou área de abrangência sobre a qual o CS é responsável pelo atendimento de saúde. A tecnologia utilizada é de alta complexidade e baixa densidade, devendo solucionar os agravos de saúde mais frequentes e relevantes, além de realizar ações de prevenção e promoção de saúde da população adscrita (BELO HORIZONTE, 2005)

O território da UBS é dividido em áreas de acordo com critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde Belo Horizonte (SMSA-BH), que ficam sob responsabilidade das Equipes de Saúde da Família (ESF). O recomendado é que cada equipe seja responsável por 600 a 1000 famílias, nunca ultrapassando 4500 indivíduos. Essa proporção é definida de acordo com o risco de vulnerabilidade de saúde (quanto maior o risco menor o número de pessoas atendidas pela equipe). Essa divisão em equipes por número de pessoas e risco busca atender ao princípio do SUS de equidade. Além disso, por meio desse modelo de atenção, os profissionais das ESF estabelecem uma ligação com a comunidade de sua área, conhecendo pessoal e integralmente os usuários, criando um vínculo com a população referida à equipe.

O Índice de Vulnerabilidade à Saúde utilizado pela SMSA/PBH é uma combinação de diferentes variáveis num indicador que busca resumir informações relevantes que traduzem as desigualdades intra-urbanas, apontando áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos, favorecendo a proposição de ações intersetoriais (BELO HORIZONTE, 2005, p. 48)

De acordo com a SMSBH (BELO HORIZONTE, 2005), os indicadores utilizados na construção das áreas de risco de vulnerabilidade em Belo Horizonte são: saneamento básico, habitação, educação, renda e social/saúde. Cada variável possui um peso no cálculo de risco, sendo a área ao final do processo classificada em: risco baixo, risco médio, risco elevado ou risco muito elevado. A qualidade da assistência prestada à criança é muito importante no contexto da Atenção Básica de Saúde, uma vez que um atendimento realizado corretamente pode prevenir vários agravos, além de promover a saúde e detectar precocemente possíveis problemas de saúde, acarretando na melhoria dos indicadores de saúde da população.

O Centro de Saúde (CS) Cabana situa-se na região Oeste da cidade de Belo Horizonte. Possui seis equipes de Programa de Saúde da Família (PSF), todas constituídas por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), técnico de saúde bucal e conta também com profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Cabe a este atender parte do aglomerado Cabana do Pai Tomás e do seu entorno (bairros Gameleira, Patrocínio e Nova Gameleira). De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o CS possui, em seu território, uma população de 18.707 pessoas. À equipe dois, são adscritas, ao todo, 2342 pessoas, sendo todas elas moradoras do aglomerado.

De acordo com a classificação quanto à vulnerabilidade, ao risco de adoecimento dessa população de acordo com os padrões estabelecidos pelo município de Belo Horizonte nas Oficinas de Saúde, a população adscrita da equipe 02 foi classificada como de alto (classificação amarela) e altíssimo (classificação vermelha) risco.

Nesse contexto, a vigilância em saúde toma uma proporção ainda maior, sendo importante instrumento para acompanhamento e intervenção nessa população.

As três ações principais realizadas a partir da vigilância são: promoção de saúde, prevenção de agravos e atenção curativa. As intervenções diante de um problema de saúde evidenciado a partir desse instrumento de saúde devem combinar essas três ações com equilíbrio a partir da necessidade do paciente no momento, sempre visando à integralidade da assistência.

O governo brasileiro tem como prioridade as políticas de saúde na área da atenção à saúde da mulher e da criança, tendo assumido compromissos internacionais para a redução da morte materna e neonatal. Essas mortes estão estreitamente relacionadas ao nível socioeconômico da família e deficiência da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e ao RN, podendo ser evitadas. Por esse motivo elas são importantes indicadores sensíveis à qualidade de vida de uma sociedade (BRASIL, 2004)

No que se refere ao município de Belo Horizonte, o índice de mortalidade infantil, em 2002, foi de 13,1 mortes/mil nascidos vivos, com predomínio da mortalidade neonatal e concentração nas áreas mais carentes da cidade. Foi assumido um pacto no município pela qualificação da atenção à criança e redução da mortalidade perinatal e infantil, com responsabilização da rede de saúde pela prevenção dessas mortes precoces e evitáveis (BELO HORIZONTE, 2004).

Os dados estatísticos da Prefeitura de Belo Horizonte, em 2011, apontam que o índice de mortalidade caiu para 10,4 mortes/mil nascidos vivos, o que evidencia uma melhora da assistência prestada a essa população, de acordo com o pacto assumido pelo município (BELO HORIZONTE, 2011). Dentre as ações realizadas, encontram-se a captação precoce da mãe gestante, o acompanhamento sistemático do seu pré-natal e a captação precoce do recém nascido (RN) com inserção do mesmo na puericultura.

O atendimento precoce ao binômio mãe e filho é uma das ações preconizadas. Nele são verificadas as Ações do 5º Dia, momento em que a mãe é ouvida e esclarecida quanto às possíveis dúvidas bem como são feitas orientações e outras atividades, de acordo com a necessidade evidenciada.

As orientações e avaliações feitas no 5º dia podem ser realizadas durante visita domiciliar ou na UBS. Durante a visita domiciliar, além de realizar parte das Ações, o profissional de saúde tem oportunidade de conhecer o ambiente em que vive a família, podendo assim captar melhor possíveis necessidades. Trata-se, ainda, de um momento importantíssimo, onde o profissional de saúde pode conhecer a realidade daquela família e intervir de forma mais eficaz, além de reforçar o vínculo e realizar vigilância em saúde de forma efetiva.

Visitas domiciliares são recomendadas às famílias de gestantes e de crianças na primeira semana pós-parto e, posteriormente a esse período, a

periodicidade deve ser pactuada com a família a partir das necessidades evidenciadas e considerando-se os fatores de risco e proteção (BRASIL, 2012a, p.35)

A visita domiciliar pode ser utilizada como uma estratégia para vigilância em saúde. Souza, Lopes e Barbosa (2004) evidenciam a importância da visita domiciliar devido ao estreitamento da relação entre a família, o profissional e o serviço de saúde e por se constituir em um valioso instrumento na identificação de problemas, planejamento de intervenções e educação em saúde. No que diz respeito à educação em saúde ela pode contribuir para a mudança de padrões de comportamento e, conseqüentemente, promover a qualidade de vida através da prevenção de doenças e prevenção de saúde.

Durante o primeiro trimestre de 2014, foram registrados 17 nascimentos na área adscrita da equipe 02 do CS Cabana. Destes, apenas três atendimentos do 5º dia foram registrados em prontuário. Como enfermeira da equipe, sei que quase 100% dos atendimentos foram realizados, porém não foram registrados por falta de tempo oportuno ao retorno das visitas ou ao término do atendimento na unidade de saúde, devido à agenda apertada e grande demanda da unidade de saúde. Essa falha resulta na perda de conteúdo e dados importantes no acompanhamento e vigilância das famílias.

Por tal motivo fez-se necessária a criação de um instrumento de fácil e rápido preenchimento para que os dados e evolução durante o atendimento não se percam, sendo que esse pode ser anexado ao prontuário do usuário ou guardado para posterior evolução dos dados em prontuário eletrônico.

2 JUSTIFICATIVA

O 5º dia de vida da criança consiste em um dia importante devido ao pico de icterícia que precisa ser avaliado. Além disso, é um momento oportuno para a captação precoce do binômio mãe e filho, com vistas a oferecer-lhe apoio em possíveis dificuldades, incentivo ao aleitamento materno exclusivo, avaliação de ambos, orientações e agendamento de consultas de puerpério e puericultura. Nesse dia também se instituiu o início da vacinação e a realização do teste do pezinho.

Devido à grande demanda do Centro de Saúde Cabana, alguns passos das Ações do 5º Dia podem não ser feitos, o que pode prejudicar mãe e filho a curto, médio e longo prazo, uma vez que, por exemplo, uma informação não dada ou uma avaliação não realizada pode deixar passar possíveis agravos de saúde.

Além disso, muitas das vezes esse atendimento fica sem registro no prontuário da criança, uma vez que o profissional nem sempre encontra uma sala disponível para o atendimento ou realiza tais orientações em visitas domiciliares e quando chega à unidade muitas vezes não tem tempo ou local disponível para registrar o atendimento prestado.

Portanto, faz-se importante a criação de um instrumento de fácil e rápido preenchimento que auxilie o profissional de saúde, guiando o mesmo durante o atendimento prestado e funcionando também como um registro.

3 OBJETIVO

Elaborar a criação de um instrumento que oriente o profissional de saúde na execução das Ações do 5º quanto aos passos a serem seguidos, além do registro do atendimento.

4 METODOLOGIA

A criação de um instrumento que oriente o profissional de saúde na execução das Ações do 5º dia para o atendimento ao binômio mãe e filho requereu buscar fundamentação teórica em artigos, livros e documentos do Ministério da saúde e da Secretaria de Saúde de Minas Gerais.

Assim, realizou-se revisão de literatura por meio do levantamento bibliográfico de textos, livros e artigos científicos publicados no período de 2000 a 2013. Os artigos foram pesquisados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), com os descritores: Teste do pezinho e Atenção Primária à Saúde.

De posse do material, passou-se à confecção do instrumento proposto.

Este instrumento é um formulário objetivo, com espaço para identificação completa do paciente. Nele consta cada passo a ser feito, com espaço para marcar um x quando se cumprir um item, espaço para escrever dados e avaliações complementares, sendo um documento a anexar no prontuário, como uma evolução do atendimento prestado.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Dentre as causas de morte materna, predominam as obstétricas diretas, destacando-se as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas, seguidas pelas infecções puerperais, o aborto e doenças do aparelho cardiovascular com complicações gravídicas (BRASIL, 2004).

Da mesma forma que a gravidez, o pós parto – também denominado puerpério – é um período especial na vida da mulher e merece algumas considerações específicas. No puerpério podem surgir problemas de saúde ainda relacionados com a gravidez, responsáveis por muitas sequelas e até mesmo mortes de mulheres, provocadas por hemorragias e infecções (BRASILIA, 2012 b, p.259)

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a puérpera deve ser atendida na unidade de saúde até o 42º dia após o final da gestação, para controle de sua saúde geral e ginecológica.

No que tange á visita domiciliar e ao atendimento no serviço de saúde é importante atentar-se que:

Uma vez que as situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal, em boa parte acontecem na primeira semana após o parto, a visita domiciliar à mulher e ao recém-nascido e a presença destes no serviço de saúde devem acontecer no mesmo período. Os profissionais e os serviços devem estar atentos e preparados para aproveitar a oportunidade de contato com a mulher e o recém-nascido na primeira semana após o parto para instituir todo o cuidado previsto para a “Primeira Semana de Saúde Integral (BRASIL, 2012b, p.260)

O período considerado neonatal vai do nascimento da criança ao seu 27º dia de vida. A mortalidade nesse período é o principal componente da mortalidade infantil no Brasil em termos proporcionais.

Conforme explicita o Ministério da Saúde,

A mortalidade neonatal basicamente decorre de problemas relacionados com a gravidez e o parto, por sua vez intimamente relacionados com as características biológicas das mães, as condições socioeconômicas das famílias e qualidade de atenção perinatal (BRASIL, 2004, p. 07)

Em relação ao recém-nascido, sabe-se que o principal instrumento para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças é a puericultura, atividade que requer atendimentos sistemáticos, realizados a partir do primeiro mês de vida das mesmas. Sua realização se dá por meio da anamnese, de dados antropométricos e do exame físico. De posse e baseado nesses dados, são feitas orientações aos cuidadores, além de incentivo ao aleitamento materno e verificação e preenchimento da Caderneta da Criança. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), são recomendadas sete consultas de rotina no primeiro ano de vida da criança, duas no segundo ano e, a partir do 2º ano, consultas anuais, próximas ao mês de aniversário da criança.

Para uma adesão eficaz à puericultura é necessária a captação precoce de mãe e filho, além de sensibilização parental quanto à importância desse acompanhamento. Para tanto, busca-se captá-los no 5º dia de vida, marco onde a criança precisa ir ao Centro de Saúde para avaliação sua e de sua mãe, além da realização do Teste do Pezinho. Nesse momento, é importante realizar um bom acolhimento e as ações do 5º dia previstas para esse primeiro encontro. Sendo esse o momento de:

- Preencher o Cartão da Criança com orientações à família sobre o seu objetivo e importância;
- Coletar o material para triagem neonatal (Teste do Pezinho), orientando a família sobre quais são as doenças triadas, qual a importância do diagnóstico precoce e como será informada do resultado;
- Aplicar a primeira dose de BCG e da hepatite B, com preenchimento do Cartão da Criança, e orientar a família sobre reações vacinais e retorno para as próximas vacinas;
- Orientar sobre o aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical e cuidados de higiene;
- Verificar a presença de icterícia. Se esta for detectável abaixo da cintura, a criança deve ser imediatamente encaminhada à consulta médica ou de enfermagem;
- Agendar a primeira consulta;
- Verificar o estado geral da mãe;
- Aplicar vacina anti-rubeola na mãe;
- Agendar consulta de pós-parto para a mãe (MINAS GERAIS 2005, p.21)

Segundo Alves e Viana (2003), no quinto de nascimento, a criança, juntamente com sua mãe, deve realizar sua primeira visita ao Centro de Saúde com o objetivo de efetuar as “Ações do 5º Dia”. Esse momento constitui-se de duas mensagens, incentivo ao aleitamento materno e utilização correta do Cartão da Criança, e cinco ações: Teste do pezinho; administração das vacinas BCG e contra hepatite B; verificação de icterícia; avaliação do puerpério; vacinação da mãe contra rubéola. Essas ações simples podem detectar sinais de agravos já instalados e prevenir possíveis futuros.

De acordo com Reichert e Pacífico (2003), o teste do pezinho é um exame realizado através da punção no calcanhar da criança com posterior coleta do sangue em um papel filtro próprio. Através dele detectam-se erros inatos do metabolismo e infecções congênitas, que quando tratadas precocemente diminuem sua repercussão sobre a saúde da criança.

No teste do pezinho básico, são pesquisadas as seguintes doenças: hipertireoidismo congênito, fenilcetonúria e outras aminoacidopatias (...). O teste ampliado detecta todas as doenças do teste Básico, mais hiperplasia adrenal congênita e fibrose cística. O plus identifica todas as doenças do teste ampliado, e ainda, galactosemia, deficiência de biotinidase e toxoplasmose congênita. (REICHERT E PACÍFICO, 2003, p.226)

Quanto ao aleitamento materno, este deve ser incentivado e avaliado em todo o atendimento da criança menor de 6 meses e da nutriz devido sua importância no desenvolvimento do bebê, destacando-se o primeiro mês de vida, quando ocorre a maior parte dos problemas que resultam no desmame precoce.

[...] condutas inadequadas podem propiciar o fracasso da lactação, é fundamental o papel da equipe de saúde, a qual deve estar preparada para acolher, apoiar e orientar sobre as técnicas corretas de lactação e dúvidas da mãe (ALVES E VIANA, 2003, p. 93)

No 5º dia de vida da criança é avaliada a icterícia neonatal quanto à necessidade ou não de retornar a maternidade para banho de luz. A esse respeito, Alves e Viana, (2003) relatam tratar-se de uma das manifestações clínicas mais comuns uma vez

que a alta concentração de bilirrubina não conjugada pode desencadear o quadro de encefalopatia bilirrubinica, também conhecida como kernicterus.

Outro aspecto importante a ser avaliado e orientado são os sinais de alerta quanto aos possíveis agravos na criança, que são ainda frágeis e necessitam atenção especial. De acordo com o Ministério da Saúde, são sinais que merecem atenção e encaminhamento imediato da criança ao serviço de referência (BRASIL, 2012a): criança não consegue mamar; criança vomita tudo o que ingere; convulsão; apneia; bradicardia; letargia ou inconsciência; taquipneia; prostração; febre ou hipotermia; tiragem intercostal; batimento de aleta nasal; cianose ou palidez importantes; icterícia; gemência; fontanela abaulada; secreção purulenta em ouvido; hiperemia em coto umbilical ou secreção purulenta local; pústulas na pele; irritabilidade ou dor à manipulação.

Devido à tamanha importância do 5º dia de vida da criança, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte definiu que:

As equipes de saúde devem estar atentas às crianças que não comparecerem à Unidade de Saúde na 1ª semana de vida. Neste caso os ACS deverão fazer visita domiciliar e encaminhar a criança e a mãe ao Centro de Saúde (BELO HORIZONTE, 2004, p. 15).

Estando tudo bem com a família é agendado o próximo atendimento para ambos na unidade, sendo a primeira consulta de puericultura para a criança e a consulta de puerpério para a mãe.

6 FORMULÁRIO PARA VISITA DOMICILIAR DO RN E PUÉRPERA

Este formulário foi construído a partir de pesquisa em Programas do Ministério da Saúde, da Secretaria Municipal de Belo Horizonte e de artigos indexados em bases de dados.

Antes de sua implementação, os profissionais deverão ser capacitados com vistas à realização das atividades e abordagem às mães.

Equipe: _____

Data da visita: _____

Entrevistador: _____

NOME DO RN: _____ DN: _____

NOME DA MÃE: _____ DN: _____

ADOLESCENTE: () sim () não

ENDEREÇO: _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____

#

MÃE

Realizou pré-natal? () sim () não Onde? _____

Quantas consultas? _____ Com quantos meses de gestação iniciou? _____

Qual o tipo sanguíneo ABO e Rh? _____

Já vacinou contra rubéola? () sim () não

Apresentou algum agravo durante a gravidez? () HAS () Diabetes () Toxoplasmose
() Rubéola () Sífilis () Outros Qual? _____

Tipo de parto: () cesárea () normal com anestesia () normal sem anestesia () fórceps

Aspecto do lóquios _____

Aspecto da ferida operatória, se cesariana, ou da sutura, se episiotomia _____

Tabagista? () sim () não Etilista? () sim () não Faz uso de medicação?

() sim () não Se sim de qual medicação? _____

Caso seja etilista, tabagista ou utilize medicações, fez uso de algum durante a gravidez?

() sim () não De qual? _____

Este filho foi planejado? ()sim ()não

Este filho foi desejado? ()sim ()não

Utilizava algum método contraceptivo? ()sim ()não Qual? _____

Já fez revisão de parto? ()sim ()não

Mamas:

Mamilo ()plano ()protuso ()invertido

Está amamentando? ()sim ()não

As mamas apresentam alguma alteração visível? ()sim () não

Se sim qual? _____

A pega do RN está correta? ()sim ()não

Há algum incomodo durante a amamentação? ()sim ()não Qual? _____

Toma algum tipo de cuidado com a mama? _____

Situação familiar:

Condições de moradia: ()água tratada ()rede de esgoto ()arejado ()bate sol

()Possui animais? Quais? _____

Condições de higiene percebidas: _____

Interações familiares percebidas _____

Mãe trabalha fora? ()sim ()não

Escolaridade da

mãe: _____

Renda familiar incluindo auxílios do governo: ()menos de 1 salário mínimo ()1 a 3 salários mínimos ()mais de 3 salários mínimos

Observações: _____

RECÉM-NASCIDO

Idade gestacional ao nascer: ()a termo ()pré-termo Quantas semanas? _____

Maternidade onde nasceu _____

Ficou retido no hospital? ()sim ()não

Ao nascer: Peso _____

Comprimento _____

PC: _____

Já compareceu ao Centro de Saúde para as ações do 5º dia? ()sim ()não

Quem trouxe? _____

Vacina contra hepatite B ()sim ()não Se sim, onde? _____

BCG ()sim ()não Se sim, onde? _____

Teste do pezinho ()sim () não Onde? _____

Sinais de icterícia? ()sim ()não ()antes de 24 horas ()depois de 24 horas

Se sim, qual a zona? _____

Tipo de alimentação do RN ()LME ()LM + complemento ()alimentação artificial. Qual? _____

Preparação da mamadeira: ()adequada ()inadequada

RN apresenta regurgitamento logo após a mamada? ()sim ()não

Eliminações: Urina: ()aspecto fisiológico ()alterada Qual? _____

Fezes: Coloração _____ Consistência _____

Apresenta cólica? ()sim ()não Se sim, qual a conduta da mãe? _____

Utiliza alguma medicação? ()sim ()não Qual? _____

Banho de sol? ()sim ()não Se sim: ()adequado ()inadequado

Sono: ()adequado ()inadequado

Higiene: ()adequada ()inadequada

Aspecto do coto umbilical: ()bom ()ruim ()ausente Cuidados com o coto: _____

SINAIS DE PERIGO

()Convulsão: _____

()Criança não consegue mamar: _____

()Frequência respiratória > que 60 irpm ()Vômitos

()Tiragem subcostal ()Batimento de asa de nariz

()Gemido ()Fontanela abaulada ()deprimida

()mucosas seca ()Olhos fundos

()Secreção purulenta no ouvido ()Eritema ou secreção purulenta no umbigo

()Pústula na pele ()Letargia

()Inconsciente ()Sinais de dor à palpação

()Febre ()Hipotermia

CONDUTAS

Orientações

- () Métodos contraceptivos () Cuidados com a sutura () Importância da vacinação para a mãe e para o RN () Finalidade do teste do pezinho () Importância e vantagens da amamentação para a mãe e para o RN () Cuidados com a mama () Como proceder diante do ingurgitamento da mama
- () Pega do RN () Como amamentar o RN () Como posicionar o RN após mamada () Importância da utilização do soutien () Porque não utilizar pomadas ou creme na aréola () Como preparar o complemento de leite corretamente () Alimentação da mãe () Importância do bem estar da mãe
- () Sono do RN () Banho de sol do RN () Como cuidar do coto umbilical () Como proceder quando o RN apresentar cólica () Sinais de perigo () Importância do acompanhamento mensal da criança na puericultura () Importância da revisão de parto

Outras: _____

Encaminhamentos

- () Teste do pezinho () Vacina () Planejamento familiar () Agendamento de puericultura () Agendamento de puerpério

Outros: _____

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar este estudo, a partir do conhecimento da área adscrita de nossa atuação, com dados concretos relativos aos problemas prioritários e que deveriam ter suas soluções levantadas e implementadas, foi de inegável valor tanto profissional quanto pessoal.

Com base na agregação de conhecimentos advindos das leituras dos artigos identificados na biblioteca virtual e de outros materiais como os manuais do Ministério da Saúde e do Estado de Minas Gerais foi elaborado o Formulário para visita domiciliar do RN e puérpera.

Em um primeiro momento, o formulário foi aplicado com o intuito de ver sua exequibilidade e validade. Pode-se, portanto afirmar que a utilização do formulário permitiu o registro da captação e atendimento de todos RN até 15º dia de nascimento da área de abrangência da equipe 02 do C.S Cabana, além da identificação precoce de agravos como sinais de icterícia no recém-nascido e instabilidade emocional materna. Possibilitou, também, a verificação das ações do 5º dia e o incentivo ao aleitamento materno exclusivo.

Todas as mães da área de abrangência da equipe foram orientadas e referenciadas de acordo com suas necessidades.

Reafirma-se, por conseguinte, que este trabalho possibilitou ainda se fazer a vigilância do binômio mãe e filho, sendo todos os atendimentos registrados em prontuário.

No próximo momento, todos os profissionais da equipe de saúde do Centro de Saúde Cabana serão capacitados e o formulário posto em ação.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. R. L; VIANA, M. R. de A. **Saúde da família:** cuidando de crianças e adolescentes. Belo Horizonte: Coopmed, 2003

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **BH Vida:** Saúde Integral. Belo Horizonte, 2003.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **BH Viva Criança:** Agenda de compromissos pela saúde da criança e adolescente e redução da mortalidade infantil. Belo Horizonte, 2004.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005 – 2008.** Belo Horizonte, 2005.

BELO HORIZONTE, 2011. Disponível em:
gestaocompartilhada.pbh.gov.br/bhemnúmeros/ Acesso em: 30/07/2014.

BRASIL. **Lei Federal 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, sobre a transferência de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal.** Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2012 b

CUNHA, J.P; CUNHA, R.E. **Sistema Único de Saúde-Princípios.** In: Brasil.Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde. Textos Básicos. Brasília, 2001.

FREITAS, C. M. **Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde.** In: *Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências.* Fiocruz, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2010. Disponível em www.ibge.gov.br/ Acesso em: 30/07/14.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde da Criança.** Belo Horizonte, 2005. Disponível em www.pbh.gov.br/smsa Acesso em: 30/07/14.

REICHERT, A. P. S; PACÍFICO, V. C. Conhecimento de mães quanto a importância do teste do pezinho. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 56,n.3, p. 226-229, 2003.

SOUZA , C.R.; LOPES, S.C.F; BARBOSA, M. A. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. **Revista UFG**. v. 6, n especial, 2004.