



**Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN**  
**Secretaria de Educação à Distância – SEDIS**  
**Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS**  
**Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEPSUS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**DE BARRA NOVA, REDENÇÃO - CEARÁ.**

**ALINE DE FREITAS VELASCO WERNECK**

---

**NATAL/RN**  
**2021**

---

---

AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE  
BARRA NOVA, REDENÇÃO - CEARÁ.

ALINE DE FREITAS VELASCO WERNECK

Trabalho de Conclusão apresentado ao  
Programa de Educação Permanente em  
Saúde da Família, como requisito parcial  
para obtenção do título de Especialista  
em Saúde da Família.

Orientador: RAFAEL SOARES DIAS

---

NATAL/RN  
2021

---

---

À minha família, Rodolfo, Maria Flor, Chico e Miguilim, agradeço a doação de tempo para que pudesse seguir nessa jornada e os sorrisos que renovaram o ânimo a cada amanhecer.

Aos parceiros da minha equipe de saúde da família, agradeço a disponibilidade para abraçar nossos desafios e empenhar esforços para melhorar a qualidade do nosso serviço.

À Deus, agradeço a possibilidade de reiniciar um novo itinerário de trabalho e aprendizagens, experienciando a beleza, a singularidade e a potência da atenção primária à saúde na zona rural do interior do Ceará.

---

---

À comunidade da Barra Nova, dedico este trabalho, com os votos de que a intencionalidade que perpassa cada linha deste texto efetivamente colabore para a melhoria da situação de saúde deste território tão acolhedor e potente.

---

## **RESUMO**

A vigilância em saúde representa uma forma de pensar e agir em saúde fundamentada na contínua análise de situação de saúde da população. Sua integração com a atenção primária à saúde é condição primordial para a incorporação de práticas de cuidado alinhadas com as necessidades específicas de cada território. A equipe de saúde da família de Barra Nova, Redenção - Ceará, em um processo de autoavaliação, identificou diversas fragilidades nas ações direcionadas à saúde materno-infantil no período puerperal e, também, no controle dos cânceres de colo de útero e mama. Este trabalho descreve o planejamento e implementação de intervenções desenvolvidas para enfrentamento desses problemas, as quais foram concebidas sob a ótica da vigilância em saúde. Entre os resultados obtidos, destacam-se a produção de uma ficha para registro das informações sobre a visita da 1ª semana de saúde de integral e definição de prazo para sua realização; incorporação das diretrizes brasileiras para controle dos cânceres de colo de útero e mama no processo de trabalho da equipe; elaboração de instrumentos para monitoramento das ações de rastreamento desses agravos; entre outros. Espera-se que a concepção de vigilância em saúde impregnada nestas intervenções tenha o potencial de redirecionar todo o processo de cuidado desenvolvido pela equipe de saúde da Barra Nova, em todas as suas áreas de atuação. Para além de uma estratégia para alinhamento com o novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde, centrado na produção de resultados, acredita-se que esse seja um meio eficiente de alcance de melhores níveis de saúde para toda a comunidade.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1.....	9
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2.....	14
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
5. REFERÊNCIAS.....	22
6. APÊNDICES.....	26

## 1. INTRODUÇÃO

A vigilância em saúde é função essencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo definida como um processo contínuo e sistemático de análise da situação de saúde da população visando o planejamento e organização de ações de acordo com as necessidades de cada território. Nesse sentido, representa uma potente estratégia para superação de iniquidades em saúde e promoção do bem-estar integral e universal, sem barreiras de origem, raça, gênero, cor, idade ou qualquer outra forma de discriminação. Além disso, constitui-se um meio para a consolidação de um modelo de atenção orientado para a redução dos agravos, onde promoção, proteção e prevenção sejam tão importantes quanto a recuperação e assistência em saúde. (BRASIL, 2013; SANTOS, 2017).

Assim, conforme assinala Vidor (2012b), há de se compreender a vigilância em saúde numa perspectiva de superação da dicotomia entre as ações coletivas e individuais, estas de cunho mais assistencial, tendo como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde locais. Sob essa perspectiva, todo o pensar e agir em saúde, no âmbito do Sistema Único em Saúde, deve ser planejado e efetivado a partir do olhar da vigilância em saúde, que busca desnudar realidades aparentemente invisíveis, identificar precocemente riscos em saúde e oferecer caminhos para melhoria das condições de saúde do indivíduo e sua comunidade.

A Política Nacional de Atenção Básica reforça essa visão ao assinalar a integração entre a vigilância em saúde e atenção primária à saúde como condição primordial para o enfrentamento das necessidades de saúde da população, sob a ótica da integralidade, a partir da incorporação de processos de trabalho alinhados com os determinantes, riscos e danos à saúde específicos de cada território. (BRASIL, 2017).

A partir destes pressupostos, a equipe de saúde da família atuante em Barra Nova, localidade de Redenção, interior do Ceará, tem desenvolvido ações de autoavaliação de seu processo de trabalho, identificando fragilidades e delineando ações em consonância com as necessidades de sua área de abrangência. Tal equipe é atualmente composta por duas técnicas de enfermagem, uma médica de família de comunidade, uma enfermeira, quatro agentes comunitárias de saúde, uma técnica em saúde bucal e um dentista, além dos profissionais de apoio, a saber, auxiliar de serviços gerais e motorista.

Barra Nova é uma região serrana localizada na zona rural de Redenção, distante 12 km do centro da cidade, e conta com uma população de cerca de 2000 pessoas. As vias de acesso não apresentam calçamento, o que representa uma importante barreira geográfica durante o período chuvoso, especialmente para microáreas localizadas em regiões mais periféricas do território. A maioria das famílias dedica-se à agricultura familiar de subsistência e tem como importante fonte de renda a aposentadoria rural e o bolsa família.

Tais características também são encontradas em outras localidades de Redenção, cuja

zona rural abriga cerca de 42,46% da população total de 29.146 pessoas. Há de se destacar, ainda, que cerca 50,7% da população tem rendimento per capita mensal de até ½ salário mínimo, sendo o índice de desenvolvimento humano municipal de 0,626 e a cobertura de esgotamento sanitário de apenas 17,6%. (IBGE, 2021).

Durante o processo de autoavaliação e planejamento mencionado anteriormente, a equipe de saúde da família de Barra Nova identificou, entre outros pontos, fragilidades na atenção à puérpera e recém-nascido que poderiam comprometer a identificação precoce de riscos à saúde e, assim, potencialmente elevar a morbimortalidade materna e infantil em sua área de abrangência.

Além disso, desvelou-se a ausência de planejamento das ações de rastreamento dos cânceres de colo de útero e de mama, as quais, até então, eram executadas em desalinhamento com as diretrizes brasileiras, privilegiando usuárias que espontaneamente buscavam o serviço de saúde, independentemente da faixa etária, em detrimento de mulheres em situação de maior vulnerabilidade.

Neste trabalho estão descritos os processos de planejamento e execução de intervenções para enfrentamento destes problemas, as quais foram concebidas sob a ótica da vigilância em saúde, tendo como meta a incorporação de um modo de agir em saúde caracterizado pelo contínuo processo de identificação de necessidades e execução de ações alinhadas com as especificidades de cada indivíduo, família e sua comunidade.

## 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

O puerpério é o período que se inicia no final do terceiro estágio do trabalho de parto e perdura até o reestabelecimento do corpo feminino ao estado pré-concepcional. Entretanto, para além dessa definição de cunho biológico, há de se entender o puerpério também como uma fase singular do ciclo de vida, quando novos papéis começam a se desenvolver no contexto familiar e novas aprendizagens são requeridas. (BRASIL, 2012; VASQUEZ; LOZANO, 2011).

Apesar da maioria das puérperas e recém-nascidos atravessarem esse período sem complicações, estudos revelam que é frequente o surgimento de queixas em saúde nas primeiras semanas de pós parto. Esse é um período crítico, onde se concentram boa parte dos óbitos infantis e maternos e, por isso, a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde recomendam que os serviços de saúde desenvolvam ações específicas nesse período para vigilância e promoção da saúde do binômio mãe-bebê e sua família (BRASIL, 2012; NCCPC, 2006; OMS, 2013).

No Brasil, a Rede Cegonha foi implantada a partir de 2011 com o objetivo de reorganizar a rede de serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Especificamente em relação ao puerpério, a Rede Cegonha recomenda, entre outras ações, o acompanhamento da puérpera e da criança na atenção primária à saúde com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento (BRASIL, 2011).

No caso de recém-nascidos classificados na maternidade como de alto risco, entretanto, a visita domiciliar deve acontecer nos primeiros três dias após a alta hospitalar. Estudos internacionais corroboram essa decisão, sugerindo, inclusive, que a visita puerperal ocorra de forma precoce, preferencialmente até o segundo dia de pós-parto (BRASIL, 2016; SOARES *et al.*, 2020).

A essa semana de puerpério atribui-se a denominação de “Primeira semana de saúde integral” (PSSI), enfatizando o caráter de promoção da saúde nas ações que devem ser desenvolvidas nesse período, entre elas: promoção do aleitamento materno, orientações sobre os cuidados gerais com o recém-nascido, estímulo para a alimentação saudável, realização de testes de triagem neonatal, vacinação, avaliação da saúde da mulher e da criança, planejamento familiar, etc.(BRASIL, 2004).

Apesar da potência dessa estratégia na promoção da saúde e redução da morbimortalidade materna e infantil, diversos estudos revelam dificuldades para sua implementação, de forma integral, no âmbito dos serviços de saúde. Postergação da visita, baixa escuta materna, escassez de exame físico e anamnese, orientações insuficientes e comunicação limitada são alguns dos problemas relatados. Esse cenário sugere a importância

de um processo de autoavaliação dos serviços no sentido de averiguar a qualidade das ações desenvolvidas na PSSI (CORRÊA *et al.*, 2017; LUCENA *et al.*, 2018).

Em Redenção, interior do Ceará, tais ações são desenvolvidas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, que é o modelo de organização da atenção primária à saúde no município. A Unidade Básica de Saúde Monsenhor Tabosa localiza-se na zona rural desta localidade, no distrito de Barra Nova. Nesta unidade atua uma equipe de saúde da família composta por quatro agentes comunitárias de saúde, uma enfermeira, uma médica de família e comunidade, três técnicas de enfermagem, equipe de saúde bucal (técnica de saúde bucal e dentista), além de profissionais de apoio - auxiliar de serviços gerais e motorista. A área de abrangência é composta por cerca de 2000 pessoas e a unidade localiza-se em uma região periférica do território, o que dificulta o acesso geográfico dos usuários, que já enfrentam outras barreiras como ausência de transporte público e vias com acesso intermitente na estação chuvosa. Devido a esse contexto, as ações de vigilância e promoção da saúde executadas na PSSI são realizadas na modalidade de visita domiciliar.

Em reunião de planejamento com todos os profissionais da equipe de saúde da família, verificamos algumas fragilidades em relação a essas ações. Em diversas situações, por exemplo, houve demora demasiada na execução da visita, sendo esta realizada apenas após a primeira semana de pós parto. Além disso, especialmente em situações em que o parto ocorreu por via cesárea, a visita teve um enfoque restrito à avaliação da cicatriz cirúrgica e retirada de pontos, com abordagem muito superficial dos demais aspectos relativos ao binômio mãe-bebê e sua inserção no contexto familiar.

Outra questão identificada pela equipe refere-se ao registro das informações relativas ao parto e pós-parto imediato, que frequentemente ocorre de forma insuficiente. Até mesmo a ficha perinatal utilizada no município no acompanhamento pré-natal, dispõe de espaço mínimo para registro de dados sobre parto e puerpério.

Por outro lado, reconhecemos que a melhoria da qualidade da assistência puerperal poderia contribuir para o melhor enfrentamento de alguns problemas identificados em nossa área de abrangência, como o baixo índice de aleitamento materno exclusivo, a demora na realização do registro civil da criança e o atraso e/ou não realização de exames de triagem neonatal.

Assim, considerando a relevância da visita puerperal como instrumento de vigilância e promoção da saúde, e, por outro lado, diversas fragilidades identificadas pela equipe na sua execução, decidimos implementar uma micro intervenção tendo como objetivo a qualificação dessa ação.

Neste estudo, descrevemos, portanto, o relato de experiência da equipe de saúde da família de Barra Nova, Redenção-CE, na formulação e implementação de uma ficha a ser utilizada durante as visitas domiciliares da PSSI.

O processo de elaboração e implementação da “Ficha de visita domiciliar da primeira semana de saúde integral” foi executado em quatro fases. Assim, inicialmente, realizou-se uma revisão bibliográfica sobre os elementos essenciais da visita puerperal e, a seguir, elaborou-se um instrumento para auxiliar os profissionais de saúde na condução mais qualificada dessa ação e registro das informações. Estas duas etapas foram conduzidas pela médica da equipe de saúde da família (BRASIL, 2012, 2019; COBUCCI, 2020; NCCPC, 2006; VIDOR, 2012).

Na fase seguinte, os demais profissionais da equipe realizaram a revisão do instrumento e a pactuação sobre seu uso, definindo que o mesmo deve ser preenchido de forma completa durante a visita domiciliar e anexado ao prontuário familiar. Também decidiu-se que a visita deve ser executada o mais breve possível, ainda na primeira semana de pós-parto, preferencialmente pela médica, enfermeira e agente comunitária de saúde (ACS) da microárea. Excepcionalmente, a visita poderá ser realizada apenas por uma das profissionais de nível superior, acompanhada pela ACS. Finalmente, na última etapa da micro intervenção, iniciou-se a implementação do uso da ficha nas visitas domiciliares da PSSI.

A “Ficha de visita domiciliar da primeira semana de saúde integral” foi organizada em quatro seções, sendo que na primeira são averiguadas as condições da gestação, parto e internação hospitalar e, em sequência, duas seções abordam a situação de saúde do binômio mãe-bebê e sua inserção no contexto familiar. Finalmente, na última seção do instrumento, os profissionais devem registrar a lista dos problemas identificados durante toda a avaliação e realizar o aconselhamento, prescrição e/ou agendamento de procedimentos pertinentes a cada caso (APÊNDICE).

Durante a elaboração do instrumento, procuramos inserir elementos que viabilizassem uma abordagem integral da saúde, enfocando aspectos biopsicossociais relacionados ao puerpério. Assim, além de dados sobre o exame físico e avaliação da amamentação, por exemplo, o instrumento apresenta itens que tentam guiar o profissional para uma investigação sobre a formação do vínculo da mãe com o recém-nascido e o contexto social da família.

Por outro lado, há de se destacar a intencionalidade de se construir um instrumento que fosse útil para a identificação precoce de problemas frequentes no nosso território, como a postergação demasiada do registro civil da criança; atraso ou não realização de testes de triagem neonatal e abandono do aleitamento materno exclusivo ainda nos primeiros dias de puerpério.

Desde sua elaboração, foram realizadas duas visitas puerperais com o uso da “Ficha de visita domiciliar da primeira semana de saúde integral”. Em ambos os casos, as visitas ocorreram até o quinto dia de puerpério, permitindo a identificação e manejo oportuno de dificuldades enfrentadas pelas mães no aleitamento materno, prevenindo um possível desmame precoce.

Percebemos que o uso da ficha colaborou para o resgate e registro adequado de

informações sobre o parto e puerpério imediato, especialmente porque a maternidade do município não emite sumário de alta e a única documentação liberada com a mãe é uma via da declaração de nascido vivo. A primeira seção da ficha também mostrou-se útil para o registro de informações sobre o acompanhamento pré-natal no caso de puérperas oriundas de outra área de abrangência, como ocorreu em uma das visitas realizadas.

Em ambos os casos, identificamos a ausência do registro da criança e, além de orientarmos sobre sua importância, solicitamos que a ACS verificasse periodicamente as providências tomadas pelas famílias para sua realização. Situação semelhante foi verificada em relação aos testes de triagem neonatal, que ainda não haviam sido agendados.

Percebemos que, de forma geral, a visita da PSSI teve um enfoque mais ampliado, tendo a ficha atuado, também, como um *check list* para que todos os pontos essenciais desse tipo de assistência pudessem ser abordados, sem a focalização demasiada de um aspecto em detrimento de outro.

Em relação ao componente psicossocial, pudemos identificar, em um dos casos, apoio insuficiente da família ao binômio mãe-bebê e maior risco de adoecimento mental da puérpera, o que desencadeou uma atitude mais proativa da equipe no acompanhamento desta situação.

Finalmente, verificamos que a última seção do instrumento colaborou para a elucidação das necessidades específicas de cada binômio mãe-bebê e posterior construção de um plano terapêutico singular envolvendo e co-responsabilizando todos os atores desse processo.

Não identificamos dificuldades no preenchimento da ficha, a não ser pela ausência de algumas informações relativas ao período de internação hospitalar, conforme mencionado anteriormente. Por outro lado, percebemos a importância de se inserir um item sobre a verificação da situação vacinal da puérpera a fim de realizarmos o agendamento oportuno de vacinas, quando pertinente.

Finalmente, concluímos que a ficha tem o potencial de colaborar para a melhoria da assistência à puérpera e ao recém-nascido, mas deve-se ressaltar o cuidado para que seu preenchimento não seja feito de forma automatizada, transformando-se em uma mera rotina do serviço. Antes, deve ser entendida como um instrumento-meio para a efetivação da promoção da saúde integral na primeira semana de puerpério, reconhecendo-se a singularidade de cada família.

Acreditamos, ainda, que sua incorporação nas ações da PSSI pode contribuir para a manutenção da qualidade da assistência em um cenário de intensa rotatividade de profissionais de nível superior, como o que experienciamos em nosso contexto. Nesse sentido, pretende-se que tal instrumento converta-se em uma ferramenta da equipe, e não apenas de uso pessoal de determinado profissional.

Além disso, há de ressaltar a potência de um instrumento que pode ajudar o profissional num processo de desvelamento de situações de risco potencial para a saúde do binômio mãe-

bebê, as quais, em uma avaliação mais superficial, não seriam percebidas.

### 3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

Os cânceres de mama e colo de útero correspondem ao primeiro e quarto tipos de neoplasia maligna mais frequentes entre as mulheres no mundo, respectivamente. A análise de sua distribuição, entretanto, revela que em países com menores índices de desenvolvimento humano (IDH) representam, de forma conjunta, os cânceres com maiores taxas de incidência e mortalidade, enquanto em países com melhores níveis de IDH, a incidência e mortalidade do câncer de colo de útero é significativamente menor, sequer figurando entre os cinco tipos mais frequentes. Já em relação ao câncer de mama, verifica-se uma alta incidência, enquanto a mortalidade é proporcionalmente menor, com tendência de queda. (ACS, 2019).

No Brasil, verifica-se situação semelhante, com maiores incidências de câncer de mama nas Regiões Sul e Sudeste e menores taxas nas Regiões Norte e Nordeste, ocorrendo o inverso em relação ao câncer de colo de útero. Tal cenário é resultado não apenas da diferente distribuição espacial dos fatores de risco mas, também, de iniquidades no acesso oportuno ao sistema de saúde, com serviços de saúde adequadamente estruturados e organizados para realizar medidas de rastreamento, detecção precoce e tratamento. (ACS, 2019; INCA, 2019).

Em território nacional, as primeiras iniciativas para controle dos cânceres de mama e colo de útero datam da década de 1980, mas o maior impulso para organização da rede assistencial ocorreu apenas no final da década de 1990, com o lançamento do Programa Viva Mulher. Desde então, diversas outras ações foram fomentadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com a elaboração de políticas, normativas e diretrizes visando a estruturação de uma linha de cuidado envolvendo todos os níveis de atenção. (INCA, 2018).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) é o órgão do Ministério da Saúde responsável pela elaboração das diretrizes para controle dos diferentes tipos de cânceres, as quais são periodicamente revisadas a partir de evidências científicas disponíveis. No caso do câncer de colo de útero, a diretriz mais recente recomenda, entre outras ações, a realização anual do exame de papanicolau em mulheres entre 25 e 64 anos, e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. Já em relação ao rastreamento do câncer de mama, além do exame clínico anual das mamas a partir dos 40 anos, recomenda-se a realização da mamografia bilateral a cada dois anos, em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, com risco habitual para o desenvolvimento deste tipo de câncer (INCA, 2015; 2016).

A atenção primária à saúde (APS), enquanto eixo estruturante e coordenador do SUS, assume papel fundamental na operacionalização destas ações, sendo responsável pela identificação e captação das mulheres; realização dos exames de papanicolau e exame clínico das mamas; solicitação das mamografias de rastreamento e diagnóstico; encaminhamento e seguimento das usuárias com exames alterados. Há de se destacar, inclusive, que o Programa Previne Brasil, que estabeleceu novo modelo de financiamento da APS no SUS, tem a cobertura de papanicolau como um indicador de desempenho, além de prever a inclusão de

indicador específico sobre o controle do câncer de mama em curto prazo. (BRASIL, 2019; INCA, 2015; 2016).

Em Redenção, interior do Ceará, a APS está organizada a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, durante o ano de 2020, a gestão municipal de saúde desencadeou um processo de monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família a fim de atingir as metas definidas pelo Programa Previne Brasil e, assim, assegurar a sustentabilidade financeira do sistema local de saúde bem como a melhoria dos indicadores de saúde do município.

Segundo dados disponíveis no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), no ano de 2019 foram realizados, em Redenção, 1.970 exames de citologia do colo uterino, sendo 24,31% em mulheres fora da faixa etária preconizada pela diretriz brasileira. Além disso, há de se destacar que o total de exames realizados foi inferior ao número mínimo estimado para garantir a cobertura universal do rastreamento para mulheres de 25 a 64 anos, com periodicidade trienal, a saber, 2518 exames por ano. Ou seja, considerando apenas o total de exames realizados em mulheres da faixa etária definida pela diretriz, o número de exames de papanicolau realizados em 2019 representaram apenas 59,21% do que seria necessário nesse ano. (DATASUS, 2020).

Já em relação ao câncer de mama, a análise dos dados disponíveis no SISCAN revela que nesse mesmo ano foram realizadas 466 mamografias em mulheres residentes em Redenção, sendo 36,7% em mulheres fora da faixa etária preconizada. Considerando a recomendação de realização bienal de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, o número mínimo estimado para garantir a cobertura de rastreamento seria de 1330 mamografias por ano, o que revela uma cobertura extremamente baixa das ações de rastreamento do câncer de mama. (DATASUS, 2020).

Diante desses dados, todas as equipes foram estimuladas a realizar um processo de autoavaliação e organização dos serviços para garantir seu alinhamento com as diretrizes para controle dos cânceres de colo de útero e mama. Nesse contexto, a equipe de saúde da família da localidade de Barra Nova, zona rural de Redenção, iniciou a implementação de uma micro intervenção com o objetivo de avaliar, aprimorar e monitorar as ações de rastreamento dos referidos cânceres.

Este estudo descreve, então, a experiência da equipe de saúde supracitada no planejamento e execução de uma micro intervenção relacionada ao controle dos cânceres de mama e colo de útero. Na primeira fase desse processo realizou-se uma reunião com todos os profissionais de saúde para sensibilização da equipe em relação ao tema e apropriação, por parte de todos os atores, das diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e INCA. Este momento foi conduzido de forma dialógica pela médica da equipe, tendo como ponto de partida a percepção de cada profissional sobre o papel da ESF nos programas de controle dos

cânceres de colo de útero e mama. A partir daí, realizou-se uma autoavaliação da equipe sobre as ações até então desenvolvidas, tendo como parâmetro as metas apresentadas nas diretrizes brasileiras. (INCA, 2015; 2016).

Em um segundo momento, a partir da lista de problemas elaborada como produto do processo de autoavaliação, e, ainda de forma dialógica, definiu-se os dispositivos e ações que seriam executados para seu enfrentamento, sendo elencadas as responsabilidades de cada profissional em sua execução. Numa terceira etapa, procedeu-se à elaboração e impressão dos instrumentos para coleta e registro das informações, a saber, planilhas e caderno para anotação dos resultados dos exames e situação de seguimento dos casos com resultados alterados. (APÊNDICES 2 e 3).

Finalmente, iniciou-se a coleta dos dados pelas agentes comunitárias de saúde (ACS), técnicas de enfermagem, enfermeira e médica da equipe. A partir daí, gerou-se um fluxo contínuo de busca ativa das mulheres para agendamento de papanicolau, exame clínico das mamas e solicitação de mamografias para rastreamento, com o devido registro dos resultados no prontuário e no caderno supracitado.

Em relação aos resultados alcançados, evidenciou-se, durante o processo de autoavaliação da equipe, uma baixa percepção dos profissionais sobre o papel primordial da APS na vigilância dos cânceres de colo de útero e mama. A maioria das ACS e técnicas de enfermagem desconheciam os parâmetros do INCA e MS quanto à faixa etária prioritária e periodicidade dos exames, os quais eram agendados, em sua maioria, a partir de uma demanda espontânea.

Assim, apesar da oferta semanal de exames de papanicolau na unidade, o preenchimento das vagas realizava-se a partir da busca das usuárias pelo exame (muitas vezes motivadas pelo desejo de esclarecer alguma queixa ginecológica), independentemente da faixa etária ou data do último exame. Algo semelhante ocorria em relação à solicitação de mamografia para rastreamento, a qual também ocorria de forma oportunística e era intensificada apenas por ocasião da celebração do Outubro Rosa.

Outro problema identificado foi a ausência de dispositivos de gestão das ações de rastreamento dos cânceres de colo de útero e mama. Assim, até aquele momento, a equipe não havia identificado quais mulheres deveriam ser priorizadas nas ações, qual o número mínimo de exames de papanicolau que deveriam ser ofertados ao longo do ano e mesmo quais mulheres tiveram exames com alterações e sua situação no seguimento.

Tais achados corroboram com relatos descritos em outros estudos, que apontam a baixa aderência dos profissionais e a desorganização dos serviços como as principais barreiras para implementação das diretrizes para controle dos cânceres de mama e útero no Brasil. Pesquisa realizada com enfermeiros e médicos da APS revelou, inclusive, que apesar da maioria dos profissionais afirmar que as diretrizes nacionais eram influentes em suas unidades, 93%

realizava o rastreamento anual do câncer de colo de útero e 75,1% indicava o papanicolau para mulheres abaixo de 25 anos. (SANTOS, RAMOS, MIGOWSKI, 2019; STORMO, MOURA, SARAIVA, 2014; TEIXEIRA *et al.*, 2017).

A realização oportunística do rastreamento dos cânceres de mama e colo de útero, situação caracterizada pela ausência de uma ação efetiva da equipe de saúde para a convocação da população alvo, é uma realidade em diversos outros serviços. Além disso, é apontada como um importante fator para determinar o excesso de rastreamento - seja por periodicidade abaixo do recomendado ou por realização de exames em mulheres fora da faixa etária - enquanto uma parcela significativa da população alvo não é alcançada por tais ações. (MIGOWSKI *et al.*, 2018; LOPES, RIBEIRO, 2019).

A partir da elucidação de tais problemas, diversas ações foram desencadeadas, como utilização de um caderno para registro, por parte da enfermeira e da médica da equipe, de todos os resultados de papanicolau e mamografia das mulheres da área de abrangência da equipe de saúde da família, bem como sua situação no seguimento, no caso de exames alterados. Tal ação tem viabilizado a busca ativa de mulheres que realizaram o exame mas não retornaram na unidade para receber o resultado, além de colaborar na comunicação entre os profissionais da equipe, para seguimento das mulheres em situação de maior risco para desenvolvimento dos cânceres de colo de útero e mama. Há de se destacar, ainda, a potência de tal dispositivo para o exercício da *advogacy* pela equipe de saúde da família, a fim de garantir que mulheres que necessitem de avaliação especializada consigam acessar os demais níveis de atenção com brevidade.

Além desse dispositivo de gestão, foram elaboradas planilhas, a serem preenchidas pelas agentes comunitárias de saúde e técnicas de enfermagem, para identificação de todas as mulheres da área de abrangência na faixa etária prioritária para realização dos exames de rastreamento. Tais planilhas foram elaboradas e impressas pela médica da equipe e, posteriormente, avaliadas pelos demais profissionais da equipe e distribuídas entre as ACS. (APÊNDICES 2 e 3).

O processo de preenchimento das planilhas ainda não foi finalizado, devido a circunstância da pandemia de Covid-19, que tem limitado o número de visitas domiciliares pelas ACS e o fluxo de usuários na unidade básica de saúde; além do período de férias e recesso de alguns profissionais. Entretanto, a análise prévia dos dados até então disponíveis revelou um elevado número de mulheres que nunca realizou mamografia e/ou papanicolau ou com exames atrasados e, por outro lado, várias usuárias que os tem realizado em intervalos abaixo do preconizado.

Estudos revelam que baixa renda, baixo nível de escolaridade, estar em situação de violência doméstica e residir em área rural são fatores relacionados com a dificuldade de acesso às ações de rastreamento dos cânceres de colo de útero e mama e, portanto, a equipe de

saúde deve dispender atenção especial às mulheres com esse perfil a fim de promover a equidade e superar uma situação de iniquidade em saúde. Nesse sentido, a existência de um planilha de monitoramento das ações, com a identificação nominal de todas as mulheres da população alvo, revela-se como um potente instrumento para identificação de indivíduos frequentemente invisíveis na sociedade e nos serviços de saúde. (FERNANDES *et al.*, 2019; LOPES, RIBEIRO, 2019; LEITE, AMORIM, GIGANTE, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2017; VIEIRA, FORMENTON, BERTOLINI, 2017).

Além disso, especialmente em relação ao papanicolau, evidenciou-se um significativo número de exames em mulheres abaixo de 25 anos, o que deve alertar a equipe para uma possível sobrecarga do serviço, dificultando o acesso das mulheres da faixa etária prioritária. Afinal todo serviço, seja da rede particular ou pública, tem uma capacidade máxima de execução de exames e, no caso específico da atenção primária, que tem como princípio a responsabilização pela clientela, essa oferta precisa ser suficiente para garantir o acesso da população de maior risco.

Ressalta-se, ainda, que a incidência do câncer invasor do colo do útero em mulheres até 24 anos é muito baixa e o rastreamento é menos eficiente para detectá-lo. Ademais, o início mais precoce do rastreamento representaria um significativo aumento de diagnósticos de lesões de baixo grau, as quais apresentam grande probabilidade de regressão, resultando num aumento significativo de colposcopias e na possibilidade de intervenções desnecessárias, o que poderia acarretar maior risco de morbidade obstétrica e neonatal associado a uma futura gestação. Nesse sentido, os riscos do rastreamento indiscriminado em mulheres menores de 25 anos superam os possíveis benefícios e, por isso, o INCA desaconselha sua realização nesta faixa etária. (INCA, 2016).

Em relação ao rastreamento do câncer de mama, foi possível identificar mulheres que vinham realizando a mamografia com intervalo anual, sem indicação clínica específica, o que contraria a diretriz recomendada pelo INCA e sustentada pelas evidências clínicas até então disponíveis, de que a periodicidade bianual é capaz de preservar quase todo o benefício do rastreamento anual. Tal achado corrobora dados de outros estudos, que assinalam ser esta uma situação frequente no âmbito do SUS, representando cerca de 45% das mamografias de rastreamento realizadas no Brasil, o que, além de não gerar impacto adicional significativo na redução da mortalidade por câncer de mama, provoca um custo excessivo para o sistema e pode comprometer o acesso universal das mulheres às ações de controle do câncer de mama. (INCA, 2015; TOMAZELLI *et al.*, 2017; STEIN, LANG, MIGOWSKI, 2018; CORRÊA *et al.*, 2017).

A partir da identificação da população alvo, iniciou-se a convocação das mulheres para realização dos exames de rastreamento, através do agendamento de consultas médicas e de enfermagem por meio das ACS. Inicialmente, tem-se priorizado aquelas mulheres que nunca

realizaram os exames e/ou em situação de maior vulnerabilidade. Espera-se que, com a finalização do preenchimento das fichas, seja possível estimar a oferta necessária de exames para garantir a cobertura adequada das ações de rastreamento dos cânceres de mama e colo de útero, colaborando, assim, para a melhoria da organização do serviço. Paralelamente, tem-se intensificado ações de aconselhamento sobre o rastreamento desses cânceres em situações de atendimento ambulatorial de mulheres nas faixas etárias prioritárias que procuram o serviço por outras demandas de saúde.

Finalmente, a experiência supracitada ressalta a importância do diagnóstico situacional, planejamento voltado para as necessidades locais em saúde e vigilância em saúde como pilares fundamentais da ESF. Nesse sentido, a autoavaliação e a organização do serviço para execução das ações definidas nas diretrizes brasileiras para controle dos cânceres de colo de útero e mama representam uma oportunidade para que os trabalhadores em saúde experimentem a essência do processo de trabalho da atenção primária à saúde.

Além disso, constituem um caminho viável para aumentar a eficiência do serviço, com utilização adequada dos recursos disponíveis e alcance de melhores níveis de saúde na população adscrita. Em um contexto de agravamento da situação de financiamento do SUS, torna-se imperioso que as equipes de saúde reorganizem seus processos de trabalhos de acordo com as evidências científicas disponíveis e com as necessidades específicas de seu território de atuação a fim de elevar sua resolutividade e eficiência.

Em relação às ações de rastreamento dos cânceres de mama e colo de útero, verificou-se uma prática institucional centrada na livre demanda, distanciando-se dos preceitos da atenção primária e comprometendo o acesso das mulheres a serviços essenciais, o que potencialmente poderia contribuir para a elevação da mortalidade pelos cânceres supracitados.

Assim, espera-se que a consolidação das ações previstas e executadas na micro intervenção contribua não apenas para a melhoria dos indicadores de saúde relacionados à saúde da mulher mas, também, seja capaz de ativar um novo processo de planejamento e execução das ações da equipe de saúde da família em todas as demais áreas de atuação, de forma que a APS efetivamente exerça seu papel de coordenação do sistema de saúde.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As intervenções descritas neste trabalho representam o passo inicial de um movimento para realinhamento do processo de trabalho da equipe de saúde da família da Barra Nova, sob a ótica da vigilância em saúde. A unidade básica de saúde desta localidade tem uma história de mais de 40 anos e, ao longo de todo esse tempo, vem experienciando diferentes modos de pensar e agir em saúde, sintonizados com as diversas fases do processo de consolidação do SUS, e, paralelamente, com as inúmeras interrupções e recomeços desencadeados pela frequente troca de profissionais de nível superior.

Neste contexto, o seguimento e amadurecimento das ações por hora iniciadas constituem-se um grande desafio. Diante disso, houve um empenho para que todos os profissionais de saúde fossem implicados em todo o processo de identificação dos problemas, planejamento e execução das ações, a fim de que as intervenções desenvolvidas fossem assumidas como um projeto da equipe de saúde da família da Barra Nova, e não de um único profissional. Além disso, acredita-se que a produção de instrumentos para registro e coleta de dados possa colaborar para a continuidade e fortalecimento das ações desenvolvidas.

Há de destacar, ainda, o desafio do contexto atual de pandemia pela COVID-19, que prejudicou o envolvimento da comunidade no processo de planejamento das intervenções e retardou, principalmente, o desenvolvimento das ações direcionadas ao rastreamento dos cânceres de colo de útero e mama, não sendo possível concluir toda a coleta de dados durante o período de escrita deste trabalho. Entretanto, o processo prossegue, considerando as peculiaridades desse momento.

Entre os resultados já obtidos há de se destacar o desvelamento de diversas situações de risco e vulnerabilidades, que provavelmente seriam ignoradas no processo de trabalho anteriormente executado pela equipe de saúde da família tanto em relação à saúde materno-infantil quanto em relação ao controle dos cânceres de colo de útero e de mama. Assim, em última instância, pode-se inferir que as ações até então desenvolvidas potencialmente colaboraram para reduzir possíveis iniquidades, morbimortalidade e custos em saúde.

Ressalta-se, ainda, o efeito de uma mudança de paradigma, com a implicação da adoção de novas posturas e novas responsabilidades, na dimensão subjetiva de cada profissional. Os desafios e mudanças para uns representam a possibilidade de reinvenção e renovo da trajetória profissional, enquanto para outros vão de encontro a resistências internas, configurando-se, aparentemente, apenas como mais uma tarefa a se realizar. Em ambos os casos, entretanto, tais desafios representam uma possibilidade de reflexão e ressignificação sobre o processo de trabalho na atenção primária à saúde, além da oportunidade de amadurecimento das relações profissionais e interpessoais entre cada componente da equipe de saúde da família.

Finalmente, espera-se que a concepção de vigilância em saúde impregnada nas ações descritas tenha o potencial de redirecionar todo o processo de cuidado em saúde desenvolvido

pela equipe de saúde da Barra Nova, em todas as suas áreas de atuação. Ou seja, espera-se que este seja o início de um ciclo virtuoso de coleta e análise de dados, reconhecimento das necessidades e potencialidades do território, planejamento e execução de ações, avaliação a partir de dados e indicadores de saúde e assim sucessivamente. Para além de uma estratégia para alinhamento com o novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde, centrado na produção de resultados, acredita-se que esse seja um meio eficiente de alcance de melhores níveis de saúde para toda a comunidade.

## 5. REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS). **The Câncer Atlas**. 3ª ed. 2019. Disponível em <[https://canceratlas.cancer.org/wp-content/uploads/2019/10/ACS\\_CA3\\_Book.pdf](https://canceratlas.cancer.org/wp-content/uploads/2019/10/ACS_CA3_Book.pdf)>. Acesso em 20 dez 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da criança**. Brasília: 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em 01 nov. 2020.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013**. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378\\_09\\_07\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html)> . Acesso em 01 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Disponível em <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)> Acesso em 01 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019**. Disponível em <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>>. Acesso em 20 dez. 2020.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

CORRÊA, C. S. L. *et al.* Rastreamento do câncer de mama em Minas Gerais: avaliação a partir de dados dos sistemas de informações do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. 2017, v. 26, n. 3, 2017.

CORRÊA, M. S. M. *et al.* Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, n. 3, 2017.

DATASUS. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde**. Disponível em

<<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em 20 dez. 2020.

FERNANDES, N. F. S. *et al.* Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 10, 2019

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/redencao/panorama>>. Acesso em 01 abr. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. 2 ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

\_\_\_\_\_. **Estimativa 2020** : incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

\_\_\_\_\_. **Viva Mulher 20 anos**: história e memória do controle do câncer do colo do útero e de mama no Brasil: catálogo de documentos. Rio de Janeiro: Inca, 2018.

LEITE, F. M. C.; AMORIM, M. H. C.; GIGAMTE, D. P. Implicações das violências contra as mulheres sobre a não realização do exame citopatológico. **Rev Saude Publica**. v. 52, n. 89, 2018.

LOPES, V. A. S.; RIBEIRO, J. M. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p.:3431-3442, 2019.

LUCENA, D. B. A. *et al.* Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, 2018.

MIGOWSKI, A. R. N. *et al.* Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. III - Desafios à implementação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, 2018.

OLIVEIRA, M. M. *et al.* Cobertura de exame Papanicolaou em mulheres de 25 a 64 anos, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e

Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2013. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 21, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **World Health Organization recommendations on postnatal care of the mother and newborn**. Geneva: WHO, 2013.

SANTOS, R. F. Vigilância em Saúde: o direito social à promoção e proteção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3134, out. 2017.

SANTOS, R. O. M.; RAMOS, D. N.; MIGOWSKI, A. R. N. Barreiras na implementação das diretrizes de detecção precoce dos cânceres de mama e colo do útero no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 4, 2019 .

SILVA, Gulnar Azevedo *et al* . Early detection of breast cancer in Brazil: data from the National Health Survey, 2013. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 14s, 2017.

SOARES, A. R. *et al*. Ideal time for home visits to newborns: an integrative review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.8, p. 3311-3320, 2020.

STEIN, A. T.; LANG, E.; MIGOWSKI, A. Implementing clinical guidelines: a need to follow recommendations based on the best evidence available. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online] v. 21, 2018.

STORMO, A. R.; MOURA, L.; SARAIYA, M. Cervical cancer-related knowledge, attitudes, and practices of health professionals working in Brazil's network of primary care units. **The Oncologist**, v. 19, n. 4, p. 375-382, abr. 2014.

TEIXEIRA, M. S. *et al*. Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama, **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n.1, p. 1-7, jan. 2017.

TOMAZELLI, J. *et al* . Assessment of actions for breast cancer early detection in Brazil using process indicators: a descriptive study with Sismama data, 2010-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 26, n. 1, p. 61-70, Jan. 2017 .

THE NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR PRIMARY CARE (NCCPC). **Postnatal care: Routine postnatal care of women and their babies**. London: Royal College of General Practitioners, 2006.

VASQUEZ, C. L.; LOZANO, M. I. P. Generic care to restore balance in the postpartum period. **Rev Cubana Enfermer**, Ciudad de la Habana , v. 27, n. 1, p. 88-97, Mar. 2011 .

VIDOR, A. C. Cuidados no Puerpério. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.).**Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012a, v. 2, p. 999-1008.

VIDOR, A. C. Vigilância em Saúde. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.).**Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012b, v. 1, p. 315-321.

VIEIRA, R. A. C.; FORMENTON, A.; BERTOLINI, S. R.. Breast cancer screening in Brazil. Barriers related to the health system. **Rev. Assoc. Med. Bras** São Paulo , v. 63, n. 5, 2017

## 6. APÊNDICES

### APÊNDICE 1

#### FICHA DE VISITA DOMICILIAR PRIMEIRA SEMANA DE SAÚDE INTEGRAL

Nome da puérpera:

CPF/CSUS:

Nome do recém-nascido:

CPF/CSUS:

Registrou a criança? ( ) Sim ( ) Não

Agente Comunitária de Saúde:

Data

da visita:

#### AVALIAÇÃO DA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO IMEDIATO

- Gestação de risco? ( ) Não ( ) Sim. Qual?
- Intercorrências na Gestação:
- Número de Consultas pré-natais:
- Data do parto: \_\_\_\_\_ Local do parto: \_\_\_\_\_
- Tipo de Parto: ( ) Vaginal ( ) Cesáreo. Motivo: \_\_\_\_\_
- Intercorrências no parto e pós-parto? ( ) Não ( ) Sim. Quais? \_\_\_\_\_
- Contato pele a pele: ( ) Não ( ) Sim
- Mamou na primeira hora de vida? ( ) Não ( ) Sim
- Apgar 1º min: \_\_\_\_\_ 5º min: \_\_\_\_\_
- Clampeamento oportuno do cordão umbilical: ( ) Não ( ) Sim ( ) Sem informação
- IG: \_\_\_\_\_ Semanas e \_\_\_\_\_ dias ( ) DUM ( ) USG ( ) Exame RN.
- Peso: \_\_\_\_\_ g Comprimento: \_\_\_\_\_ cm PC: \_\_\_\_\_ cm
- Reanimação neonatal ( ) Não ( ) Sim.
- Tipo sanguíneo e Coombs: Mãe \_\_\_\_\_ CI \_\_\_\_\_ Bebê \_\_\_\_\_ CD \_\_\_\_\_
- Internação prolongada? ( ) Não ( ) Sim. Motivo e tempo de internação: \_\_\_\_\_
- Patologias identificadas na mãe ou bebê e/ou recomendações pós alta: \_\_\_\_\_

#### AVALIAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

1. Peso: \_\_\_\_\_ g Comprimento: \_\_\_\_\_ cm PC: \_\_\_\_\_ cm PT: \_\_\_\_\_ cm
2. TRIAGEM NEONATAL

- Realizou teste do olhinho? ( ) Não ( ) Sim. Resultado: ( ) OD Normal ( ) OD Alterado ( ) OE Normal ( ) OE Alterado
- Realizou teste da linguinha? ( ) Não ( ) Sim. Resultado: ( ) Normal ( ) Alterado
- Realizou teste do coraçãozinho? ( ) Não ( ) Sim. Resultado: ( ) Normal ( ) Alterado
- Realizou teste da orelhinha? ( ) Não ( ) Sim. Resultado: ( ) OD Normal ( ) OD Alterado ( ) OE Normal ( ) OE Alterado
- Realizou teste do pezinho? ( ) Não ( ) Sim

### 3. ALIMENTAÇÃO/ ALEITAMENTO MATERNO

- Leite materno exclusivo  Leite materno e leite artificial/ de vaca  Leite artificial/ de vaca
- Dificuldade para amamentar?  Não  Sim. Qual?
- Parou de amamentar?  Não  Sim. Com que idade?
- Em caso de desmame precoce descreva o motivo:

### 4. VACINAS

- Recebeu Hepatite B?  Sim  Não
- Recebeu vacina para BCG?  Sim  Não

### 5. SINAIS DE ALERTA

- Coto umbilical infeccionado  Sim  Não
- Icterícia Diarreia/Vômitos  Sim  Não
- Dificuldades para respirar (FR>60 ou <30)  Sim  Não
- Febre ( $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ )  Sim  Não
- Hipotermia ( $< 36,5^{\circ}\text{C}$ )  Sim  Não
- Convulsões ou movimentos anormais:  Sim  Não
- Ausculta cardíaca alterada/Cianose  Sim  Não
- Dermatite de fralda  Sim  Não
- Outros:

### AVALIAÇÃO DA PUÉRPERA

Medicações em uso:

INDAGAR SOBRE:

- Sono, alimentação, ritmo intestinal, atividades
- Aleitamento materno (frequência das mamadas, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas)
- Dor abdominal, presença e característica de lóquios, queixas urinárias, corrimento, febre
- Planejamento familiar (desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência)
- Condição psicoemocional (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga)
- Condição social (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para atendimento de necessidades básicas, situação de moradia e saneamento, violência doméstica)

EXAME FÍSICO:

- Temperatura: \_\_\_\_\_ ° C Pressão arterial: \_\_\_\_\_
- Edema?  Não  Sim
- Cicatriz cirúrgica (se episiotomia ou cesárea) –  Normal  Alterado
- Exame abdominal (condição do útero) -  Normal  Alterado
- Exame de períneo e genitais externos (lóquios, sinais de infecção).  Normal

Alterado

- Exame das mamas (ingurgitação? fissuras?) ( ) Normal ( ) Alterado
- Verificar pega ( ) Adequada ( ) Inadequada

#### CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO:

- Problemas e necessidades da puérpera e recém-nascido/ Conduta:
  
- Orientar sobre retorno das relações sexuais, alimentação, sono etc.
- Orientar sobre planejamento familiar e, se for o caso, prescrever método contraceptivo:
  - Orientar sobre aleitamento materno
  - Orientar sobre cuidados com recém-nascido (banho; limpeza do coto umbilical; troca de fraldas e prevenção de assaduras; posição para dormir; banho de sol; higiene oral)
  - Orientar sobre emissão da certidão de nascimento, se ainda não realizada.
  - Orientar agendamento de testes de triagem neonatal, se ainda não realizados
  - Prescrever sulfato ferroso para puérpera
  - Prescrever vitamina D para recém-nascido, se possível.
  - Prescrever analgésicos e antitérmicos, se necessário
  - Agendar retirada de pontos, se indicado
  - Agendar puericultura, vacinas, planejamento familiar e prevenção.
  - Profissionais responsáveis pela visita:



