

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ**  
**NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RILDO SAMPAIO DE MEDEIROS**

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO À SAÚDE DE CRIANÇAS DE ZERO A DOIS ANOS**  
**EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**FORTALEZA**

**2018**

**RILDO SAMPAIO DE MEDEIROS**

**ESTRATIFICAÇÃO RISCO À SAÚDE DE CRIANÇAS DE ZERO A DOIS ANOS EM  
UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Me. Sâmua Kelen Mendes de Lima

**FORTALEZA**

**2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- M44e Medeiros, Rildo Sampaio de.  
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO À SAÚDE DE CRIANÇAS DE ZERO A DOIS ANOS EM UNIDADE DE  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE / Rildo Sampaio de Medeiros. – 2018.  
38 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de  
Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2018.  
Orientação: Prof. Me. Sâmua Kelen Mendes de Lima.

1. Saúde da Criança. 2. Grupos de Risco. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDD 362.1

---

**RILDO SAMPAIO DE MEDEIROS**

**ESTRATIFICAÇÃO RISCO À SAÚDE DE CRIANÇAS DE ZERO A DOIS ANOS EM  
UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: \_\_/\_\_/\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>o</sup>., Me, Sâmua Kelen Mendes de Lima  
Universidade Federal do Ceará

---

Me. Raylla Araújo Bezerra  
UNILAB

---

Esp. Deucirene Linhares Lima  
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

## RESUMO

O presente estudo objetivou realizar o processo de estratificação de risco de crianças menores de dois anos em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. A pesquisa consistiu em um projeto de intervenção, realizado no período de janeiro a julho de 2018, em um município do interior do Ceará, com 42 crianças. Foram realizadas as etapas preconizadas pelo Projeto Qualifica APSUS: territorialização; cadastro familiar; estratificação de risco; agendamento das consultas subsequentes e busca ativa das crianças faltosas. Após a realização da estratificação, encontrou-se que a maioria das crianças era do sexo feminino, com faixa etária predominante de zero a um ano, no momento da aplicação do instrumento de coleta. A maioria nasceu por via cesariana. Nove delas são beneficiárias do Programa Bolsa Família. Em relação à estratificação de risco, dezenove crianças foram classificadas como risco habitual, nenhuma com médio risco e duas classificadas como alto risco. Foi traçado um plano de cuidados individual à depender da classificação recebida pela criança. A intervenção descrita no presente trabalho consistiu numa ferramenta inicial que beneficiará as crianças atendidas, bem como melhorará o processo de trabalho, pois permite gerenciar os riscos e atendê-los de acordo com o grau de necessidade do indivíduo.

**Palavras-chave:** Saúde da Criança; Grupos de Risco; Atenção Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

The present study aimed to carry out the risk stratification process of children under two years of age in a Primary Health Care Unit. The study consisted of an intervention project, carried from January to July 2018, in a city in the countryside of Ceará, with 42 children. The steps recommended by the Qualifica APSUS Project were carried out: territorialization; family register; risk stratification; scheduling of subsequent consultations and active search of the faulty children. The stratification allowed to identify that female children were predominant among the population, and the predominant with overall age was from zero to one year old, on the moment of the application. Most of them were born by caesarean section. They were in the most benefited by the Bolsa Família Program. In relation to risk stratification, nineteen children were classified as habitual risk and two classified as high risk. An individual database support plan for the child was drawn up. A better health care has been provided to the children from this intervention study.

**Keywords:** Child Health; Risk Groups; Primary Health Care.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>PROBLEMA.....</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>8</b>
4.1	OBJETIVO GERAL.....	8
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	8
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>9</b>
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>10</b>
<b>7</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>11</b>
<b>8</b>	<b>CRONOGRAMA.....</b>	<b>12</b>
<b>9</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS.....</b>	<b>13</b>
<b>10</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>14</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>17</b>
	<b>APÊNDICE.....</b>	<b>18</b>
	<b>ANEXO.....</b>	<b>19</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os primeiros anos de vida da criança é uma das fases mais críticas na vida. Os recém-nascidos e as crianças são particularmente vulneráveis às diversas doenças, muitas das quais podem ser efetivamente prevenidas ou tratadas.

A atenção à saúde da criança pressupõe ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança, tendo como compromisso promover qualidade de vida para que a criança possa ter um crescimento e desenvolvimento saudável.

A taxa de mortalidade infantil tem reduzido nos últimos anos no Brasil, resultado de diversas políticas de saúde, como a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família, que contribuiu para a melhoria do acesso à saúde e outros programas com ações voltadas para a saúde da criança. No entanto, esta fase da vida continua sendo um período muito negligenciado para a prestação de cuidados de saúde de qualidade.

No Ceará, uma pesquisa caso-controle observou-se no período de 2005 a 2010 ocorreu uma redução na Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) de 20,6 para 11,9 óbitos, por mil nascidos vivos, sendo que dentre estes mais da metade 119 (81,0%) ocorreu no período neonatal, destes a maioria 88 (59,9%) no período neonatal precoce (SANDERS et al, 2017).

Em 2016, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) registrou 1.560 óbitos infantis e 1.345 óbitos fetais, sendo que 74% (1.161/1.560) dos óbitos infantis e 68,9% (928/1.345) dos óbitos fetais foram investigados; destes 47,5% (551/1.161) e 47,7% (443/928), respectivamente, apresentam avaliação do critério de evitabilidade. Nos últimos anos os óbitos neonatais representaram 70% dos óbitos infantis, ressaltando-se que os óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias) têm elevados percentuais (em média 55%).

O número de óbitos fetais notificados anualmente se destaca por registrar valores elevados e semelhantes aos dos óbitos infantis, merecendo, dessa forma um olhar diferenciado na avaliação da assistência pré-natal por parte de gestores e profissionais de saúde.

O Estado do Ceará no ano de 2016 apresentou uma taxa de mortalidade infantil (TMI) de 12,9 por mil nascidos vivos, a menor registrada nos últimos anos. Contudo, não há uma homogeneidade dentro dos municípios. Dos 184 municípios do estado, 24

atingiram TMI superior a 22,8 para cada mil nascidos vivos, representando 13,0% (24/184).

O município de Tabuleiro do Norte, no ano de 2016 apresentou três óbitos fetais e nove óbitos infantil, representando uma TMI de 24,8, de acordo com o boletim epidemiológico de mortalidade.

De 2014 a 2015, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a FIOCRUZ, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e o município de Tauá, desenvolveu nesse município o Laboratório de Atenção Primária à Saúde, através da Planificação da Atenção Primária. A qualificação da APS também tem ocorrido em outros municípios do Ceará, por iniciativa dos próprios municípios, no mesmo modelo de atenção à saúde praticada em Tauá. Vale destacar as experiências de Sobral e Fortaleza. Os resultados alcançados na reorganização e qualificação dos processos de trabalho com impacto na melhoria dos indicadores de saúde desses municípios, fez com que a Secretaria lançasse a expansão do Projeto, por meio do Qualifica APSUS Ceará, cujo intuito é subsidiar a reorganização do modelo de atenção, a partir da reestruturação da Atenção Primária nos municípios e, conseqüentemente, da implantação e implementação das Redes de Atenção.

Em 2016, o Projeto teve adesão de 90 municípios distribuídos em 12 Regiões de Saúde do Estado formando 220 Facilitadores Regionais, contando com a participação de 3.318 trabalhadores da Atenção Primária nas Oficinas regionais e mais 6.676 nas Oficinas municipais com resultados significativos, tais como: apropriação da marca “Qualifica APSUS Ceará” por parte dos trabalhadores da APS como principal movimento estadual desencadeado em 2016; maior integração e envolvimento dos trabalhadores com a proposta de reorientação da APS nos municípios e o engajamento dos trabalhadores da APS na cadeia de educação permanente do Projeto Qualifica APSUS na condução das Oficinas municipais (CEARÀ, 2016).

O Projeto tem como objetivo apoiar os municípios no fortalecimento da APS para que as equipes possam cumprir os atributos do primeiro contato, da longitudinalidade, da integralidade, da coordenação, da centralização familiar, da orientação comunitária e da competência cultural; cumprir as funções de responsabilização pela saúde da população adscrita, de comunicação nas redes de atenção à saúde e de resolução de grande parte dos problemas de saúde da população sob sua responsabilidade; assumir a coordenação do

cuidado nas redes de atenção à saúde, nas condições crônicas; e participar da rede de atenção às urgências.

Para que esta estratégia seja efetivada, a Secretaria está desenvolvendo um conjunto de diretrizes clínicas, que fornecem os padrões de cuidado nas redes de atenção à saúde e estabelecem uma linguagem comum nos diversos pontos de atenção. Na implementação da Rede de Atenção às Condições Crônicas, as diretrizes clínicas prioritárias selecionadas são: Gestante, Criança menor de dois anos, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Saúde do Idoso, Saúde Bucal e Saúde Mental. Para a Rede de Atenção às Urgências, será adotado o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco – Caderno de Atenção Básica nº 28 do Ministério da Saúde.

O presente estudo de intervenção consiste na implementação do microprocesso de atenção às condições crônicas, especificamente, a estratificação de risco das crianças menores de dois anos em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde em uma UAPS no município de Tabuleiro do Norte.

## **2 PROBLEMA**

O município de Tabuleiro do Norte, no ano de 2016 apresentou três óbitos fetais e nove óbitos infantis, representando uma TMI de 24,8 de acordo com o boletim epidemiológico de mortalidade, estando entre as maiores taxas do Estado.

Nesse mesmo ano o município aderiu ao projeto Qualifica APSUS e iniciou os processos preconizados em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), a saber, a UAPS Pedra Preta e UAPS Barra do Feijão. A UAPS José Mendes Sobrinho não foi incluída inicialmente por decisão da gestão municipal, pois optou por iniciar com as UAPS de menor porte, e posteriormente, expandir para as demais.

A UAPS José Mendes Sobrinho possui uma cobertura aproximada de 3500 famílias, maior parte localizada na zona rural do município, com renda média de 1,5 salários mínimos, caracterizando uma população vulnerável e de risco social (e-SUS-AB, 2018).

Baseado nessa problemática, viu-se a necessidade de implementar com maior urgência os processos do Projeto Qualifica APSUS, que inclui, dentre eles, a estratificação de risco das de crianças menores de dois anos.

A estratificação de risco confere ao indivíduo uma classificação em risco habitual, médio e alto risco, e baseada no grau de risco é realizado o agendamento das consultas garantindo os atendimentos necessário no período de um ano. Dessa forma, a partir da estratificação de risco é possível planejar uma assistência adequada e baseada nas reais necessidades do indivíduo, com vistas à promoção da saúde integral da criança.

### **3 JUSTIFICATIVA**

Ao longo dos anos, a saúde materna e infantil tem sido alvo das políticas e estratégias dos órgãos nacionais e internacionais de saúde, com vistas a reduzir a morbimortalidade nesse público. As experiências de vários países têm demonstrado que há diferenças entre a mortalidade relacionada à escolaridade da mãe, às condições de vida e ao acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno.

Portanto, a identificação dos fatores de risco para a população infantil é fundamental para orientar o planejamento das ações para a mudança desses indicadores.

O desenvolvimento das ações de prevenção de agravos, a promoção da saúde integral da criança, o nascimento saudável, o aleitamento materno e a vacinação são ações permanentes que não podem deixar de ser realizadas em toda a sua plenitude. Pois, além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, para que possa crescer e desenvolver-se plenamente.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Implementar o microprocesso de estratificação de risco das crianças de zero a dois anos em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Verificar a territorialização da área de abrangência da UAPS
- Atualizar os cadastros das famílias do território adscrito
- Realizar a estratificação de risco durante as consultas de puericultura
- Agendar as consultas subseqüentes de acordo com o grau de risco

## **5 REVISÃO DE LITERATURA**

### **5.1 – Contexto do Projeto Qualifica APSUS**

Apesar dos inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos, torna-se cada vez mais clara a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual.

O modelo de atenção à saúde fundamentada nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros (BRASIL, 2010).

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde, além do desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade, que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país (BRASIL, 2010).

Considera-se, ainda, o perfil epidemiológico brasileiro, caracterizado por uma tripla carga de doença, que envolve a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição, características de países subdesenvolvidos, importante componente de problemas de saúde reprodutiva com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis, e o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito, trazendo a necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, as condições agudas.

A solução consiste em aprimorar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS) para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

Com o intuito de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia

clínica e sanitária; e eficiência econômica, as RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

As RAS caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Assim, fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2010)..

Segundo Mendes (2011), as redes de atenção à saúde dependem que a Atenção Primária à Saúde (APS) cumpra os atributos - do primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização na família, orientação comunitária e competência cultural – e as funções – de responsabilização, de coordenação dos fluxos, contra fluxos dos cidadãos e de resolução dos problemas de saúde da população.

Para tanto, há a necessidade de implementar na APS os micros e macroprocessos, que incluem, dentre outras questões, intervenções na estrutura, nos micros e macroprocessos básicos; macroprocessos de atenção aos eventos agudos; macroprocessos de atenção às condições crônicas; macroprocessos de atenção preventiva; macroprocesso de demandas administrativas; macroprocesso de atenção domiciliar; e macroprocesso de atenção paliativa.

## **5.2 - Fluxo da criança na Atenção Primária à Saúde**

De acordo com a Linha Guia “Nascer no Ceará” (CEARÁ, 2016b) o acompanhamento da criança inicia-se na gravidez, por meio da avaliação do crescimento intra-uterino. No dia da alta, o hospital/maternidade onde for realizado o parto entrega a carteira da criança com os dados registrados para a mãe, e deverá comunicar à Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência sobre as condições de saúde da mãe e do bebê. A partir desse comunicado, a equipe de saúde da UBS deve programar a visita domiciliar até o 5º dia após o parto, para avaliação da mãe e do bebê. Até essa data, a UBS já deverá ter

recebido a Declaração de Nascidos Vivos (DN) e a estratificação de risco da criança, para a identificação precoce de fatores de risco.

### **5.3 - Exames de rotina para crianças**

Exame de triagem neonatal (teste do pezinho) deve ser realizado a partir de 48 horas de nascimento e, preferencialmente, ainda no hospital/ maternidade. Os exames laboratoriais e de diagnósticos até o primeiro ano de vida só serão requisitados a partir da avaliação médica e constatação da necessidade.

a) Visita domiciliar até o 5º dia após o parto - Até o 5º dia de nascimento deverá ser realizada visita domiciliar para:

- Atualizar a ficha do E-SUS;
- Verificar o estado geral da criança, presença de icterícia e sinais de perigo como: gemido, vômito, sinais de dor à manipulação, fontanela abaulada, secreção no ouvido ou no umbigo, letargia, febre (temperatura axilar  $> 37,5^\circ$ ), hipotermia (temperatura axilar  $< 35,5^\circ$ ), frequência respiratória  $> 60$  mpm e convulsões;
- Observar o estado geral da mãe;
- Orientar sobre o aleitamento materno (conforme preconizado pela OMS), cuidado com o coto umbilical e cuidado de higiene;
- Orientar sobre a consulta de puerpério e de acompanhamento do bebê, o que deverá acontecer até o 10º dia após o parto na UBS;
- Avaliar a carteira da criança quanto: À realização dos testes do pezinho, da orelhinha, do olhinho e do coraçãozinho;
- À aplicação da vacina prevista ao nascer: hepatite B. Caso não tenha sido aplicada no hospital, orientar a procurar a UBS para realizar a imunização.

b) Acompanhamento - O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral da saúde da criança, sendo previsto: o registro na Carteira da Criança, a avaliação do peso, altura, perímetro cefálico, desenvolvimento, vacinação, intercorrências, estado nutricional, bem como orientações sobre os cuidados com a criança (alimentação, prevenção de acidentes e higiene).

A monitoração do crescimento (aumento da massa corporal) e desenvolvimento (habilidades cada vez mais complexas) é considerada a ação eixo na atenção primária à saúde da criança.

A equipe da UBS/ESF é responsável pelas atividades envolvidas no acompanhamento da criança. O Calendário Mínimo de Consultas para Assistência à Criança contempla um intervalo de oito consultas no 1º ano de vida:

- Mensal até o 6º mês;
- Trimestral do 6º ao 12º mês;
- Duas consultas no 2º ano de vida (semestral, de 12 até 24 meses). E uma consulta/ano a partir do 3º ano de vida.

Também deverá ser feita uma consulta odontológica para o bebê, mesmo antes da primeira dentição, com o objetivo de prevenir e controlar a cárie em crianças de 0 a 36 meses.

Em todas as consultas realizadas deve-se registrar o atendimento da criança na Carteira da Criança e no prontuário. Até a faixa etária de cinco anos recomenda-se uma visita domiciliar mensal realizada pelo agente comunitário. A equipe deverá acolher as crianças sempre que apresentarem intercorrências e necessitarem de atendimento independentemente do calendário previsto. Durante todo esse acompanhamento, envolvendo consultas e visitas domiciliares, a equipe deve:

- Estimular o aleitamento materno, conforme preconizado pela OMS;
- Orientar o processo de desmame e a alimentação complementar;
- Verificar o calendário vacinal;
- Acompanhar o desenvolvimento psicomotor, social e afetivo da criança;
- Aferir o peso, a estatura e o perímetro cefálico e avaliar as curvas de referência para analisar o crescimento global da criança;
- Avaliar a saúde bucal e orientar sobre a higiene oral;
- Orientar sobre a prevenção de acidentes;
- Tratar as intercorrências patológicas;
- Identificar maus tratos e notificá-los às autoridades.

### 5.3 – Estratificação de risco da criança

É necessário estratificar o risco das crianças para garantir o cuidado mais intensivo às crianças de risco que têm maior probabilidade de adoecer e morrer. Para a estratificação de risco foram estabelecidos os seguintes critérios:

**RISCO HABITUAL:** Toda criança que não apresentar condições ou patologias que evidenciam algum risco. Nesse grupo estão incluídas crianças potencialmente livres de riscos referentes aos quatro campos observados na produção de saúde ou de doença, como:

1) Fatores relacionados ao campo biológico/estilo de vida

- a) Pré-natal sem intercorrências;
- b) Aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade;
- c) Peso ao nascer  $\geq 2,5$  kg;
- d) Apgar  $\geq 8$ , no 5º min;
- e) Sem reconhecimento de patologia específica.

2) Fatores relacionados ao campo socioeconômico

- a) Bom suporte familiar;
- b) Mãe com mais de 8 anos de estudo.

3) Fatores relacionados à oferta de serviços de saúde

- a) Vacina em dia;
- b) RN com triagem neonatal realizada.

Obs.: A primeira consulta a ser realizada no período puerperal imediato (primeiros 5 dias), ocorrerá na forma de visita domiciliar da Estratégia Saúde da Família (médico, enfermeiro, dentista e ACS).

Atenção: A equipe deverá acolher as crianças sempre que apresentarem intercorrências e, necessitarem de atendimento, independente do calendário previsto.

**RISCO INTERMEDIÁRIO:** As crianças que compõem esse grupo apresentam vulnerabilidade determinada pela presença de vários fatores negativos inseridos nos campos de saúde, tais como:

- 1) Fatores relacionados ao campo biológico (B)/ estilo de vida (E)

- B. Prematuro limítrofe (37 semanas);
- B. Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose, sífilis, hepatite B, com criança negativa para estas patologias;
- B. Filho de mãe deficiente mental, doença mental ou transtornos psiquiátricos leves;
- B. Morte materna;
- B. Filho de mãe com menos de 20 anos e mais de três partos;
- E. História de óbitos de menores de 5 anos no núcleo familiar da criança;
- E. Criança manifestamente indesejada;
- E. Criança menor de 6 meses de idade que não se encontra em aleitamento materno exclusivo.

2) Fatores relacionados ao campo socioeconômico

- a) Mãe com escolaridade de 3 a 7 anos e 11 meses de estudo;
- b) Filho de mãe com menos de 15 anos ou mais de 40 anos e/ou solteira;
- c) Filho de mãe sem suporte familiar;
- d) Crianças que vivem em situação de risco e vulnerabilidade;
- e) Chefe de família sem fonte de renda;
- f) Filhos de mãe de etnia indígena.

3) Fatores relacionados à oferta de serviços de saúde

- a) Vacina atrasada;
- b) RN sem triagem neonatal.

Para classificarmos como RISCO INTERMEDIÁRIO, faz-se necessário o preenchimento dos seguintes critérios: 2 fatores biológicos (B) ou 1 fator biológico e 1 estilo de vida (E) – obrigatoriamente – e 1 dos dois abaixo – pelo menos 1 obrigatoriamente: 1 relacionado ao campo socioeconômico; 1 fator dependente da oferta de serviços de saúde.

Obs.: A primeira consulta a ser realizada no período puerperal imediato (primeiros 5 dias) ocorrerá na forma de visita domiciliar da Estratégia Saúde da Família (médico, enfermeiro, dentista e ACS).

Atenção: A equipe deverá acolher as crianças sempre que apresentarem intercorrências e necessitarem de atendimento, independente do calendário previsto.

Existem algumas situações nas quais é necessária uma atenção especial por parte da equipe de saúde ou, até mesmo, o encaminhamento para especialista. Entre essas situações, destacamos:

**ALTO RISCO:** Esse grupo está formado por crianças que se encontram submetidas a fatores de risco oriundos dos quatro campos de saúde, porém de forma mais intensa e de maior gravidade que no grupo anterior:

1) Fatores relacionados ao campo biológico

a) Prematuridade (abaixo de 37 semanas);

b) Malformação congênita;

c) Intercorrências importantes no período neonatal, notificadas na alta hospitalar –

**ASFIXIA GRAVE:** Apgar < 7 no 5º min de vida, crianças com prescrição de antibióticos, icterícia (com fototerapia), dentre outros;

d) Filho de mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose, sífilis, hepatite B, sem diagnóstico negativo ou ainda não concluído;

e) RN com triagem neonatal positiva;

f) RN com deficiência estabelecida desde o nascimento; doenças genéticas ou neurológicas, malformações múltiplas;

g) Filho de mãe com doença exantemática febril na gestação;

h) Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados;

i) Desnutrição e obesidade grave;

j) Criança portadora de alergias alimentares;

k) Criança retida nas maternidades após a alta da mãe;

l) Criança egressa de unidades de cuidados intermediários;

m) RN com triagem neonatal positiva;

n) Mãe com transtornos psiquiátricos moderados a severos (ex.: esquizofrenia, psicose, depressão), ou portadora de deficiência ou restrição que impossibilite o cuidado da criança;

o) Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.

2) Fatores relacionados ao estilo de vida

a) Criança menores de 6 meses que não se encontra em aleitamento materno exclusivo;

3) Fatores relacionados ao campo socioeconômico

a) Filho de mães analfabetas.

Para classificarmos como alto risco, faz-se necessário o preenchimento dos seguintes critérios: 1 fator biológico – obrigatoriamente.

Os fatores abaixo servirão para nortear a prioridade de atendimento: Fator de estilo de vida; Fator socioeconômico.

Observações:

- Atentar que para a mãe soro positivo é contraindicado o aleitamento materno;
- Prestar atenção especial às crianças onde as condições ambientais, sociais e familiares sejam desfavoráveis, com história de internação anterior, história de morte de crianças com menos de 5 anos na família, recém-nascido de mãe adolescente ou com baixa instrução;
- A equipe deverá acolher as crianças sempre que apresentarem intercorrências e necessitarem de atendimento independentemente do calendário previsto de puericultura e vacinação.
- Obs.: A primeira consulta a ser realizada no período puerperal imediato (primeiros 5 dias), ocorrerá na forma de visita domiciliar da Estratégia Saúde da Família (médico, enfermeiro, dentista e ACS).
- Atenção: A equipe deverá acolher as crianças sempre que apresentarem intercorrências e necessitarem de atendimento, independente do calendário previsto.

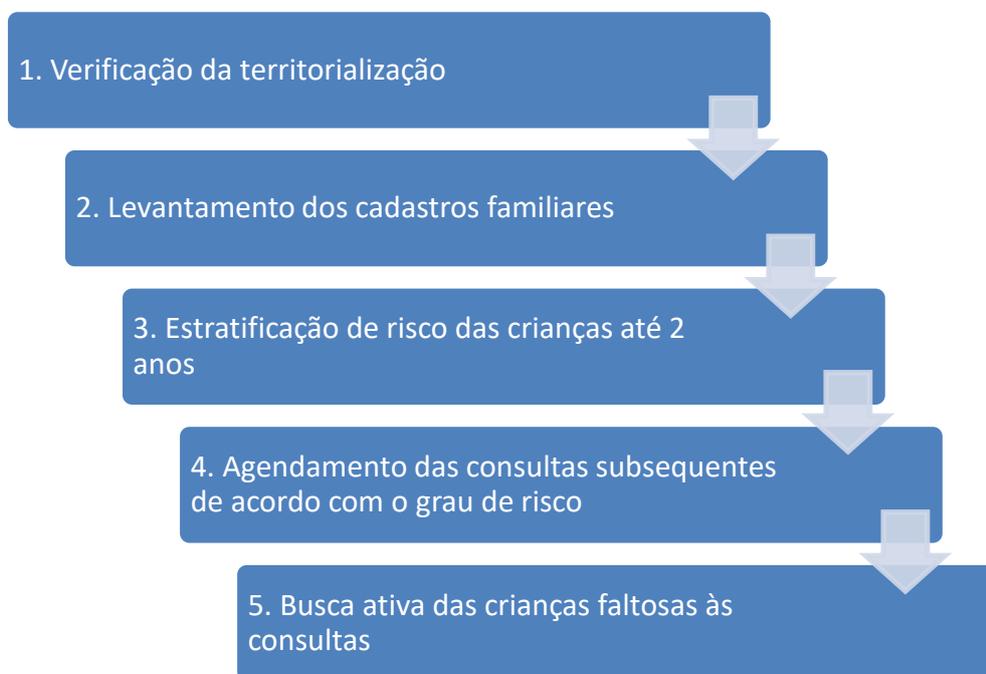
d) Busca de faltosos.

A UBS deverá realizar visita às crianças faltosas nas atividades programadas e agendar nova consulta, priorizando as que estejam em situações de risco. Caso a falta seja devida ao internamento da criança, a UBS deverá entrar em contato com o hospital e programar uma consulta após a alta.

## 6 METODOLOGIA

### 6.1 – Delineamento da pesquisa

O estudo consiste numa pesquisa de intervenção que seguiu as seguintes etapas



### 6.2 – Universo da Pesquisa

A intervenção foi realizada na UAPS José Mendes Sobrinho, localizada no município de Tabuleiro do Norte. A unidade possui uma área de abrangência que compreende territórios rurais e urbanos, com uma população de 3856 indivíduos. O território adscrito é dividido em sete microáreas, cada uma com seu respectivo agente de saúde. A equipe de saúde da família é composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma recepcionista, uma auxiliar de farmácia e uma auxiliar de serviços gerais.

### 6.3 – População

A população do estudo foram todas as crianças identificadas no território que se encontravam na faixa etária de zero a menores de dois anos de idade, consistindo num total de 43 crianças.

#### **6.4 - Instrumento de coleta de dados**

O instrumento de coleta de dados consistiu na “Ficha de Estratificação de Risco de Saúde da Criança” lançado pela Secretaria de Saúde do Estado no ano de 2016, como uma das etapas da implantação do Projeto Qualifica APSUS.

A ficha (ANEXO I) possui inicialmente dados de identificação da criança, como nome, data de nascimento, nome da mãe, endereço, ACS e se é beneficiário do Programa Bolsa Família.

A segunda parte consiste nos itens que permite classificar a criança em risco intermediário, médio e alto risco. Os itens incluem informações sobre fatores biológicos, estilo de vida, dados socioeconômicos e relacionados ao serviço de saúde.

#### **6.5 – Análise de dados**

Os dados foram compilados no programa Statistical Package for Social Science (SPSS) 22.0, a partir do qual foram gerados gráficos e tabelas, bem como estatísticas simples e descritiva, como valores relativos e absolutos, média e proporções.

Os resultados foram analisados e discutidos conforme a literatura pertinente ao tema, utilizando artigos, manuais do ministério da saúde e boletins epidemiológicos.

#### **6.6 – Aspectos éticos**

A pesquisa consiste em um dos projetos presente em uma pesquisa guarda-chuva, elaborada pelo NUTEDS – UFC, que foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, por meio da Plataforma Brasil.

Todos os aspectos éticos preconizados na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que determina as normas para as pesquisas feitas com seres humanos foram obedecidos.

## 7 ANÁLISE DE DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

O modelo de gestão da oferta praticado no Sistema Único de Saúde (SUS) não gera valor para as pessoas usuárias porque tem seu foco na oferta de serviços e não nas necessidades de saúde da população. De fato, tal modelo preocupa-se fundamentalmente na organização dos serviços de saúde, com foco nas instituições prestadoras e não nas pessoas usuárias (CEARÀ, 2017).

No modelo da gestão da oferta, a população resume-se a uma soma de indivíduos, sem criação de vínculos e responsabilidades entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias. Além disso, não envolve intervenções sobre determinantes sociais da saúde, nem se estabelece registros potentes das pessoas usuárias e nem parcerias entre profissionais de saúde e pessoas usuárias.

O esgotamento desse modelo exige outro modelo de gestão, denominado de gestão da saúde da população, que se estrutura a partir do conceito de saúde da população, implicando numa vinculação permanente de uma população, organizada socialmente em famílias, com a Atenção Primária à Saúde (APS).

Para tanto, faz-se necessário organizar alguns macroprocessos básicos da APS, tais como: a territorialização, o cadastramento das famílias, a classificação de riscos familiares, a vinculação da população às equipes de APS, a identificação de subpopulações com riscos individuais biopsicológicos e a estratificação de subpopulações por estratos de risco nas condições crônicas.

Os dados da pesquisa estão apresentados de acordo com as etapas do estudo e discutidos de acordo com a literatura pertinente ao tema.

### 7.1 Territorialização

O processo de territorialização constitui-se na definição dos diferentes espaços de vida das populações e que dão a base territorial para a constituição das redes de atenção à saúde.

Há, pelo menos, duas concepções de territórios sanitários:

A primeira toma-o de forma naturalizada como um espaço físico que está dado e pronto; nessa concepção prevalecem os critérios geofísicos na construção de um território-solo;

A segunda, derivada da geografia política e coerente com o conceito de espaço/população, vê o território como um processo em permanente construção, produto

de uma dinâmica social nunca acabada, onde se relacionam sujeitos sociais situados na arena sanitária. Essa última visão implica que o território sanitário, além de um território geográfico, é também, território cultural, social, econômico e político.

Para essa etapa, foi realizada uma reunião entre a Coordenação da Atenção Primária e a Equipe de Saúde da família, onde na ocasião foram realizados os seguintes procedimentos:

- Levantamento do mapa-base da área de abrangência da unidade, com a delimitação geográfica das áreas de abrangência das equipes e microáreas.
- Mapeamento dos equipamentos sociais, serviços de saúde e recursos comunitários existentes no território.
- Levantamento de pendências do último processo de territorialização, relativas a correções não efetivadas, principalmente as que não dependem de novos recursos de estrutura (predial e pessoas), como, por exemplo, a melhor distribuição de famílias por ACS.
- Identificação no mapa a residência das famílias com gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos de alto ou muito alto risco.

Após a verificação do processo de territorialização, e correção das pendência referente à essa etapa, seguiu-se para o segundo passo, verificação do cadastramento das famílias.

## **7.2 Verificação dos cadastros familiares do território adscrito**

O cadastro familiar tem o objetivo de conhecer as famílias adscritas às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo uma base importante para a construção de relações de vínculo entre a população e os profissionais de saúde da família.

O cadastro familiar é uma ferramenta fundamental para a ESF porque é a partir dele que se define a população que, organizada socialmente em famílias, se vinculará a cada equipe de saúde da família. Como se viu anteriormente, a população de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) não é a população fornecida pelo IBGE, mas as pessoas que efetivamente vivem no território de responsabilidade de cada equipe da ESF. Assim, só com um bom cadastro familiar se poderá romper com um dos problemas centrais do SUS que é a gestão da oferta e se instituir, verdadeiramente, a gestão de base populacional.

Os parâmetros epidemiológicos ou cadastrais possibilitam o dimensionamento estimativo do público-alvo prioritário, aspecto fundamental do conhecimento da população e organização dos processos de atenção à saúde.

Nessa etapa do processo, foi realizada outra reunião, onde na ocasião foi apresentado um levantamento dos cadastros existentes no território, e percebeu-se que muitos cadastros estavam desatualizados ou ausentes. Dessa forma, os agentes comunitários de saúde foram orientados a se dirigirem aos domicílios com cadastros faltosos para realizá-los.

Após a atualização dos cadastros no sistema e-sus, foram gerados relatórios da área de abrangência da UAPS, como levantamento populacional por sexo, faixa etária, situação socioeconômica, dentre outros dados para embasar as etapas subseqüentes.

Após o levantamento da quantidade de crianças de zero a dois anos, realizou-se o agendamento de atendimento dessas crianças para puericultura e aplicação do instrumento de Estratificação de Risco da criança.

### **7.3 Estratificação de Risco das crianças de zero a dois anos**

As condições crônicas envolvem, além das doenças crônicas, as doenças infecciosas persistentes, as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal, as condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida, os distúrbios mentais de longo prazo, as deficiências físicas e estruturais contínuas, as doenças metabólicas e a grande maioria das doenças bucais (MENDES, 2011).

No Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), proposto por Mendes (2011), é imprescindível organizar alguns macroprocessos básicos como, por exemplo, a identificação de subpopulações com riscos individuais biopsicológicos e a estratificação por estratos de risco, a partir das orientações contidas nas diretrizes clínicas.

O processo de estratificação de riscos da população é central na regulação assistencial porque permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos (MENDES, 2011).

Há evidências na literatura internacional, de trabalhos realizados em diferentes países do mundo, de que a estratificação da população em subpopulações de riscos constitui um instrumento efetivo para prestar uma melhor atenção à saúde. A estratificação dos riscos populacionais tem sido associada com uma melhor qualidade da

atenção à saúde, impactos positivos nos resultados clínicos e maior eficiência no uso dos recursos de saúde.

Foram identificadas no território 42 crianças na faixa etária de zero a menor de dois anos. Foi iniciado o processo de estratificação, e até o período de junho de 2018 foram estratificadas 21 delas, correspondendo a 50%. Os dados apresentados na pesquisa são resultados parciais, pois a estratificação está ocorrendo de acordo com as consultas programadas da puericultura.

Das 21 crianças estratificadas, 12 (57%) são do sexo feminino e 9 (43%) são do sexo masculino. Em relação à idade no momento da estratificação, 7 (33,3%) possuía de zero a seis meses de vida, 7 (33,3%) possuía entre seis meses e um dia à um ano e 7 (33,3) possuía de um ano e um dia a um ano, 11 meses e 29 dias.

Quanto ao tipo de parto, 9 (42,8%) nasceram via vaginal e 12 (57,2) via cesariana. Tal fato evidencia a tendência nacional nos últimos anos do crescimento no número de partos abdominais eletivos. Conforme dados obtidos na Maternidade, nos últimos cinco anos, o número de partos cesarianos foram 1050, quando comparado ao número de partos normais 221.

Em consonância com as políticas nacionais de promoção do parto natural, o município tem investido na maternidade local, na tentativa de promover a redução dessas taxas, bem como de promover o parto normal humanizado. Dentre as mudanças, cita-se a reestruturação física da sala de parto, aquisição de materiais para auxílio do trabalho de parto, bem como capacitação profissional para manejo adequado desse tipo de parto. Já em relação à antropometria ao nascer, foi identificado uma média de 3,303 kg e uma média de 48,3 de estatura.

Em relação à condição socioeconômica, não foi solicitado informações sobre renda familiar, contudo, 9 (42,8%) famílias das crianças eram beneficiárias do Programa de Governo Bolsa Família. De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social, para ser beneficiário do Programa, a família deve possuir renda por pessoa de até R\$ 85,00 mensais. Assim, compreende-se que os programas de transferência de renda têm se mostrado importantes para crianças economicamente desfavorecidas no Brasil.

Em relação à estratificação de risco, identificou-se que 19 crianças (90,4%) avaliadas foram classificadas em risco habitual. Embora algumas crianças tenham atendido a alguns quesitos do médio risco, ainda sim, os parâmetros não foram suficientes para classificar como médio risco, de acordo com o guia instrutivo do Governo do Estado.

No tocante à frequência dos parâmetros de risco habitual, foram identificados conforme ilustra a tabela 1.

No que se refere ao pré-natal sem intercorrências, 14 delas não apresentaram nenhum tipo de intercorrência. As intercorrências mais comuns na gestação são síndrome hipertensiva, infecção do trato urinário, trabalho de parto prematuro e diabetes gestacional (GONÇALVES; GOUVEIA; CALEGARI, 2016) .

Sobre o aleitamento materno exclusivo, foi identificado em apenas 11 casos. Sabe-se que o leite materno atende plenamente aos aspectos nutricionais, imunológicos, psicológicos e ao crescimento e desenvolvimento adequado de uma criança no primeiro ano de vida, período de grande vulnerabilidade para a saúde da criança (ABDALA, 2011).

<b>Parâmetro</b>	<b>Frequência absoluta (n)</b>	<b>Frequência relativa (%)</b>
➤ <b>Pré-natal sem intercorrências;</b>	14	66,6
➤ <b>Aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade;</b>	11	52,3
➤ <b>Peso ao nascer <math>\geq</math> 2,5 kg;</b>	16	76,1
➤ <b>Apgar <math>\geq</math> 8, no 5º min.;</b>	16	76,1
➤ <b>Sem reconhecimento de patologia específica;</b>	20	95,2
➤ <b>Bom suporte familiar;</b>	21	100
➤ <b>Mãe com mais de 8 anos de estudo;</b>	21	100
➤ <b>Vacinação em dia</b>	19	90,4

Uma parcela considerável das crianças nasceram com peso acima de 2,5kg, contudo, cinco nasceram com baixo peso. Nem sempre as causas de baixo peso ao nascer ficam esclarecidas, mas entre elas frequentemente estão o tabagismo materno, o uso de bebidas alcoólicas pela gestante, o uso de drogas, a desnutrição materna, infecções, pré-eclâmpsia e insuficiência placentária.

Entre os fatores de risco contam-se o baixo peso da mulher antes de engravidar (menos de 50 quilos), pouca idade materna (menor de 15 anos), trombofilia, anemia profunda, hipóxia materna, descolamento da placenta, nascimentos múltiplos, deformidades uterinas e cuidados pré-natais insuficientes. No entanto, a causa maior de baixo peso do bebê é nascer antes de 37 semanas de gestação (parto prematuro) (ABCMED, 2018).

No que se refere ao Teste de Apgar, é aplicado duas vezes (no primeiro e no quinto minuto após o nascimento), é utilizado para avaliar o ajuste imediato do recém-nascido à vida extrauterina, sendo que os sinais avaliados são: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. O somatório da pontuação (no mínimo 0 e no máximo 10) resultará no Índice de Apgar. Nas crianças avaliadas na pesquisa, 16 apresentaram Apgar  $\geq 8$ , no 5º min, o que representa um indicador positivo para as crianças (OLIVEIRA et al., 2012).

Sobre o bom suporte familiar, que foi identificado nos 21 casos, estudos mostram que o desenvolvimento na primeira infância é crucial para a saúde futura e para a diminuição de iniquidades em saúde, visto como um poderoso equalizador, pois salvaguarda as crianças durante um período de vulnerabilidades. Assim, prover apoio aos pais e à parentalidade é uma tarefa necessária, particularmente nos períodos significativos e iniciais da vida das crianças e suas famílias.

O foco em famílias com crianças, a detecção de determinantes sociais e de problemas na comunidade e a defesa da inclusão social podem contribuir para elencar as necessidades específicas e reduzir o aumento de iniquidades.

A totalidade das mães referiram ter mais de 8 anos de estudo. Figueiredo et al (2017) retrataram que mulheres com nove ou mais anos de estudo apresentam mais emoções positivas em relação ao filho e estabelecem melhor relação com este. A educação dos pais pode oferecer benefícios para além dos recursos materiais viabilizados pela renda, pois estes podem ter maior acesso a informações que podem influenciar o cuidado parental e as necessidades de desenvolvimento das crianças

Em relação à imunização, quase todas as crianças estavam em dia com o calendário vacinal. As ações de imunização são importantes para a saúde das populações e ainda para o cumprimento de alguns dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), especialmente em relação à redução da mortalidade infantil (OMS, 2015).

Crianças não vacinadas estão susceptíveis à maior morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, principalmente as mais pobres, devido maior risco e vulnerabilidade a essas doenças, presentes nessa população (BARATA; PEREIRA, 2013).

Em relação aos parâmetros que classificam a criança como médio risco, somente um parâmetro foi atendido, o qual foi prematuridade limítrofe (37 semanas),

contudo, o atendimento a apenas esse item é incapaz de classificar a criança como médio risco.

Em relação aos parâmetros que classificam como alto risco, foi encontrado: uma criança com prematuridade e retenção na maternidade após a alta hospitalar materna, e uma criança com crescimento e desenvolvimento inadequado, consistindo em duas classificações como alto risco.

Para a Organização Mundial da Saúde, todo bebê que nasce com menos de 37 semanas e com até 2,500 kg é considerado prematuro ou pré-termo. Os bebês que nascem entre 32 e 35 semanas de gestação são considerados bebês de risco, e os que nascem antes de 32 semanas são considerados de alto risco e com chances reduzidas de sobrevivência (Vidal, 2011). O nascimento prematuro, não raro, está associado à hospitalização do bebê, devido aos problemas de saúde que este pode apresentar (Shaffer, 2005).

Já em relação ao crescimento e desenvolvimento da criança é o principal indicador de suas condições de saúde. Assim, o Ministério da Saúde prioriza seu acompanhamento desde o nascimento até os dez anos de idade na atenção básica, por meio da consulta de puericultura, buscando detectar precocemente alterações no crescimento e desenvolvimento da criança para evitar complicações (BRASIL, 2002).

O crescimento, de um modo geral, é considerado como aumento do tamanho corporal, que cessa com o término do aumento em altura. Assim, para avaliar o crescimento infantil é preciso realizar a mensuração e o acompanhamento das medidas antropométricas da criança, tais como: peso, estatura, perímetro cefálico e torácico, relacionando-os entre si (CHAVES, 2013).

Para as crianças que apresentaram tal classificação de alto risco, foi realizado o que preconiza a Linha Guia Nascer no Ceará que consiste num acompanhamento com intervalos curtos entre as consultas, solicitação de exames e devidos encaminhamentos quando necessário.

Para as crianças que eventualmente não compareceram às consultas, foi solicitada uma busca ativa por parte dos ACS para realização da estratificação. Após a estratificação por grau de risco, foi realizado o registro nos protuários, bem como agendadas as consultas subseqüentes até a criança atingir os dois anos completos.

Sabe-se ainda, que a estratificação não consiste em um processo estático, logo, exige-se a reaplicação do instrumento periodicamente, com frequência mínima semestral, para, assim, prestar o cuidado de saúde direcionado e baseado nas necessidades do indivíduo.

## 8 CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Atividades	Responsável							
Ação 1 – Elaboração do Projeto	Aluno Médico da APS							
Ação 2 – Articulação com a SMS para implementação do projeto	Aluno Médico da APS							
Ação 3 – Reunião com a ESF para informação sobre o processo	Coordenação da APS + ESF							
Ação 4 – Verificação da Territorialização	Coordenação da APS + ESF							
Ação 5 – Verificação da situação dos cadastros familiar	Coordenação da APS + ESF							
Ação 6 – Levantamento do quantitativo de crianças 0-2anos	Aluno Médico da APS							
Ação 7 – Busca ativa das crianças para realização da estratificação de risco	ACS							
Ação 8 – Estratificação de risco das crianças	Aluno Médico da APS							
Ação 9 – Agendamento das consultas subsequentes de acordo com o grau de risco	Aluno Médico da APS							
Ação 10 – Compilação dos dados e estruturação do trabalho	Aluno Médico da APS							
Ação 11 – Apresentação do TCC								

**9 RECURSOS NECESSÁRIOS**

<b>ITENS</b>	<b>QUANT.</b>	<b>VR. UNIT.</b>	<b>VR. TOTAL</b>
<b>1. Material Permanente</b>			
Notebook	1	1.200,00	1.200,00
Pendrive	1	30,00	30,00
<b>2. Material de Consumo</b>			
Transporte	30lts	4,50	135,00
Resma de papel	1	20,00	20,00
Cartucho de impressão	1	80,00	80,00
Material de escritório	-	35,00	35,00
CDs	2	1,50	3,00
<b>3. Serviços terceirizados</b>			
Xerox	100	0,10	10,00
Digitação	-	-	-
Encadernação simples	5	3,00	10,00
Abstract	1	20,00	20,00
<b>TOTAL R\$</b>			<b>1.543,00</b>

## 10 CONCLUSÃO

A intervenção aplicada atingiu o seu objetivo principal, que consistiu na estratificação da população na faixa etária de zero a menores de dois anos. De acordo com os resultados, 19 crianças foram estratificadas em risco habitual e 2 crianças estratificadas em alto risco.

A partir da estratificação de risco das crianças foi possível realizar um planejamento de cuidados adequados e direcionados às necessidades de cada criança. Assim, conclui-se que o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos, a promoção da saúde integral da criança, o nascimento saudável, o aleitamento materno e a vacinação são ações permanentes que não podem deixar de ser realizadas em toda a sua plenitude. Pois, além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, para que possa crescer e desenvolver-se plenamente.

A intervenção descrita no presente trabalho consistiu numa ferramenta inicial que beneficiará as crianças atendidas, bem como melhorará o processo de trabalho, pois permite gerenciar os riscos e atendê-los de acordo com o grau de necessidade do indivíduo.

A partir da experiência deste trabalho, almeja-se expandir as estratificações para os demais grupos de risco, a saber, gestantes, hipertensos e diabéticos.

## REFERÊNCIAS

ABCMED, 2018-07-01 ABCMED, 2018. **Baixo peso ao nascer: causas e consequências**. Disponível em: <<https://www.abc.med.br/p/saude-da-crianca/1313378/baixo-peso-ao-nascer-causas-e-consequencias.htm>>. Acesso em: 1 jul. 2018.

ABDALA, M.A.P. Aleitamento Materno como programa de ação de saúde preventiva no Programa de Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Uberaba, 2011. 57f. Monografia (especialização em Saúde da Família).

BARATA, R. B. et al. Socioeconomic inequalities and vaccination coverage: results of an immunisation coverage survey in 27 Brazilian capitals, 2007 –2008. *J Epidemiol Community Health*, v. 66, p.934-41, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CALEGARI, R.S; GOUVEIA, H. G.;GONÇALVES, A.C. Intercorrências clínicas e obstétricas vivenciadas por mulheres no pré-natal. *Cogitare Enferm.* 2016 Abr/jun; 21(2): 01- 08. Disponível em: < <http://revistas.ufpr.br/cogitare/>>Acesso em: 22 jul.2017.

Cavalcante, M.C.V. et al. Relação mãe-filho e fatores associados: análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 5 [Acessado 29 Junho 2018] , pp. 1683-1693. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.21722015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.21722015>.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde. Linha de Cuidado Gestante e Criança menor de 2 anos / Secretaria da Saúde do Estado. Ceará, 2016.

Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde. Linha de Cuidado Gestante e Criança menor de 2 anos / Secretaria da Saúde do Estado. Ceará, 2016b.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde. Guia Único Projeto Qualifica APSUS / Secretaria da Saúde do Estado. Ceará, 2017.

FIGUEIREDO, B.; COSTA, R.; PACHECO, A.; PAIS, A. Mother-to-infant emotional involvement at birth. *Matern Child Health J*; 13(4):539-549. 2009.

MENDES, Á.; MARQUES, R.M.. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 900-916, 2011.

MENDES, E.V. A construção social da atenção primária à saúde/Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde –CONASS, 2015.193 p

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da criança. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília,DF: O Ministério; 2002.

OLIVEIRA, T.G., et al. . Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo , v. 10, n. 1, p. 22-28, marzo 2012 . Disponible en <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082012000100006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082012000100006&lng=es&nrm=iso)>. accedido en 29 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082012000100006>.

OMS. Relatório Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, 2015. Disponível em:<[https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015\\_PT.pdf](https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015_PT.pdf)>.

SANDERS, L.S.C; PINTO, F.J.M; MEDEIROS, C.R.B.; SAMPAIO, R.M.M.; VIANA, R.A.A.; LIMA, K.J. Mortalidade infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste brasileiro. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 1, p. 83-89, Mar. 2017 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2017000100083&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000100083&lng=en&nrm=iso)>. access on 18 July 2018. Epub Mar 30, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700010284>.

SHAFFER, D. R. *Desenvolvimento e personalidade da criança* (6. ed.). São Paulo, SP: Pioneira Thomson Learning.2005.

VIDAL, M. Alta hospitalar e reinternação de bebê prematuro: Uma reflexão sobre o acesso aos serviços de saúde. *Mental*, 9(17),537-558. 2011.

**ANEXO I**  
**Instrumento de coleta de dados**

**FICHA PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO SAÚDE DA CRIANÇA**

Nome:

\_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da Mãe:

\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro/Distrito: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Equipe: \_\_\_\_\_ ACS: \_\_\_\_\_

**Bolsa Família:** ( ) Sim ( ) Não

**( ) Baixo Risco:**

- ( ) Pré-natal sem intercorrências;
- ( ) Aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade;
- ( ) Peso ao nascer  $\geq 2,5$  kg;
- ( ) Apgar  $\geq 8$ , no 5º min.;
- ( ) Sem reconhecimento de patologia específica;
- ( ) Bom suporte familiar;
- ( ) Mãe com mais de 8 anos de estudo;
- ( ) Vacina em dia;
- ( ) RN com triagem neonatal realizada
- ( ) **Médio Risco:** (1 fator biológico ou estilo de vida – obrigatoriamente e 1 dos dois abaixo – pelo menos 1 obrigatoriamente, relacionado ao campo socioeconômico ou fator dependente da oferta de serviços de saúde)

**Fatores relacionados ao campo biológico/estilo de vida**

- ( ) Prematuro limítrofe (37 semanas);
- ( ) Mãe soropositiva para HIV, Toxoplasmose, Sífilis, Hepatite B, com criança negativa para estas patologias;
- ( ) Filho de mãe deficiente mental, doença mental ou transtornos psiquiátricos leves;
- ( ) Morte materna;
- ( ) Filho de mãe com menos de 20 anos e mais de três partos
- ( ) História de óbitos de menores de 5 anos no núcleo familiar da criança;
- ( ) Criança manifestamente indesejada.
- ( ) Criança menor de 6 meses de idade que não se encontra em aleitamento materno exclusivo.

**Fatores relacionados ao campo socioeconômico:**

- ( ) Mãe com escolaridade de 3 a 7 anos e 11 meses de estudo;
- ( ) Filho de mãe com menos de 15 anos ou mais de 40 anos e ou solteira;
- ( ) Filho de mãe sem suporte familiar;

- Crianças que vivem em situação de risco e vulnerabilidade;
- Chefe de família sem fonte de renda;
- Filhos de mãe de etnia indígena.
- Fatores relacionados à oferta de serviços de saúde**
- Vacina atrasada;
- RN sem triagem neonatal.
- Alto Risco:** (1 Fator biológico orbitariamente )
- Prematuridade (abaixo de 37 s);
- Má formação congênita;
- Intercorrências importantes no período neonatal, notificadas na alta hospitalar - ASFIXIA GRAVE: Apgar <7 no 5º min de vida, crianças com prescrição de antibióticos, icterícia (com fototerapia), dentre outros;
- Filho de mãe soropositiva para HIV, Toxoplasmose, Sífilis, Hepatite B, sem diagnóstico negativo ou ainda não concluído;
- RN com triagem neonatal positiva;
- RN com deficiência estabelecida desde o nascimento; doenças genéticas ou neurológicas, malformações múltiplas;
- Filho de mãe com doença exantemática febril na gestação.
- Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados;
- Desnutrição e obesidade grave
- Criança portadora de alergias alimentares
- Criança retida nas maternidades após a alta da mãe;
- Criança egressa de unidades de cuidados intermediários;
- RN com triagem neonatal positiva;
- Mãe com transtornos psiquiátricos (moderado a severo); Ex: esquizofrenia, psicose, depressão;
- Mãe portadora de deficiência ou com restrição que impossibilite o cuidado da criança;
- Criança menores de 6 meses que não se encontra em aleitamento materno exclusivo ( ) Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Filho de mães analfabetas.