

MEDICINA PREVENTIVA E ASSISTÊNCIA MÉDICA NA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Ernesto LIMA-GONÇALVES *
Anibal Gil de OLIVEIRA **
Heladio José MARTINS **
Ida PICANÇO **
Ilcy Malta de GÓES ***
Iracema D'Avila ALMADA **
João Noel VON SONNLEITHNER**
Lucia TERZIAN **
Maria José ROSSINI **
Walter H. SIEGL **
Yvone Khairalla de Oliveira e SILVA **

RSPU-B/167

LIMA-GONÇALVES, E. et al. — *Medicina preventiva e assistência médica na previdência social.* Rev. Saúde públ., S. Paulo, 7:139-50, 1973.

RESUMO: Foi apresentado um plano de aplicação de critérios de medicina preventiva à assistência ambulatorial oferecida pelo Instituto Nacional de Previdência Social a seus segurados em São Paulo. O plano, a ser implantado já no 2.º semestre de 1973, compreenderá 4 programas básicos: de imunização, de combate à tuberculose, de assistência pré-natal e de assistência à infância. Cada um desses programas é apresentado em pormenores, compreendendo objetivos principais, prioridades e metas operacionais.

UNITERMS: Medicina preventiva*; Previdência social (São Paulo, Brasil)*; Ambulatórios (assistência)*; Imunização (programa); Tuberculose (prevenção); Assistência pré-natal (programa); Assistência à infância (programa).

I — INTRODUÇÃO

A Previdência Social arca no Brasil com uma responsabilidade extremamente pesada: dar assistência médica integral a uma fração da população que já chega pelo menos a 40% do número total de brasileiros. A estes devemos ofe-

recer atendimento ambulatorial em qualquer especialidade, bem como a garantia de um leito hospitalar, com a respectiva cobertura assistencial e terapêutica, por ocasião do parto e em qualquer in-

* Da Faculdade de Medicina da USP. — Av. Dr. Arnaldo, 455 — São Paulo, SP — Brasil. Da Coordenação de Assistência Médica do Instituto Nacional de Previdência Social em São Paulo.

** Da Coordenação de Assistência Médica do Instituto Nacional de Previdência Social em São Paulo. — Av. 9 de Julho, 611 — São Paulo, SP — Brasil

*** Da Coordenação do Bem Estar do Instituto Nacional de Previdência Social em São Paulo. Rua Conselheiro Crispiniano, 31 — São Paulo, SP — Brasil.

tercorrência em que se torne necessária a internação.

Assim colocado, o problema talvez ainda não possa ser apreendido de pronto, em sua magnitude. Os números talvez sejam mais elucidativos: calculando-se a população brasileira em 100 milhões de habitantes, aproximadamente 56 milhões residirão nas cidades e 44 milhões na zona rural²; com tais números, pode-se afirmar que pelo menos 40 milhões de brasileiros são dependentes da Previdência Social. Em termos de assistência médica, as consultas ambulatoriais podem ser calculadas na base mínima de uma consulta/ano por segurado; cada 100 consultas devem gerar aproximadamente 30 exames complementares de diagnóstico e 15 internações hospitalares. Teremos, então, por ano, 40 milhões de consultas ambulatoriais, 12 milhões de exames radiológicos e laboratoriais e 6 milhões de internações que devem ser realizadas sob responsabilidade da Previdência Social.

Em conseqüência dessa pressão de demanda, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) já representa hoje, de longe, a principal fonte pagadora de serviços médicos.

Todo esse esforço e toda essa massa de recursos eram, entretanto, limitadas na sua eficiência, porque a ênfase do atendimento era colocada em termos exclusivamente curativos.

Diante do fato, cabem dois comentários. O primeiro é que toda a orientação de medicina moderna volta-se para a integração dos aspectos especificamente curativos com os aspectos preventivos, seja por um indiscutível aumento de eficiência, seja por um princípio de economia: sempre será melhor e mais barato prevenir do que curar.

O segundo comentário é representado pelo fato que uma das marcas distintivas

do atendimento médico, prestado por órgãos oficiais de qualquer natureza, é exatamente o fato de serem eles caracterizados pela busca permanente de novos rumos e de novas soluções. A iniciativa particular, neste campo, limita-se em regra a oferecer aquilo que já está comprovadamente definido como eficiente e rentável. Ora, uma das linhas mais férteis em inovações e aperfeiçoamentos é exatamente a ligada aos aspectos preventivos da medicina.

Eis porque causou grande impacto a Portaria 48 da Secretaria de Assistência Médico-Social do Ministério do Trabalho e Previdência Social publicada em junho de 1972. Nesse documento determina-se que a assistência médica a ser prestada pelos órgãos da Previdência Social "deverá ser preventiva, curativa e organizada de modo a se coordenar, no que for indicado, com os demais serviços gerais de saúde"².

A partir da publicação do referido documento, a assistência médica previdenciária integra-se, então, na mais moderna visão de atendimento médico da comunidade.

Em função da Portaria referida, a Coordenação de Assistência Médica da Superintendência Regional do INPS, em São Paulo, preparou um documento em que se colocam princípios básicos por que se deve pautar a assistência médica a ser oferecida aos segurados da Previdência Social. A proposição não visa enfatizar os aspectos preventivos da assistência médica pela criação de serviços separados; bem ao contrário, procura desenvolver as atividades preventivas já existentes e induzir outras novas, porém, integrando-as nas estruturas já presentes, de modo a oferecer serviços de assistência médica integral dentro dos recursos disponíveis.

2 — ASPECTOS GERAIS DO PLANO

Consideramos, de início, que o objetivo fundamental do que se planeja é desenvolver, integradamente com o diagnóstico e o tratamento das doenças, as atividades de promoção da saúde, proteção específica contra moléstias transmissíveis e detecção precoce de doenças.

A partir desse objetivo foram estabelecidas algumas diretrizes básicas e definidas prioridades.

As *diretrizes* básicas estabelecidas são:

a — atendimento segundo as prioridades locais de saúde;

b — atendimento em extensão, dentro dos grupos prioritários estabelecidos, visando, antes o atendimento do maior número possível de beneficiários dentro de padrões mínimos, do que a obtenção de altos níveis assistenciais ao alcance de apenas número reduzido de segurados;

c — atendimento limitado à clientela que procura o INPS, dado o caráter estático das unidades assistenciais da Previdência Social;

d — ênfase no trabalho educativo dirigido a grupos específicos;

e — centralização da elaboração e revisão de normas e de avaliação periódica de resultados obtidos.

As *prioridades* foram definidas em função da limitação de recursos humanos e materiais. O que se pretende é selecionar grupos formados por indivíduos mais vulneráveis aos agravos à saúde e cujo controle produza efeito favorável na limitação da mortalidade e da morbidade e na limitação da capacidade laborativa, a curto prazo e a baixo custo. Outro critério básico na definição das prioridades foi o reconhecimento da estreita relação entre as condições nutricionais da criança com despesas de internações hospitalares, mortalidade infantil e graves anormalidades do desenvolvimento.

Com base em tais premissas, foram considerados prioritários os seguintes grupos:

a — crianças até 4 anos;

b — gestantes;

c — tuberculosos e seus contatos.

Dentro de tais prioridades básicas, os programas específicos estabelecerão subprioridades mais estritas ou mais amplas, dependendo dos recursos disponíveis.

3 — PROGRAMAÇÃO GERAL

As atividades preventivas básicas serão ordenadas e pormenorizadas em 4 programas específicos, cada qual compreendendo certo número de atividades.

O conjunto será o seguinte:

Programa
Imunização
Combate à tuberculose

Assistência materna

Assistência à infância

Atividades básicas
Vacinação
Testes tuberculínicos
Baciloscopia
Abreugrafia
Quimioprofilaxia
Controle de comunicantes
Assistência Pré-natal
Atividades Educativas
Assistência Farmacêutica
Higiene Infantil e Pré-escolar
Ajuda supletiva alimentar
Assistência Farmacêutica

Os programas específicos merecem análise individualizada, para serem avaliados em suas proposições e suas metas.

4 — PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO

A clientela prioritária será representada por crianças até 4 anos, com ênfase especial para o grupo até um ano e por gestantes incluídas no subprograma de Assistência Pré-natal. A vacinação de crianças maiores de 4 anos e de adultos será feita dentro das possibilidades operacionais dos postos ou a critério médico.

A meta fundamental do programa será completar o esquema de vacinação em 50% dos inscritos no Posto, considerando os seguintes grupos:

BCG

- Vacinação de recém-nascidos em condições de vacinação.
- Outras idades, não reatores à tuberculina.

DTP (Vacina triplíce — difteria, tétano, pertussis)

Idade

3 dias a 3 meses
2 meses
3 meses
4 meses
6 meses
7 meses
15 meses
4 1/2 anos
5 anos
7 anos

Vacina

BCG
Tríplice + Sabin
Tríplice + antivaricélica
Tríplice + Sabin
Sabin
Vacina contra sarampo
Tríplice + Sabin (reforço)
Dupla-DT (reforço-difteria e tétano)
Antivaricélica (reforço)
Antitetânica (reforço)

Foi estabelecida também a orientação básica a ser obedecida em relação a cada uma das vacinas referidas.

— primovacinação de menores de 1 ano

AT (Anti-tetânica)

— Primovacinação de gestantes inscritas até o 6.º mês de gestão.

— Revacinação

— Clientes com ferimentos suspeitos encaminhados à sala de vacinação.
VAV vacina anti-varicélica)

— Primovacinação de menores de 1 ano.

— De maiores de 1 ano até 4 anos.

Sabin

— menores de 1 ano.

— de 1 a 4 anos.

Vacina contra sarampo

— Menores de 1 ano.

— De 1 a 4 anos.

Para desenvolver tal programa havia necessidade de se estabelecer um esquema de vacinação a ser desenvolvido, de acordo com a idade. O referido esquema foi fixado da seguinte maneira:

Assim, no que se refere à *vacinação contra tuberculose*, os grupos serão representados por:

- recém-nascidos e lactentes até 3 meses, sem história de contágio tuberculoso (1.ª prioridade).
- crianças maiores de 3 meses analérgicas ao PPD (Purified Protein Derivate).
- comunicantes de tuberculose analérgicos ao PPD.

As doses e intervalos a serem obedecidos serão:

- a) recém-nascidos e lactentes até 3 meses: 3 doses de 0,100g
- b) crianças maiores de 3 meses: dose única de 0,200g.
- c) comunicantes negativos ao PPD: 3 doses de 0,100g nos recém-nascidos e lactentes até 3 meses, e 3 doses de 0,200mg nos outros grupos etários.

Não há inconveniente em que a vacinação pelo BCG coincida com a tríplice ou a antivariólica; contudo, aconselha-se a que não seja aplicada simultaneamente com a vacina Sabin.

As contra-indicações específicas serão representadas por:

- a) prematuros (idade de gestação abaixo de 37 semanas completas);
- b) recém-nascidos de baixo peso (nascidos com peso igual ou inferior a 2.500g);
- c) recém-nascidos patológicos.

A *vacinação contra difteria, tétano e coqueluche* será aplicada a crianças de 2 meses a 3 anos de idade, respeitando-se as seguintes doses e intervalos:

- a) primovacinação — 3 doses com intervalo mínimo de um mês. Se necessário, em casos especiais, o intervalo poderá ser alongado para até 3 meses embora o intervalo máximo ainda não esteja bem definido. Re-

comenda-se uma 4.ª dose quando o intervalo for maior de 3 meses;

- b) revacinação — dose única cerca de um ano após completada a primovacinação.

Após o terceiro ano de vida a revacinação será feita com a associação dos antígenos para difteria e tétano (vacina dupla ou DT).

Não haverá contra-indicação na associação da vacina tríplice com outras vacinas. As contra-indicações específicas são representadas por crianças acima de 3 anos, quando as reações costumam ser muito intensas, ligadas principalmente à fração Pertussis da vacina.

A *vacina dupla* ou DT (contra difteria e tétano) será indicada com a finalidade de vacinar crianças até 7 anos ou as menores de 3 anos que já contraíram coqueluche. Pode também vir a ser empregada para complementar ou reforçar a imunização de crianças com mais de 3 anos que iniciaram a vacinação com a tríplice.

A *vacinação contra o tétano* será utilizada de rotina na vacinação de gestantes e de indivíduos com ferimentos suspeitos de contaminação pelo bacilo do tétano.

A vacinação de gestantes será realizada de acordo com o seguinte esquema:

- a) sem vacinação anterior:

3 doses de anatoxina tetânica, com intervalo de um mês, a partir do 5.º mês de gestação;

- b) com vacinação anterior:

uma dose de reforço a partir do 7.º mês.

A sala de vacinação atenderá também clientes com ferimentos suspeitos encaminhados pelas clínicas para imunização antitetânica. Estes serão vacinados de acordo com o seguinte esquema:

- a) indivíduos imunes, isto é, com vacinação completa dentro de 5 anos: 1 dose de reforço. Esta medida é dispensável quando a imunização básica teve lugar há menos de 1 ano;
- b) indivíduos que não completaram a vacinação ou que foram vacinados há mais de 5 anos: 3 doses com intervalos mensais. Estes pacientes devem receber o tratamento cirúrgico, soro antitetânico ou Tetabulin e antibióticos nas salas de curativos das clínicas de origem.

Vacinação contra a varíola: o grupo prioritário para vacinação será representado por crianças até 4 anos, podendo ser associada com a Sabin e a tríplice. As contra-indicações específicas serão: dermatites, grandes queimaduras, 1.º trimestre da gestação.

A vacina contra a poliomielite será feita com a vacina tríplice, tipo Sabin, fornecida pelos centros de saúde do Estado, administrada por via oral. Não serão consideradas contra-indicações específicas, devendo ser vacinadas crianças acima de 2 meses de idade. Poderá haver associação com vacina tríplice e a anti-variolica, evitando-se, porém, a administração simultânea com a BCG.

A vacina contra o sarampo será feita a partir dos 7 meses de idade, usando-se material fornecido pelos centros de saúde do Estado. Poderá ser associada à vacina tríplice. Como contra-indicações específicas serão respeitadas a sensibilidade ao ovo e a transfusão de sangue total ou plasma e o uso de imunoglobulinas há menos de 40 dias.

5 — PROGRAMA DE COMBATE A TUBERCULOSE

À base dos dados epidemiológicos atuais, inclue-se o combate a doenças transmissíveis, portanto o controle da

tuberculose, entre as atividades que merecem dos órgãos responsáveis tratamento prioritário, à vista dos danos individuais que acarreta, bem como dos gastos que dela derivam para a coletividade.

5.1 — *Objetivos*

Os objetivos de todo programa de controle da tuberculose pressupõem a redução do risco de infecção, adocimento e morte, mediante a interrupção da cadeia de transmissão da moléstia³.

5.2 — *Atividades a serem Desenvolvidas*

Para a consecução dos objetivos propostos é necessário:

- identificar o mais prococemente possível as fontes de infecção;
- anular as fontes de infecção;
- aumentar a resistência biológica da população;
- prevenir a doença nos expostos a riscos especiais;
- identificar as fontes de infecção na descoberta dessas fontes, utilizando o exame direto do escarro, a prova tuberculina e a abreugrafia.

Deverão ser submetidos ao exame de escarro como grupos prioritários:

- a) os consultantes por sintomas respiratórios ou por sintomas gerais de toxi-infecção bacular;
- b) reatores fortes ao teste tuberculínico com radiologia pulmonar-suspeita;
- c) doentes em tratamento anti-tuberculoso;

A prova tuberculínica será realizada

nos postos onde houver possibilidade operacional, com os seguintes objetivos:

- a) seleção de indivíduos não infectados para efeito de vacinação BCG;
- b) seleção de reatores à tuberculina para efeito de triagem de indivíduos mais expostos.

Serão submetidos à prova tuberculínica como grupos prioritários:

- a) crianças de 3 meses a 12 anos que compareçam para assistência médico-sanitária;
- b) crianças comunicantes não vacinadas pelo BCG, a partir do 3.º mês;
- c) comunicantes;
- d) indivíduos que apresentem solicitação de médicos de outras clínicas (fins diagnósticos).

Conduta a seguir diante dos resultados do teste tuberculínico:

- a) não reatores de 0 a 12 anos: encaminhar à vacinação pelo BCG;
- b) reatores: encaminhar ao exame radiológico (abreugrafia).
- c) reatores com radiografia normal.
Reatores fortes
— Menores de 1 ano: tratamento tríplice.
— De 1 a 12 anos: quimioprofilaxia.
Reatores fracos:
— de 3 meses a 12 anos: observação médica.

O exame do torax ao Raios X constitui um importante elemento na descoberta de casos de tuberculose. Entretanto, as dificuldades operacionais, o alto custo e baixo rendimento quando realizado indiscriminadamente, fazem com que se utilize tal método em grupos prioritários, de maior rendimento.

Consideram-se como grupos prioritários aos exames de Raios X os seguintes:

- a) consultantes por sintomas respiratório;
- b) contatos de doentes tuberculosos;
- c) menores de 15 anos com resposta positiva ao teste tuberculínico;
- d) doentes em tratamento.

Os demais grupos serão atendidos de acordo com a capacidade operacional dos serviços ou a critério médico.

5.3 — Anulação das Fontes de Infecções e Tratamento

O alto rendimento da quimioterapia antituberculosa, corretamente conduzida é, no momento, a prioridade número 1, constituindo-se na medida profilática de maior valor contra a tuberculose. Em relação ao tratamento, continuarão a ser obedecidos os esquemas atuais, resultantes das conclusões do XV Congresso Nacional de Tuberculose, do Encontro de Técnicos do SNT e do INPS e das Instruções da Campanha Nacional Contra a Tuberculose.

O fornecimento gratuito e suficiente de drogas, já é previsto na legislação previdenciária.

A distribuição dos medicamentos deverá ser feita em Unidades de Dispensação nos Postos de Atendimento, de modo a facilitar o atendimento aos beneficiários.

5.4 — Controle de Comunicantes

O grupo de indivíduos que coabitam com o doente tuberculoso merece especial atenção por estar mais exposto ao risco de adoecer.

Para o controle de comunicantes, são previstos 3 exames:

- inicial, logo após o diagnóstico médico;
- 2.º exame, 6 meses após o inicial;
- relacionar os comunicantes;

Os exames constarão de prova tuberculínica, exame radiológico e exame de escarro, de acordo com as normas estabelecidas.

No controle de comunicantes, caberá à enfermagem:

a) na primeira entrevista com o doente:

- relacionar os comunicantes;
- convocá-los, por intermédio do doente, para o exame inicial explicando o valor desse exame;

b) por ocasião do 1.º comparecimento dos comunicantes:

- fazer as provas tuberculínicas;
- encaminhar a exames radiológicos e exames de escarro;
- aprazar volta para leitura das provas tuberculínicas e resultados de exames radiológicos;
- fazer os registros devidos na ficha de comunicantes;

c) nos comparecimentos subsequentes:

- administrar BCG, de acordo com as normas;
- agendar os próximos comparecimentos;
- controlar os comparecimentos (de doentes, dos contatos das crianças submetidas a quimioprofilaxia) convocando os faltosos.

5.5 — Atividades Educativas

Toda a equipe dos postos deverá par-

ticipar do programa educativo, sob orientação do pessoal especializado.

As atividades educativas junto a grupos de doentes e comunicantes serão coordenadas pela enfermeira da clínica fisiológica, devendo contar, sempre que possível, com a atuação de outros profissionais.

O trabalho educativo focalizará os fatos de interesse relativos à doença, seu tratamento e profilaxia. Em especial, visará a importância do tratamento adequado.

5.6 — Metas Operacionais

Aplicação da prova tuberculínica nas crianças de 3 meses a 4 anos que compareçam à clínica pediátrica — 90%.

Tratamento padrão INPS/Divisão Nacional de Tuberculose (DNT) durante um ano pelo menos dos doentes de tuberculose inscritos na clínica fisiológica — 100%.

Controle dos comunicantes beneficiários da Previdência Social pelo menos até o 6.º mês após a descoberta do caso índice — 80%.

Quimioprofilaxia nos comunicantes menores de 12 anos — reatores fortes à prova tuberculínea — 80%.

Registros:

Com vistas à obtenção de dados para aferição das metas, deverão ser registrados:

- n.º de doentes inscritos;
- n.º de comunicantes convocados;
- n.º de comunicantes que compareceram ao 1.º exame, ao exame do 6.º mês e ao exame dos 12 meses;
- n.º de doentes com tratamento padrão durante um ano;

— n.º de crianças encaminhadas à qui-miopprofilaxia e n.º dos que comple-taram o esquema.

6 — ASSISTÊNCIA MATERNA

A posição da assistência materna entre os programas de assistência médica é da mais alta prioridade, tendo em vista a responsabilidade social de garantir o nas-cimento de crianças saudias e de proteger a vida e a saúde das mães.

6.1 — *Objetivos*

A assistência obstétrica se propõe as-sistir a mulher em todo o ciclo gravídi-co puerperal, visando garantir mãe e fi-lho vivos e com saúde.

Para atingir os objetivos da assistên-cia obstétrica são definidas como bási-cas as seguintes atividades:

- assistência pré-natal;
- moderna assistência ao parto;
- assistência ao puerpério.

6.2. — *Atividades de Ambulatório*

Tratando-se de programação a ser de-senvolvida nos postos de assistência mé-dica do INPS, serão focalizadas as ativi-dades de assistência pré-natal e assistên-cia ao puerpério de acordo com as se-quentes normas:

- o atendimento médico pré-natal obe-decerá ao seguinte critério de con-sultas:
 - até 24.ª semana de gestação: 1 consulta cada 2 meses;
 - entre a 24.ª e 32.ª semana: 1 con-sulta por mês;
 - além da 32.ª semana: 1 consulta cada 15 dias.

Por indicação do médico pré-natalista,

serão autorizadas consultas em maior nú-mero, particularmente nos casos de pa-tologia obstétrica.

A critério do médico obstetra, as pa-cientes com patologia médica associada à gravidez serão encaminhadas para outros especialistas. Tais pedidos de consulta deverão ser atendidos com prioridade, para que o médico pré-natalista possa ter com presteza, o parecer do especia-lista.

Especial cuidado, portanto, deverão merecer as pacientes com toxemia gra-vídica ou síndromes hipertensivas, sín-dromes hemorrágicas, diabete, cardiopa-tias, incompatibilidade Rh, anemia e es-tados de carência múltipla, enfim quando presentes quaisquer intercorrências clí-nicas ou obstétricas que agravam o prog-nóstico materno e/ou fetal.

Frente a essas *gestações de alto risco*, o médico pré-natalista estará atento providenciando, quando indicada, pronta in-ternação hospitalar.

Como preparo para a primeira consul-ta, serão providenciados pela enferma-gem:

- a) verificação do peso e estatura;
- b) encaminhamento dos seguintes exa-mes de rotina: urina tipo I, Rs sífi-lis, eritrograma (série vermelha), pa-rasitológico de fezes, Rh e tipo san-güíneo, Ts e Tc.

As gestantes Rh negativo não sensibili-zadas deverão ser instruídas sobre as vantagens do emprego, no pós parto ime-diato da "imunoglobulina anti Rho" (D).

Por ocasião da primeira consulta, ca-berá ao médico pré-natalista o preenchi-mento da ficha obstétrica nos tópicos específicos. Nenhuma gestante deverá ser atendida sem ficha na qual serão anotados, em cada consulta, o peso (pela en-fermagem) e, pelo médico: evolução clíni-

ca, pressão arterial, dados do exame obstétrico e exames de laboratório.

A partir da 24.^a semana, as gestantes serão encaminhadas para a imunização com anatoxina tetânica, que será feita de acordo com as normas do "Programa de Imunizações".

A gestante com soro reação positiva para sífilis será encaminhada à enfermagem, com prescrição médica para aplicação do tratamento. Essa paciente deverá ser esclarecida sobre a necessidade urgente de se obter Rs/sífilis de seu esposo.

As clientes que solicitarem inscrição nos "Cursos de preparação psico-física para o parto" deverão apresentar autorização de seu médico assistente.

A guia de internação deverá ser fornecida, de rotina, a partir da 32.^a semana de gravidez. Somente na eventualidade de intercorrências que imponham hospitalização, poderá ser antecipado seu fornecimento.

Também o comprovante para obtenção do auxílio-natalidade poderá ser fornecido pelo médico pré-natalista, a partir da 32.^a semana de gestação.

Após a entrega da guia de internação, o médico deverá marcar outras consultas, insistindo para que a paciente não abandone a assistência pré-natal: receber "a guia", não significa que a gestante tem "alta" do pré-natal pois, como se sabe, os dois últimos meses de gravidez são os que merecem mais cuidados médicos.

Será prestado atendimento médico-educativo-prioritário do grupo de primigestas que se inscreverem até o 6.^o mês de gestação. Esse atendimento é constituído de um programa de assistência e desenvolvimento de atividades educativas, através de entrevistas, palestras e cursos, sob coordenação da enfermeira da clínica obstétrica.

O programa educativo incluirá orientação à gestante quanto aos cuidados a serem dispensados à criança no 1.^o ano de vida.

Nos postos onde houver condições, poderão ser desenvolvidos, com grupos selecionados de gestantes, cursos de preparo psico-físico para o parto, a cargo de enfermeiras obstétricas, devidamente preparadas para a execução dessa técnica.

O médico deverá insistir para que a paciente volte ao posto de assistência para uma *consulta pós-parto*, quando dela receberá o "*resumo do parto*" e verificará suas condições gerais e ginecológicas. Nessa ocasião é obrigatória a colheita de material para *colpocitologia oncológica*.

6.3 — Metas operacionais

- Consulta médica — 5 consultas a gestantes inscritas até o 4.^o mês de gestação — 80%.
- Tratamento anti-sifilítico das gestações com soro reação positiva para sífilis — 100%.
- Esposos (de pacientes com lues+) que fizeram a reação — 80%.
- Atividades educativas programadas (entrevista inicial e 5 reuniões de grupo) dirigidas a gestantes inscritas no grupo prioritário — 50%.

6.4 — Registros

Com vistas à obtenção de dados para aferição das metas, deverão ser registrados:

- n.^o de gestantes inscritas segundo a idade da gestação;
- n.^o de consultas por gestantes;
- n.^o de gestantes com reações positivas para sífilis e de casos tratados;

- n.º de esposos com reação positiva encaminhados a tratamento;
- atividades educativas.

7 — ASSISTÊNCIA A INFÂNCIA

A assistência à criança visa proteger-lhe a vida e a saúde, promovendo os meios para que viva em ambiente saudável e receba os cuidados e a atenção necessários ao seu desenvolvimento normal.

7.1 — *Prioridades*

Embora a criança, da infância à adolescência, mereça cuidados integrais, os dados estatísticos revelam que, entre nós, o grupo até 4 anos, freqüentemente atingido por processos infecciosos e doenças de carência, fornece grandes contingentes para a mortalidade geral.

Justifica-se, portanto, sua inclusão como prioridade básica nos programas de assistência. Entretanto, prioridade mais estrita é constituída pelo grupo até 1 ano, por sua maior vulnerabilidade aos agravos à saúde.

7.2 — *Atividades a serem desenvolvidas*

As atividades preventivas a serem integradas no contexto global da assistência à criança serão desenvolvidas, em grande parte, através do programa de imunizações, do controle da tuberculose e no programa de assistência pré-natal, já analisados. Ao lado destas, serão desenvolvidas as seguintes atividades específicas:

- consultas de puericultura;
- assistência alimentar;
- educação sanitária das mães ou responsáveis pela criança.

As consultas de puericultura obedecem aos seguintes critérios:

- a) freqüência mínima:
até 1 ano: 9 consultas anuais (mensais até o 6.º mês, bi-mensais até os 12 meses).

1 a 4 anos: 4 consultas anuais (1 por trimestre);

- b) preparo:

todas as consultas serão precedidas das medidas de peso e estatura da criança, devidamente anotadas na ficha médica.

A assistência alimentar incluirá dois aspectos:

- a) educação alimentar;
- b) melhoria da alimentação através de fornecimento de leite.

A educação alimentar, integrada no programa educativo das mães, versará sobre assuntos importantes ligados à alimentação, tais como:

- alimentação da lactente;
- causas de desnutrição e orientação sobre regimes alimentares apropriados;
- importância da higiene dos alimentos;
- cuidados no preparo dos alimentos;
- alimentação da criança doente ou convalescente;

- c) melhoria da alimentação através do fornecimento de leite visa prevenir danos mais sérios ao desenvolvimento e à saúde da criança nos casos de ingestão deficiente de nutrientes proteicos. O fornecimento de leite será feito de acordo com normas específicas.

7.3 — Educação Sanitária das Mães

O trabalho educativo com as mães deve focalizar os aspectos mais importantes para a prevenção das doenças da infância e de suas complicações.

Além da educação alimentar já focalizada em destaque, os seguintes assuntos deverão ser abordados:

- a) prevenção das diarreias;
- b) programa de imunizações;
- c) importância das consultas médicas periódicas na prevenção e correção dos distúrbios do desenvolvimento;
- d) cuidados que devem ser dispensados à criança com distúrbios digestivos e outros;
- e) prevenção de acidentes e noções básicas de socorros de urgência.

7.4 — Metas Operacionais

Consultas: mínimo estabelecido para crianças inscritas de até 4 anos: 80%.

Fornecimento de leite segundo prescrição médica: 100%.

Outras metas incluídas nos programas de imunização, de combate à tuberculose e de pré-natal.

7.5 — Registro

A fim de se obterem os dados para aferição das metas deverão ser registrados:

- n.º de crianças inscritas;
- n.º de consultas de puericultura por criança e por grupos de idades (0 a 1 e 1 a 4 anos);
- n.º de crianças atendidas pela distribuição de leite.

RSPU-B/167

LIMA GONÇALVES, E. et al. — [Preventive medicine and medical care in the social welfare]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 7:139-50, 1973.

SUMMARY: *A plan of application of preventive medicine criteria to the outpatient clinics offered by the National Institut of Social Welfare to their members in São Paulo is exposed. The plan, to be implanted in the second semester of 1973, will include 4 basic programs: immunization; combat against tuberculosis; prenatal care; and infant care. Each of these programs is presented in detail, including main objectives, priorities and operational aims.*

UNITERMS: *Preventive medicine*; Social welfare (S. Paulo, Brazil)*; Outpatient clinics*; Immunization, program; Tuberculosis, prevention; Prenatal care; Child welfare.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL (IBGE). 1972.
 2. BRASIL. Secretaria de Assistência Médico-Social. Portaria n.º 48 de 21 de junho de 1972. *Diário Oficial da União*, 30 jun. 1972.
 3. SEMINÁRIO REGIONAL DE TUBERCULOSIS. Maracay, 1964. Programación de las actividades para el control de la tuberculosis: objetivos, acciones, metas de operación, informes y evaluación. In: TUBERCULOSIS. Washington, D.C., OPAS, 1965. p. 7. (Publicación científica n.º 112).
- Recebido para publicação em 2-3-1973*
Aprovado para publicação em 4-4-1973