1110
LUIZA SERAVALLE

ANÁLISE DE UM PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA
À CRIANÇA DESENVOLVIDO EM UM POSTO DE
ASSISTÊNCIA MÉDICA DO INSTITUTO NACIONAL
DE PREVIDÊNCIA SOCIAL, NA CIDADE DE S. PAULO

*Trabalho destinado à
obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública
pela Faculdade de Saú
de Pública da Univer
sidade de São Paulo*

São Paulo

- 1975 -

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

*À minha mãe,
pelo carinho e
dedicação constantes.*

*Aos meus filhos,
Acauã e Idati*

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Aldo da Fonseca Tinôco, pela orien
tação deste trabalho e pelo apoio constante.

Ao Dr. José Maria Pacheco de Souza, pela
assessoria estatística.

Ao Dr. Roberto Martins Alcaântara, pela co
laboração valiosa.

À Professora Ida de Jesus Picanço que, com
sua dedicação e apoio, tornou possível a realização
de nossos estudos.

Ao Dr. Nelson Rodrigues dos Santos. Sua con
fiança nos estimulou a concretizar esta etapa de nos
sa vida profissional.

À Sra. Leda C. P. de Campos Camargo, pela
revisão das referências bibliográficas.

Aos professores da Faculdade de Saúde Pú
blica da Universidade de São Paulo pelo apoio e au
xílio dispensados.

A todos que direta ou indiretamente contribu
íram para a realização deste trabalho.

SIGLAS USADAS

CPI	-	Comissão Parlamentar de Inquérito
INPS	-	Instituto Nacional de Previdência Social
MPAS	-	Ministério da Previdência e Assistência Social
ODS	-	Orientação de Serviço
PAM	-	Posto de Assistência Médica
PEP	-	Programa Especial de Pediatria
SAM	-	Secretaria de Assistência Médica
SAMES	-	Secretaria de Assistência Médico-Social
SBE	-	Secretaria de Bem-Estar

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO.....	1
1.1.	Considerações gerais.....	1
1.2.	O Programa Especial de Pediatria.....	2
1.2.1.	Normas do Programa Especial de Pediatria.....	2
1.2.2.	Implantação nos vários estados.....	5
1.2.3.	O Programa Especial de Pediatria em S. Paulo.....	5
1.2.4.	Objetivos do trabalho.....	9
2.	MATERIAL E MÉTODOS.....	11
3.	RESULTADOS.....	14
4.	DISCUSSÃO.....	22
5.	CONCLUSÕES.....	31
6.	SUGESTÕES.....	33
7.	RESUMO.....	34
8.	SUMMARY.....	35
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36

ANEXOS:

1.	Ordem de Serviço - ODS nº SBE 401.26 de 05/04/72.	A.1
2.	Quadro: Consequências clínicas da desnutrição....	A.2
3.	Quadro: Fatores de alto risco na desnutrição proteico-calórica na infância.....	A.3

1. INTRODUÇÃO

1.1. Considerações Gerais

Na área da saúde vem sendo enfatizado, cada vez mais, o problema que a mortalidade na infância representa, pois este é o indicador mais sensível do nível de saúde nesse grupo etá
rio ^{15,17,22}.

No Brasil, o governo federal, através das metas e ba
ses estabelecidas para sua ação⁹, considera prioritária a im
plantação de uma política nacional de assistência à criança.

Isso decorre, naturalmente, do fato de ser a situa
ção de saúde da criança em nosso país bastante precária.

Para se ter uma idéia dessa situação basta citar a taxa de mortalidade infantil em algumas capitais do Brasil, em 1973: 124,8 por mil nascidos vivos em Belo Horizonte, 229,0 ‰ em Recife³, enquanto que na Suécia e no Japão está em torno de 10,8 ‰ e 11,7 ‰, respectivamente¹³.

Na cidade de S.Paulo a mortalidade infantil também representa um importante problema de saúde pública, uma vez que vem continuamente aumentando desde 1961, quando atingiu o menor índice, ou seja, 60,2 por mil nascidos vivos, e em 1970 apresen
tava um coeficiente de 88,2 por mil, conforme dados do Departa
mento de Estatística do Estado de S.Paulo¹⁵.

Para a abordagem do problema da mortalidade na infância é necessário situá-lo em um contexto sócio-econômico-familiar. Nesse contexto os problemas de saúde materna são de grande im
portância. Analisando-se os fatores que concorrem para a morbidi
dade e a mortalidade de mães e crianças verifica-se que é im
prescindível tratá-los de forma integrada^{1,11,22}.

No Brasil, como em muitos países, os menores de quinze
anos representam de 40 a 50% da população e as mães e crianças
em conjunto, cerca de 63% da mesma²².

No âmbito da Previdência Social, à qual compete finci
anciar, estruturar e prestar assistência médica a aproxima
damente 80% da população do Brasil, 65,8% compõem o binômi
o materno-infantil*.

*Afirmação do Secretário de Assistência Médico Social do antigo Ministério do Trabalho e Previdência Social, Dr. Hugo Vitorino Albuquerque Batista, prefaciando o trabalho de ALCANTARA, R.M. e SILVA, V.A.¹

A Secretaria de Assistência Médico-Social do ex-Ministério do Trabalho e Previdência Social - hoje Ministério da Previdência e Assistência Social - através portaria nº SAMES-74, de 05/12/72, Ítem 9-b, atribui prioridade, entre outros, aos programas de assistência materno-infantil e ambulatorial integrada⁸.

No âmbito do Instituto Nacional de Previdência Social, a Secretaria de Assistência Médica e a Secretaria de Bem Estar propiciaram condições preliminares para a instituição do Programa Especial de Pediatria - PEP -, através da Orientação de Serviço - ODS nº IPR 399.13 de 20/09/70, que posteriormente foi regulamentada pela ODS nº SBE 401.26, de 05/04/72 (ANEXO 1).

Segundo a opinião de ALCÂNTARA e SILVA¹, "*o plano de ação integrada do Serviço Social e da Assistência Médica contido no referido ato representa um esforço pioneiro dentro do INPS objetivando prestar tratamento pediátrico integrado, tratamento social e ação educativa junto aos pais, no sentido de estimular a proteção à criança, incluindo também a suplementação de recursos. Posto em execução, o PEP não logrou alcançar a difusão esperada e, conseqüentemente, os objetivos pretendidos. Experiência válida, no entanto, nesse campo, vem sendo desenvolvida pela Superintendência Regional do INPS no Rio Grande do Sul, na qual é enfatizado o problema da desnutrição de crianças menores de 4 anos*".

No exercício de nossas atividades profissionais no Posto de Assistência Médica Sta. Cruz, na cidade de S. Paulo, tivemos oportunidade de participar do PEP.

Tendo em vista o interesse em se conhecer certos aspectos relacionados à execução do Programa Especial de Pediatria, escolhemos este tema, esperando trazer subsídios que possam contribuir para uma avaliação objetiva daquele Programa.

1.2. O Programa Especial de Pediatria

1.2.1. Normas do Programa Especial de Pediatria

As normas oficiais do PEP são as constantes na ODS nº SBE 401.26 de 05/04/72 (Vide ANEXO 1).

A finalidade do Programa, de acordo com a referida ODS, está assim definida:

"O Programa Especial de Pediatria (PEP) englobará:

- a) tratamento pediátrico integrado;
- b) tratamento social;
- c) ação educativa junto aos pais, no sentido de estimular a proteção à criança;
- d) suplementação de recursos familiares para possibilitar à criança condições favoráveis de desenvolvimento e crescimento sadios".

Os objetivos do PEP estão assim formulados, na mesma

ODS:

- "1. Coordenar medidas que visem ao bem-estar e à proteção à infância, conjugando recursos de natureza médica, econômica, pedagógica e social, tendo por meta proporcionar condições favoráveis ao desenvolvimento físico e psicossocial da criança.
- 2. Equacionar e propor soluções para os problemas que impeçam o pleno aproveitamento da assistência médica proporcionada pelo INPS aos seus beneficiários incluídos na faixa etária de 0 a 4 anos.
- 3. Complementar a ação familiar, quando houver carência de recursos para atender às necessidades da criança, em matéria de saúde, alimentação, nutrição".

Além desses ítems foram destacados outros, considerados por nós de importância fundamental para a caracterização do PEP, os quais poderão ser analisados em sua forma textual no ANEXO 1.

Esses ítems esclarecem o seguinte:

- O PEP destina-se ao atendimento das crianças de zero a quatro anos matriculadas nas clínicas pediátricas das unidades próprias do INPS, em situações definidas como prioritárias no campo médico-social.
- Essas situações deverão ser definidas pelas Subsecretarias Regionais (ex-Coordenações) de Assistência Médica e de Bem-Estar.
- A seleção da clientela a ser atendida pelo PEP deverá ser feita pela clínica pediátrica da unidade médico-assistencial.

- A triagem da clientela será feita pela recepção, de acordo com a rotina própria estabelecida pela Subsecretaria Regional de Assistência Médica (ex-Coordenação), observando:
 - a) a faixa etária de zero a quatro anos;
 - b) as prioridades recomendadas à clínica pediátrica;
 - c) o número de atendimentos fixados para consulta médica, durante o turno de trabalho.
- os comparecimentos de rotina à clínica pediátrica, sempre que possível, deverão ser mensais para a clientela de até um ano de idade, independente da consulta médica marcada.
- O PEP deverá ser executado por equipe multiprofissional formada por médico pediatra, enfermeira, assistente social, odontólogo, nutricionista, psicólogo, pessoal auxiliar de enfermagem, auxiliar de serviços médicos (atendente, hoje chamado "auxiliar operacional de serviços diversos") e servidor administrativo.
- Ao Serviço Social da unidade compete determinar a elegibilidade para o tratamento social do cliente selecionado pela clínica pediátrica; realizar tratamento psico-social, individualmente ou em grupo; suplementar os recursos familiares, através da concessão de ajuda supletiva; orientar a família sobre o PEP, participar da ação profilática desenvolvida pela clínica pediátrica, promover e desenvolver ação educativa junto aos pais ou responsáveis.
- O Serviço de Enfermagem da clínica deverá funcionar de acordo com as rotinas próprias e se responsabilizará pela aplicação das vacinas.
- As atividades educativas deverão ser desenvolvidas por todos os membros da equipe multiprofissional.
- Compete às Subsecretarias Regionais de Assistência Médica e de Bem-Estar (ex-Coordenações) controlar e supervisionar o PEP nas respectivas áreas de atuação.

1.2.2. Implantação do PEP nos vários estados

O PEP foi implantado inicialmente nos estados do Rio Grande do Sul e Espírito Santo, em 1972.

Até o início de outubro de 1975 já havia sido implantado e está em execução em 18 estados, nas seguintes cidades:

1. Manaus	-	Est. Amazonas
2. Belém	-	Est. Pará
3. São Luis	-	Est. Maranhão
4. Terezina	-	Est. Piauí
5. Fortaleza	-	Est. Ceará
6. João Pessoa	-	Est. Paraíba
7. Campina Grande	-	Est. Paraíba
8. Recife	-	Est. Pernambuco
9. Maceió	-	Est. Alagoas
10. Aracaju	-	Est. Sergipe
11. Salvador (2 Postos)	-	Est. Bahia
12. Cuiabá	-	Est. Mato Grosso
13. Brasília	-	Est. Goiás
14. Goiânia	-	Est. Goiás
15. Belo Horizonte	-	Est. Minas Gerais
16. Juiz de Fora	-	Est. Minas Gerais
17. Vitória	-	Est. Espírito Santo
18. Rio de Janeiro	-	Est. Rio de Janeiro
19. Campos	-	Est. Rio de Janeiro
20. São Paulo	-	Est. São Paulo
21. Curitiba	-	Est. Paraná
22. Porto Alegre	-	Est. Rio Grande do Sul
23. Caxias do Sul	-	Est. Rio Grande do Sul
24. Pelotas	-	Est. Rio Grande do Sul

Ainda para 1975 está prevista sua implantação em Florianópolis. Em 1976 deverá estar em execução nas vinte e duas unidades da federação⁷.

1.2.3. O Programa Especial de Pediatria em S. Paulo

Para estudar a implantação do PEP na cidade de S. Paulo, as antigas Coordenações - hoje Subsecretarias - de Assistência Médica e de Bem-Estar constituíram um grupo de trabalho composto de um médico pediatra, uma enfermeira e uma assistente

social.

Em seu parecer final, o grupo de trabalho diz considerar impraticável a implantação do PEP (em S. Paulo devido à falta de recursos nas unidades (PAMs.) do INPS. Porém faz a ressalva de que: *"Talvez a curto prazo, poderiam ser constituídas, dentro dos Postos de Assistência Médica já instalados, equipes de trabalho com rotinas experimentais, visando atender a um programa de assistência médico-sanitária que envolva o binômio mãe-filho"* ⁵.

Tendo em vista essas recomendações, o PEP foi implantado na cidade de S. Paulo em maio de 1973, no Posto de Assistência Médica "Sta. Cruz".

O Posto de Assistência Médica (PAM) Sta. Cruz é uma unidade ambulatorial própria do INPS. Está situado no bairro de Vila Mariana e funciona de 2a. a 6a. feira das 7 às 19 horas.

Presta assistência sistemática a mulheres e crianças através dos serviços de Pré-Natal, Pediatria e Ginecologia. Conta, ainda, com um especialista em Tisiologia e dois em cirurgia infantil. Outros casos, considerados extras ou de emergência, são atendidos por médicos clínicos. A clientela da Pediatria é a mais numerosa pois, considerando-se todas as outras áreas em conjunto, a Pediatria representa 58% do atendimento total ⁴.

O PAM Sta. Cruz conta com serviço de vacinação, onde são atendidas todas as crianças que o procuram, sejam ou não matriculadas naquela unidade de saúde.

Como parte dos Programas de Assistência de Enfermagem à Gestante e à Criança, são desenvolvidas no PAM Sta. Cruz atividades de educação em saúde e feito o tratamento e controle de sífilis, além da vacinação.

A partir de maio de 1973 o PAM Sta. Cruz passou a atender dois tipos distintos de clientes: os inscritos e os não inscritos no Programa Especial de Pediatria.

Dentro do contexto das atividades do PAM Sta. Cruz , todo o pessoal técnico e administrativo atendia aos dois tipos de clientes, com exceção das assistentes sociais. Essas profissionais foram lotadas no PAM Sta. Cruz por ocasião da implantação do PEP e desde o início de suas atividades só prestam assistência à clientela do Programa.

As instalações e o sistema de arquivos serviam indistintamente aos dois tipos de clientes.

Nessa ocasião estava estabelecido que, numa primeira etapa, de toda a clientela normalmente matriculada no PAM Sta. Cruz, apenas seriam inscritas no PEP as crianças menores de um ano e todas as gestantes cujas residências se situassem em uma área geográfica pré-determinada. Em etapas posteriores o atendimento seria estendido às crianças de um a dois, três, até quatro anos, quando seriam desligadas do PEP.

Em julho de 1974 foram suspensas as inscrições devido ao surto epidêmico de meningite ocorrido em S.Paulo, quando todas as outras atividades rotineiras do PAM Sta. Cruz também foram suspensas.

Em meados de agosto do mesmo ano as atividades do PAM Sta. Cruz voltaram a se desenvolver normalmente, porém as inscrições no PEP continuaram suspensas até janeiro de 1975, por razões que não foram oficialmente esclarecidas.

Em fevereiro de 1975 foram designados seis pediatras (dos dezoito existentes no PAM Sta. Cruz) para dar atendimento exclusivamente às crianças do PEP e as inscrições foram novamente abertas.

Foi destinada uma área física e organizado um sistema de arquivo exclusivos para o PEP.

Apenas a assistência de enfermagem continuou a ser dispensada em conjunto com a clientela geral do PAM Sta. Cruz. A designação de pessoal de enfermagem exclusivo para o PEP acarretaria a falta de cobertura nas outras áreas do PAM Sta. Cruz, devido à escassez dessa categoria de pessoal.

Para o atendimento pelo PEP o único critério então adotado foi inscrever crianças de zero a vinte e oito dias de idade, prevendo-se o seu desligamento ao completarem um ano de idade.

Não foi prevista, desta vez, a inscrição de gestantes nem observado critério de zoneamento.

Ficou estabelecido, ainda, o limite de quinhentas crianças por ano a serem atendidas pelo PEP e que cada médico atenderia de seis a oito consultas por dia, com retornos mensais para cada criança.

Dentro do critério estabelecido para a inscrição no Programa, isto é, a faixa etária de zero a vinte e oito dias, o elemento da administração procede à matrícula da criança e marca a consulta médica.

A consulta médica é precedida, sistematicamente, do atendimento pela auxiliar de enfermagem, que faz o preparo da criança, isto é, verificação do peso, estatura e temperatura, e orientação individual sobre algum problema observado durante o preparo.

Após a consulta médica a criança deverá passar novamente pela enfermagem para a orientação pós-consulta, quando é feita orientação preventiva, dietética, sobre o tratamento medicamentoso prescrito, sobre vacinação e outras. Faz-se tam**be**m a distribuição de cloro às famílias que não dispõem de rede de água, bem como a respectiva orientação sobre seu uso.

Dependendo do caso, a criança poderá receber algum tratamento medicamentoso, que é aplicado pela auxiliar de enfermagem de acordo com a prescrição médica.

A vacinação é feita pela enfermagem de acordo com as normas específicas.

Após a primeira consulta médica a criança é encaminhada novamente à funcionária administrativa para marcar a entrevista inicial com a assistente social.

Na entrevista inicial a assistente social procede ao levantamento da situação sócio-econômica familiar e determina a elegibilidade para concessão da ajuda supletiva. Faz também o recrutamento das mães para reuniões. Entrevistas subsequentes poderão ser feitas pela assistente social de acordo com as necessidades do cliente, não estando previstos, porém, retornos sistemáticos.

A ajuda supletiva é fornecida em forma de leite em pó e auxílio financeiro para documentação e transporte.

A quantidade de leite a ser distribuído obedece a uma padronização, de acordo com a idade (meses) da criança, e é prescrito pelo médico.

São realizadas reuniões quinzenais com grupos de mães ou responsáveis, visando dar orientação sobre assuntos de interesse para a saúde. Atualmente estão programadas dez reu

niões para cada grupo, com a duração de duas horas cada uma.

As reuniões são agendadas pelo Serviço Social, independentemente do dia das consultas médicas. Foi adotado pelo Serviço Social o sistema de vincular a distribuição do leite ao dia marcado para o comparecimento das mães às reuniões.

Todos os profissionais da equipe participam das reuniões com as mães, cada um abordando assuntos relacionados à sua área.

São realizadas periodicamente reuniões entre os membros da equipe multiprofissional para discussão de assuntos referentes à execução do PEP.

As atividades dispensadas às clientes pelos elementos da equipe (consultas médicas, preparo, orientação, entrevistas, vacinação e outras) são anotadas no prontuário de cada criança.

Em um impresso próprio, o "*Boletim Estatístico Mensal de Ocorrências*" são compilados mensalmente dados referentes ao PEP, como: número de consultas médicas, entrevistas pelas assistentes sociais, atividades de enfermagem, reuniões de grupo; diagnósticos das crianças atendidas; ocorrência de interações e óbitos; especificação e valor da ajuda supletiva concedida.

Esse "*Boletim*" deverá ser enviado mensalmente às Subsecretarias de Assistência Médica e de Bem-Estar em S. Paulo, as quais, por sua vez, deverão encaminhar uma cópia às respectivas Secretarias, a nível central, no Rio de Janeiro.

1.2.4. *Objetivos do trabalho*

1.2.4.1. *Objetivo Geral*

Analisar o Programa Especial de Pediatria desenvolvido no Posto de Assistência Médica Sta. Cruz, do Instituto Nacional de Previdência Social, na cidade de S. Paulo.

1.2.4.2. *Objetivos específicos*

- analisar alguns itens constantes das normas oficiais do Programa Especial de Pediatria relacionan

do-os com sua execução no Posto de Assistência Mé
dica Sta. Cruz.

- Conhecer o número de crianças matriculadas no Pos
to de Assistência Médica Sta. Cruz em um ano e sua
distribuição por faixa etária.
- Relacionar esse número com o de crianças inscritas
no Programa Especial de Pediatria.
- Conhecer os recursos colocados à disposição do Pro
grama Especial de Pediatria no referido Posto e
sua utilização.
- Sugerir, se for o caso, medidas que possam contri
buir para maior adequação e rendimento do Programa
Especial de Pediatria no Posto de Assistência Mé
dica Sta. Cruz ou em outras unidades do Instituto
Nacional de Previdência Social.

* * *

2. MATERIAL E MÉTODOS

Procedeu-se, inicialmente, a uma análise geral das normas do PEP constantes na ODS nº SBE 401.26.

Em seguida foram levantados os dados para verificação do número de crianças matriculadas no PAM Sta. Cruz e sua distribuição por faixa etária. Para isso foram utilizadas técnicas estatísticas de amostragem, conforme será descrito adiante, no item 2.1.

Compilou-se o número de crianças inscritas no PEP do livro de registros do Serviço Social.

Os dados sobre as atividades da equipe multiprofissional junto à clientela do PEP foram colhidos do Boletim Estatístico Mensal de Ocorrências.

Outras informações foram obtidas através de entrevistas, conforme especificação:

- A nível de unidade local, com o médico chefe do PAM Sta. Cruz e com uma representante do Serviço Social.
- A nível regional, com o responsável pela Coordenação Regional de Serviço Social, com a Diretora da Divisão Executiva da Capital (órgão da Subsecretaria Regional de Assistência Médica de S. Paulo) e com o Superintendente Regional do INPS em S. Paulo.
- A nível central, no Rio de Janeiro, junto à Secretaria de Bem-Estar e de Assistência Médica, com os coordenadores do PEP a nível nacional.
- Ainda a nível central, com assessores da área médica e de serviço social do Ministério da Previdência e Assistência Social.

2.1. Técnica Estatística de amostragem

Considerando que o PEP foi implantado em maio de 1973, estabeleceu-se que seriam estudadas as crianças matriculadas no Posto de Assistência Médica Sta. Cruz a partir de 1º de julho de 1973 (quando já deveria estar definido o funcionamento do PEP) até 30 de junho de 1974, para se obter dados referentes a um ano.

Para isso foram examinadas as fichas de matrícula, arquivadas por ordem alfabética, e verificou-se que as mesmas correspondiam a todos os clientes matriculados no PAM Sta. Cruz, isto é, crianças e adultos. Estimou-se que o arquivo continha cerca de 16.000 fichas, correspondentes ao período de maio de 1973 até agosto de 1974.

Levantamentos preliminares em 500 fichas escolhidas ao acaso mostraram a seguinte relação:

- fora do período de estudo
(de 01/07/73 a 30/06/74).....	13%
- adultos (12 anos em diante).....	40%
- crianças (menores de 12 anos).....	47%

Os dados constantes nesses cartões foram colhidos no período de 2 a 8 de setembro de 1974 pela autora e por mais três enfermeiras do PAM Sta. Cruz, as quais posteriormente também co laboraram na verificação das idades.

As entrevistas junto a representantes do INPS e do MPAS, citadas anteriormente, foram realizadas em alguns dias de setembro, outubro e dezembro de 1975.

Os dados sobre as atividades da equipe junto ao Pro grama Especial de Pediatria foram compilados nos meses de agos to a dezembro de 1975, do Boletim Estatístico Mensal de Ocorrências.

* * *

3. RESULTADOS

3.1. Crianças matriculadas no Posto de Assistência Médica Sta. Cruz, por faixa etária, e crianças inscritas no Programa Especial de Pediatria.

Como já foi exposto no item "*Material e Métodos*", nossa amostra ficou constituída de 742 crianças, representando 10% da população de estudo. Portanto, o número de crianças de 0 + 12 anos matriculadas no PAM Sta. Cruz no período de 01-07-73 a 30-06-74 está estimado em 7.420.

Quanto à idade na época da matrícula, predominam as crianças de 4 + 12 anos (38,81%), seguidas das crianças menores de um ano (33,96%). As crianças de 1 + 4 anos representam 27,23% do total. No entanto é necessário lembrar que a faixa de 4 - 12 anos é muito mais ampla que as outras, o que obviamente condiciona a maior percentagem de crianças naquela faixa etária.

A TABELA 1 mostra os dados acima citados.

TABELA 1

Crianças de 0 + 12 anos matriculadas no PAM Sta. Cruz no período de 01-07-73 a 30-06-74, por grupos de idade

FAIXA ETÁRIA	Nº	%
0 + 1	252	33,96
1 + 2	88	11,86
2 + 3	64	8,63
3 + 4	50	6,74
4 + 12	288	38,81
Total	742	100,00

FONTE: Arquivos do PAM Sta. Cruz (Amostragem)

Se forem consideradas apenas as crianças com menos de quatro anos, as percentagens são as que aparecem na TABELA 2.

TABELA 2

Crianças de 0 a 4 anos matriculadas no PAM Sta. Cruz no período de 01-07-73 a 30-06-74, por grupos de idade

FAIXA ETÁRIA	Nº	%
0 a 1	252	55,51
1 a 2	88	19,38
2 a 3	64	14,10
3 a 4	50	11,01
Total	454	100,00

FONTE: Arquivos do PAM Sta. Cruz (Amostragem)

Fica evidente que das crianças menores de quatro anos a maioria - 55,51% - está na faixa de zero a um ano.

No mesmo período, isto é, de 01-07-73 a 30-06-74 foram inscritas no Programa Especial de Pediatria 645 crianças com menos de um ano de idade.

Das 7.420 crianças menores de 12 anos matriculadas no PAM Sta. Cruz em um ano as 645 inscritas no Programa Especial de Pediatria representam apenas 8,69%.

Considerando somente o número de crianças com menos de quatro anos matriculadas no PAM Sta. Cruz, e que está estimado em 4.540, as 645 inscrições no PEP representam 14,20%.

3.2. Recursos para o Programa Especial de Pediatria

3.2.1. Capacidade instalada

Os recursos de instalações são os próprios do PAM Sta. Cruz, unidade subordinada à Subsecretaria Regional de Assistência Médica.

As instalações constam de:

- 2 consultórios médicos
- 1 sala para preparo e tratamentos
- 1 sala para a enfermeira
- 1 sala para a nutricionista
- 3 salas para as assistentes sociais (1 com banheiro privativo)
- "Hall" de recepção para o Serviço Administrativo e arquivos

- 1 sala para atividades educativas em grupo
- 1 sala de espera
- 1 unidade distribuidora de medicamentos, que aten
de também a clientes não inscritos no PEP
- 1 banheiro para os funcionários da farmácia.

3.2.2. Recursos financeiros

Fazem parte do orçamento-programa global do INPS. Não existe um projeto específico para o PEP nesse orçamento, sendo que todos os gastos com o PEP estão incluídos nas despesas da área de ambulatório*.

Apenas para concessão da ajuda supletiva, prevista no PEP, há uma verba especial da Subsecretaria de Bem-Estar. Porém não estão definidos com exatidão esses recursos, isto é, não é conhecido o investimento para a concessão de ajuda supletiva pa
ra o PEP em S. Paulo**.

3.2.3. Recursos humanos

A equipe que atua no PEP é constituída de:

ESPÉCIE	Nº	HORAS CONTRA TADAS / DIA
Médicos	6	31:12
Enfermeira	1	8:00
Auxiliares de Enfermagem***	2	14:30
Assistentes Sociais	7	56:00
Nutricionista	1	6:30
Aux. Serv. Administrativo	1	8:00

3.3. Atividades da equipe multiprofissional junto à clientela do PEP

Somente foram obtidos esses dados a partir de feve

* Conforme informações da responsável pelo setor de orçamen
to - programa do INPS em S. Paulo.

** Informação colhida junto à Coordenação Regional de Serviço Social da Subsecretaria Regional de Bem-Estar em S. Paulo.

*** Os dois elementos auxiliares de enfermagem não são exclusi
vos para o PEP. Atendem também na Pediatria Geral do PAM
Sta. Cruz.

reiro de 1975, quando o sistema de arquivos, registros e as atividades técnico-administrativas passaram a funcionar separadamente do restante da unidade.

As *TABELAS 3,4,5 e 6* apresentam um detalhamento dessas atividades.

TABELA 3

Consultas médicas iniciais e subseqüentes (primeiras e repetidas) a crianças do Programa Especial de Pediatria. Média diária de consultas, média diária de atendimento por profissional e rendimento do instrumento hora/médico, de fevereiro a novembro de 1975.

Meses	Cons. iniciais (1 ^{as})	Cons. subseqüentes (Rep)	Total	dias úteis	Média diária de consultas	Nº médicos	Média Diária por profissional	Nº horas contratadas por mês	Consultas hora/médico (Rendimento ins tr.)
Fevereiro	58	-	58	18	3	6	0,5	595	0,09
Março	85	77	162	19	8	6	1,3	595	0,2
Abril	95	226	321	21	15	6	2,5	595	0,5
Maio	85	238	323	21	15	6	2,5	595	0,5
Junho	68	365	433	21	21	6	3,5	595	0,7
Julho	40	434	474	23	21	6	3,5	595	0,7
Agosto	11	461	472	21	22	6	3,6	595	0,7
Setembro	5	505	510	22	23	6	3,8	595	0,8
Outubro	7	470	477	22	22	6	3,6	595	0,8
Novembro	2	509	511	20	26	6	4,3	595	0,8

FONTE: Boletim Estatístico Mensal de Ocorrências do PEP

OBSERVAÇÃO: Foram estipuladas de seis a oito consultas diárias por médico. São marcadas cinco ou seis, prevendo-se casos extras que buscam consultas sem marcação antecipada.

Nesta Tabela e na seguinte, o número de horas contratadas por mês foi calculado a partir do número de horas contratadas por dia, empregando-se a tabela para cálculo de horas de trabalho do Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de S. Paulo.

TABELA 4

Entrevistas iniciais pelo Serviço Social às crianças do Programa Especial de Pediatria. Média diária de entrevistas iniciais; média diária por profissional e rendimento do instrumento hora/assistente social, de fevereiro a novembro de 1975.

Meses	Entrevistas iniciais (inscrições)	Dias úteis	Média diária de entrevistas inlc.	Nº de assistentes sociais	Média diária por profissional	Nº de horas contratadas por mês	Entr. iniciais por hora/As. Social (Rendimento instr.)
Fevereiro	58	18	3,4	8	0,4	1.224	0,04
Março	85	19	4,2	7	0,6	1.071	0,07
Abril	95	21	4,5	7	0,6	1.071	0,08
Maio	85	21	4,2	6	0,7	918	0,09
Junho	118	21	5,6	4	1,4	612	0,1
Julho	70	23	3,0	5	0,6	765	0,09
Agosto	8	21	0,3	6	0,05	918	0,008
Setembro	6	22	0,2	7	0,02	1.071	0,005
Outubro	7	22	0,3	7	0,04	1.071	0,006
Novembro	2	20	0,1	7	0,01	1.071	0,001

FONTE: Boletim Estatístico Mensal de Ocorrências do PEP

Os dados referentes às entrevistas iniciais pelo Serviço Social correspondem também às inscrições de crianças no PEP.

Quanto às entrevistas subsequentes, não foi possível calcular a média diária por não se dispor de dados específicos referentes a essas atividades.

No Boletim Estatístico Mensal de Ocorrências, no item "ENTREVISTAS" são compilados pelo Serviço Social números globais que incluem as entrevistas iniciais, os comparecimentos das mães às reuniões de grupo, os entrosamentos feitos com os outros profissionais da equipe e entrevistas subsequentes com a mãe e outros membros da família.

Portanto, referem-se, em grande parte, a outras atividades que não podem ser consideradas entrevistas e que são normalmente desenvolvidas por todos os membros da equipe.

TABELA 5

Nº de atividades de enfermagem dispensadas às crianças inscritas no Programa Especial de Pediatria e média diária dessas atividades, de fevereiro a novembro de 1975.

Meses	Prepa- ro: temp Peso, es sulta tura	Orient. Pré-Con sulta	Orient. Pós- consul ta	Tra- ta- men- tos	Prepa- ro e distribuição de clo- ro	Vaci- nas apli- cadas	Total	Dias úteis	Média diária
Fevereiro	58	-	14	-	-	32	104	18	6,1
Março	162	-	62	9	-	58	291	19	15,3
Abril	321	-	122	33	-	189	665	21	31,6
Maio	323	-	176	31	-	210	740	21	37,0
Junho	433	204	215	32	68	363	1.315	21	62,6
Julho	474	46	123	16	83	354	1.096	23	47,6
Agosto	472	26	72	21	57	403	1.051	21	50,0
Setembro	510	44	81	27	75	362	1.099	22	49,9
Outubro	477	182	168	47	72	343	1.289	22	58,5
Novembro	511	222	70	41	88	198	1.130	20	56,5

FONTE: Boletim Estatístico Mensal de Ocorrências do PEP

Não foi possível calcular a média diária e o rendimento instrumental por elemento de enfermagem porque muitas vezes essas atividades são executadas pelos funcionários na clínica pediátrica do Posto Sta. Cruz, por falta de pessoal exclusivo e em número suficiente para o PEP.

De fevereiro a maio as crianças inscritas no PEP eram atendidas sistematicamente na clínica pediátrica do Posto Sta. Cruz para preparo e tratamentos, não sendo possível a compilação dos dados referentes exclusivamente àquelas crianças.

Na coluna "Preparo" foram compilados os números referentes às consultas médicas do PEP uma vez que rotineiramente as crianças que demandam à consulta são preparadas pela enfermagem, seja na clínica pediátrica, seja nas dependências exclusivas do PEP.

As pós-consultas, de fevereiro a junho, foram feitas por enfermeiras que atuam também em outros setores de trabalho do Posto Sta. Cruz.

A partir de junho foram admitidas uma enfermeira e

duas auxiliares de enfermagem para o PAM Sta. Cruz, possibilitando a designação desses elementos para atender a clientela do PEP independentemente da clínica pediátrica. Porém, na falta de uma ou das duas auxiliares de enfermagem, as crianças passam a ser atendidas, novamente, na clínica pediátrica para preparo e tratamento e nesse período não são feitas sistematicamente as orientações pré e pós-consulta.

As vacinas são sempre aplicadas na sala de vacinação geral do Posto, portanto, por pessoal de enfermagem não exclusivo do PEP.

TABELA 6

Reuniões com grupos de mães realizadas pelos profissionais que atuam no PEP. Média de reuniões por profissional em cada mês, de fevereiro a novembro de 1975

Meses	Profissionais	Assistentes Sociais			Enfermeira			Médicos		
	Reuniões	Nº Reun.	Nº Assist. Sociais	Média dia por prof.	Nº Reun.	Nº enf.	Média por profis.	Nº reun.	Nº méd.	Média por profis.
Fevereiro		-	8	-	-	1	-	-	6	-
Março		-	7	-	-	1	-	-	6	-
Abril		8	7	1	-	1	-	-	6	-
Maio		11	6	2	8	1	8	-	6	-
Junho		15	4	4	3	1	3	8	6	1
Julho		19	5	4	4	1	4	11	6	2
Agosto		24	6	4	3	1	3	8	6	1
Setembro		24	7	3	3	1	3	8	6	1
Outubro		25	7	4	2	1	2	8	6	1
Novembro		25	7	4	-	1	-	5	6	1

FONTE: Boletim Estatístico Mensal de Ocorrências do PEP.

Pela tabela acima, a média por profissional variou de uma a oito reuniões por mês. A enfermeira participou de duas a oito por mês, cada assistente social participou, em média, de uma a quatro reuniões e cada médico de uma a duas por mês.

De fevereiro a junho as reuniões a cargo da enfermeira foram realizadas por profissionais não exclusivos do PEP, isto é, por enfermeiras responsáveis por outras áreas do PAM Sta. Cruz.

Os comparecimentos das mães às reuniões são compiladas pelo Serviço Social e são incluídos no Boletim Estatístico Mensal de Ocorrências como "ENTREVISTAS".

* * *

4. DISCUSSÃO

Procedendo-se à análise do Programa Especial de Pediatria no Pam Sta. Cruz verifica-se que alguns ítems fundamentais constantes das normas oficiais (ODS 401.26/72) não foram considerados para sua execução.

De acordo com o ítem 8-a da referida ODS, a clientela do PEP deve ser selecionada pela clínica pediátrica da unidade assistencial. Esta seleção, ainda de acordo com a ODS (ítems 5 e 10-b) deverá ser feita entre as crianças de zero a quatro anos e baseada em prioridades no campo médico e social previamente estabelecidas.

No entanto a clínica pediátrica do PAM Sta. Cruz nunca participou da seleção da clientela para o PEP. Os critérios adotados até o momento para a inscrição no programa condicionam uma desvinculação total entre a clientela geral da Pediatria e a clientela do PEP.

Outrossim, não estão definidas as prioridades no campo médico e social, conforme estabelecem as normas, prioridades estas nas quais a clínica pediátrica deveria se basear para selecionar a clientela do PEP.

Por outro lado, atualmente no PEP está previsto o atendimento de crianças somente até um ano de idade, quando está estabelecido na ODS que deverá ser até 4 anos.

Além disso, no âmbito do PAM Sta. Cruz a clientela do PEP é minoria. Em relação às 7.420 crianças de zero a doze anos matriculadas no Posto em 1973/1974, as 645 inscritas no PEP no mesmo período representam 8,69% e em relação às 4.540 crianças menores de 4 anos representa 14,20%.

No ano de 1975 foi estabelecido o teto de 500 crianças a serem atendidas pelo PEP. Estimando-se para 1975 o mesmo número de crianças matriculadas no Posto em 1973/1974 e igual distribuição por faixa etária, o PEP estará atendendo 6,73% do total de crianças do Posto (até 12 anos) e 11,0% das crianças menores de quatro anos.

Em relação aos recursos financeiros destinados especialmente ao PEP, não estão definidos com precisão os que se referem à verba para concessão de ajuda supletiva, portanto não é possível saber quantas pessoas poderão ser beneficiadas.

Quanto aos recursos humanos e às atividades que a equipe desempenha, vemos que a média diária de consultas médicas (TABELA 3) não atingiu o número estabelecido, de seis a oito consultas diárias por profissional, mesmo quando o número total de consultas no mês chegou a 510, isto é, pouco mais que o teto estabelecido (500) para as inscrições no PEP.

Em relação às entrevistas iniciais feitas pelo Serviço Social a média por profissional não atingiu 1 (uma) entrevista por dia com exceção do mês de junho (TABELA 4). Em um turno diário de oito horas de trabalho uma assistente social poderá fazer oito entrevistas iniciais, com a duração média de 45 minutos cada uma. Entrevistas subseqüentes, para seguimento de caso, têm duração média de 15 minutos, com variações determinadas pelo caso social a ser tratado*.

Como já foi dito, não foi possível colher dados sobre as entrevistas subseqüentes, uma vez que no ítem "ENTREVISTAS" do Boletim Estatístico Mensal são compilados pelo Serviço Social números globais que incluem as entrevistas iniciais, os comparecimentos das mães às reuniões de grupo, os entrosamentos feitos com os outros elementos da equipe e as entrevistas subseqüentes com a mãe ou outros membros da família. Portanto, referem-se, em grande parte, a outras atividades que não podem ser consideradas "entrevistas".

Quanto às atividades de enfermagem pode-se verificar (TABELA 5) que o número médio de atividades por dia é proporcionalmente bem maior que o de consultas médicas e de entrevistas sociais, variando de 6,1 a 62,6.

Justifica-se esse número uma vez que uma criança requer, geralmente, várias atividades de enfermagem cada vez que comparece ao Posto para atendimento, conforme foi descrito anteriormente à página 8 e está especificado na Tabela 5.

Paradoxalmente, o número de elementos de enfermagem é bem menor que o dos outros membros da equipe.

Segundo o Ministério da Previdência e Assistência Social⁶ e conforme as metas fixadas para o decênio pela III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas²³, a proporção

* Informações colhidas junto à assessoria da Secretaria de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social.

desejável de pessoal técnico nos serviços de saúde é a seguinte:

CATEGORIAS FUNCIONAIS	VALORES POR 10.000 HABITANTES	
	Nº	%
Médicos	8,0	26,94
Enfermeiros	4,5	15,15
Auxiliares de enfermagem	14,5	48,82
Dentistas	2,0	6,73
Farmacêuticos	0,7	2,36
T o t a l	29,7	100,00

De acordo com essas recomendações, o pessoal de enfermagem deve representar 63,97% em relação a todos os outros membros da equipe de saúde. Quase metade da equipe de saúde - 48,82% - deve ser constituída de pessoal auxiliar de enfermagem.

Não encontramos referência ao dimensionamento do assistente social nos documentos onde constam os dados acima^{6,23}.

Segundo SAN MARTIN²⁴, o dimensionamento do assisten-te social para unidades ambulatoriais deve ser de 1 (um) profissional por 10.000 habitantes, portanto, aproximadamente 3,26% em relação aos outros membros da equipe.

A equipe técnica do PEP em S. Paulo está assim constituída:

CATEGORIAS FUNCIONAIS	Nº	%
Médicos	6	35,29
Enfermeira	1	5,88
Auxiliares de Enfermagem*	2	11,77
Assistentes Sociais	7	41,18
Nutricionista	1	5,88
T o t a l	17	100,00

A categoria profissional mais numerosa corresponde

* Não exclusivos. Ver comentários anteriores às páginas 19 e 20.

às assistentes sociais, que representam 41,18% em relação aos outros elementos, quando essa proporção deveria ser mais ou menos de 3,26%.

O pessoal de enfermagem, que deveria representar 63,97% na equipe, corresponde apenas a 17,65%, além de não ser exclusivo do PEP.

Isso tudo leva a considerações gerais sobre o planejamento de programas a nível de unidade.

A organização dos serviços de saúde deve basear-se em modernas técnicas de administração e planejamento^{2,19,26}. Somente assim poderão contribuir efetivamente para a melhoria do nível de saúde de uma comunidade.

Os problemas de saúde devem ser analisados em termos de morbidade e mortalidade, para que se possa estabelecer as prioridades de um programa de saúde.

As prioridades serão estabelecidas segundo critérios gerais, que são os relacionados às diretrizes políticas do governo, às condições de desenvolvimento sócio-econômico do país e outros. Os critérios especiais para a seleção de prioridades referem-se, entre outros, à gravidade do dano que o problema acarreta (proporção da população atingida, número de casos ou de óbitos), à possibilidade de solucionar o problema e ao prejuízo econômico que o mesmo acarreta²⁶.

Os problemas devem ser tratados através de programas específicos que visem a uma área territorial pré-determinada.

Nos programas devem estar definidos claramente os objetivos qualitativos e os objetivos quantitativos (metas) a serem alcançados.

Para o planejamento de um programa de saúde torna-se necessário, também, a especificação dos recursos humanos, financeiros e materiais colocados à disposição do mesmo e a operacionalização desses recursos.

Para a operacionalização dos recursos estes devem ser traduzidos em instrumentos. Por instrumento entende-se um conjunto de recursos combinados segundo um critério de funcionalidade e eficiência para produzir uma atividade. Dã-se ao instrumento o nome do recurso considerado nuclear, por exemplo, o instrumento hora/médico para a consulta médica, o instrumento hora/vacinador para a vacinação.

Outrossim, num programa devem estar previstos os critérios para avaliação, o que permitirá verificar se estão sendo atingidos os objetivos previamente determinados. Se necessário, o programa será reformulado no sentido de uma melhor adequação em termos de alcançar os objetivos traçados.

Um programa destinado à criança deve começar em um programa de saúde materna e não podem estar dissociadas as ações dirigidas ao grupo materno-infantil. Antes, devem ser integradas, contínuas, prioritárias e abrangentes^{1,11,22}.

Por outro lado, vários autores vêm enfatizando cada vez mais a importância da desnutrição nos agravos à saúde da mãe e da criança^{12,18,20}.

Declarações recentes do atual presidente do INPS^{*} informam que a desnutrição atinge 30% da população infantil dos grandes centros urbanos e atua como fator decisivo ou associado em 57% dos óbitos de crianças de zero a cinco anos. Além disso, segundo a mesma fonte, a desnutrição das crianças de baixa idade é responsável por 40% das internações na área de pediatria, o que vem causando sensíveis danos econômicos ao sistema previdenciário, sendo que o preço médio de cada uma dessas internações está por volta dos 4 mil cruzeiros.

A deficiência nutricional aparece como o mais sério problema de saúde, entre os casos analisados no Informe da Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância²².

A carência alimentar nos primeiros quatro anos de vida - período de maior desenvolvimento do cérebro - produz deficiências intelectuais irreversíveis em 12 a 25% dos casos¹².

MARQUES, A.N.¹⁸ apresenta um quadro das conseqüências clínicas da desnutrição (*Vide ANEXO 2*).

O Protein Advisory Group of the United Nations System²¹ apresenta alguns fatores de alto risco relacionados à desnutrição proteico-calórica na infância (*Vide ANEXO 3*).

Esses fatores, prevalentes em vários países, inclusive em nosso meio, devem ser considerados prioritários para a

* Dr. Reinhold Stephanes, em depoimento prestado à CPI do menor, em Brasília, publicado em 31 de outubro de 1975 na "Folha de S.Paulo".

abordagem de um programa destinado à criança^{17, 18, 22}.

Analisando-se tudo o que foi apresentado verifica-se que o PEP, tal como vem sendo executado no PAM Sta. Cruz, está em desacordo com algumas normas fundamentais constantes na ODS que o regulamentou e também com princípios básicos de planejamento e execução de programas de saúde.

A própria ODS que formula o PEP deixa claro que as inscrições no programa deverão ser baseadas em critérios de acordo com prioridades previamente estabelecidas.

Vimos que não estão estabelecidas essas prioridades, uma vez que o único critério observado para inscrição é a faixa etária de zero a vinte e oito dias, não se cogitando se a criança é eutrófica ou se tem algum problema que justifique sua inscrição em um programa especial.

O número de crianças a serem atendidas pelo PEP foi estabelecido sem observar relação alguma com a população de uma área determinada ou mesmo com o número de crianças que são atendidas normalmente com os recursos da unidade onde está instalado, no caso, o PAM Sta. Cruz. As inscrições no PEP representam a minoria no âmbito da referida unidade, o que leva também a um questionamento sobre o alcance da finalidade do programa em termos de abrangência na própria unidade.

O dimensionamento e a utilização dos recursos humanos colocados à disposição do PEP também não obedeceram a um planejamento racional. Os dados referentes à atuação dos vários membros da equipe dão ensejo a considerações sobre a utilização e adequação desses recursos.

Por exemplo, considerando-se 4 horas diárias contratadas por médico e contando com seis médicos, um serviço de saúde dispõe de 24 horas/médico por dia, 462 por mês, 5.520 por ano*. Estabelecendo-se em 15 minutos a duração média de cada consulta, cada hora/médico produziria 4 consultas e 462 horas/médico poderá produzir 1.848 consultas.

Considerando que o médico participaria de outras atividades no serviço, como, por exemplo, reuniões periódicas da

* Conforme "Tabela para o cálculo de horas anuais de trabalho" do Curso de Especialização em Planejamento do Setor Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de S. Paulo.

equipe multiprofissional, entrosamentos diários com os outros membros da equipe para discussão de casos, reuniões com grupos de mães, seria necessário prever o tempo gasto nessas atividades para um dimensionamento adequado do rendimento do recurso hora/médico. Se for destinada uma hora por dia para essas outras atividades, restariam 3 horas para as consultas médicas, o que significa 12 consultas diárias por médico. Desta maneira poderão ser atendidas por 6 médicos, 72 clientes por dia, e 1.368 por mês.

Prevendo-se comparecimentos mensais à consulta médica, 1.368 seria também o número de clientes atendidas anualmente pelo serviço com o instrumento horas/médico disponível.

Para melhor aproveitamento da hora/médico, recomenda-se a utilização de pessoal auxiliar de enfermagem nos serviços de saúde, especialmente para o atendimento à gestante e à criança sadias^{6,16,23}.

O dimensionamento adequado de pessoal de enfermagem possibilita melhor aproveitamento do médico. Esta delegação de atividades libera o médico para funções mais atinentes à sua formação, ao mesmo tempo que contribui grandemente para maior rendimento em termos de cobertura e custo-benefício.

Nesse caso as consultas médicas de rotina podem ser oferecidas a intervalos maiores, num total de seis, quatro ou duas por ano, e nos outros comparecimentos à unidade as crianças e gestantes poderão ser atendidas pelo pessoal auxiliar de enfermagem devidamente treinado e supervisionado.

Desta forma poderá ser atendido anualmente por um programa um número duas, três ou quatro vezes maior, possibilitando cobertura mais ampla e menor custo.

Os recursos humanos do Serviço Social no PEP também não estão devidamente caracterizados e operacionalizados de maneira a possibilitar o dimensionamento racional do pessoal necessário nesse setor. Segundo as recomendações de SAN MARTIN²⁴, está evidentemente superdimensionado o número de assistentes sociais no PEP. Pela média diária de atividades específicas desse setor e respectivo rendimento do instrumento hora/assistente social, pode-se deduzir que o rendimento está muito aquém do esperado. Portanto, esses recursos estão sendo sub-utilizados, o que é fator de importância na elevação do custo do Programa e baixa cobertura.

Além disso, a seleção das clientes para a concessão de ajuda supletiva pode ser feita através de técnicas simplificadas de classificação econômica. Essa atividade pode ser executada por uma auxiliar de Serviço Social em mais ou menos 10 a 15 minutos*.

A assistente social encarregar-se-á das entrevistas para estudo da problemática psico-social (problemática econômica, social, cultural e emocional) e de acordo com os problemas detectados procederá ao tratamento respectivo, como, aliás, está especificado no ítem 9-b da ODS 401.26/72. Todos os elementos da equipe de saúde deverão colaborar com esse Serviço, encaminhando à assistente social os clientes que evidenciarem problemas sociais que requerem orientação e tratamento individual.

Os problemas sociais mais frequentes na clientela como um todo poderão ser abordados através dos métodos de Serviço Social de grupos, visando promover o melhor ajustamento possível do indivíduo e da família em seu contexto social e a melhoria das condições de vida²⁴.

A ação do Serviço Social junto às famílias deverá incluir o entrosamento sistemático com todos os recursos da comunidade: MOBRAL, L.B.A., Centros de Saúde, creches, hospitais, escolas, centros de emprego e outros, além dos vários setores e repartições do próprio INPS, para facilitar às famílias o acesso a essas instituições e aos benefícios a que têm direito.

A simplificação e racionalização das atividades possibilitará muito maior rendimento do Serviço Social bem como o dimensionamento adequado do pessoal realmente necessário nesse setor, o que fará diminuir consideravelmente o custo do programa.

Quanto aos recursos financeiros, é necessário que se conheça com exatidão a disponibilidade de verba para concessão de ajuda supletiva, pois só assim poderão ser estabelecidos os objetivos quantitativos do programa.

Desta forma poderá ser elaborado um programa materno-infantil, de acordo com os princípios técnicos recomendados e que inclua a complementação da ação familiar principalmente em

* De acordo com a técnica empregada pelo Serviço Social do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda e Bom Retiro. Informação fornecida pela assistente social daquele Centro.

forma de alimentos, de forma a atender as prioridades no campo da saúde na área materno-infantil.

As prioridades devem ser estabelecidas tendo em vista principalmente o problema da desnutrição, que é fator de indiscutível importância nos problemas de saúde da gestante e da criança. Os fatores de alto risco apontados pelo Protein Advisory Group of the United Nation System²¹ devem servir de base para que se estabeleça com precisão essas prioridades (*Vide ANEXO 3*).

No âmbito do PAM Sta. Cruz os objetivos quantitativos ou metas poderão ser estabelecidos, a curto prazo, em relação ao número de gestantes e das crianças de zero a quatro anos normalmente atendidas na unidade, utilizando-se inclusive os resultados apresentados neste trabalho (*TABELAS 1 e 2*).

Os objetivos qualitativos deverão ser estabelecidos de acordo com critérios baseados nas prioridades definidas para a clientela inscrita no programa, prevendo o controle do crescimento e desenvolvimento da criança, a ocorrência de doenças evitáveis na mãe e na criança, internações, óbitos e outros, dependendo da possibilidade de serem posteriormente avaliados.

Outros critérios, como os de "acreditação" dos serviços de pré-natal e da pediatria, sugeridos por CIARI JR., HARRIS e colaboradores^{10,14}, poderão ser empregados com relativa facilidade.

O custo do programa também poderá ser avaliado na medida em que se conhecer os recursos e o número de clientes atendidos.

Se comprovada sua validade no âmbito do PAM Sta. Cruz, o programa poderá ser implantado nos demais PAMs. do INPS de modo a atender ao maior número possível de beneficiários daquela instituição.

Em uma etapa posterior as metas poderão ser estabelecidas tendo como base a comunidade como um todo. Isto será possível a partir da regionalização dos serviços de saúde e da integração dos órgãos federais, estaduais e municipais, como tem sido recomendado^{6,25}, possibilitando, assim, o desenvolvimento de um programa abrangente que vise toda a população materno-infantil.

5. CONCLUSÕES

De tudo o que foi exposto, pode-se concluir que:

1. De acordo com o estabelecido no ODS nº SBE 401.26/72, o Programa Especial de Pediatria representa uma tentativa de se aplicar à clientela infantil do INPS medidas de promoção, conservação e proteção à saúde e não apenas as tradicionais medidas curativas.
2. Em S. Paulo o PEP está em desacordo com normas fundamentais constantes na referida ODS, ou seja, as que se referem ao atendimento por prioridades e à seleção pela clínica pediátrica.
3. O número de crianças inscritas no PEP constitui uma minoria em relação às matriculadas no PAM Sta. Cruz.
4. Não foram estabelecidas as metas a serem alcançadas.
5. Os recursos de pessoal colocados à disposição do PEP não estão dimensionados de acordo com as recomendações técnicas oficiais.
6. O instrumento hora/assistente social apresenta baixo rendimento de acordo com as atividades específicas do Serviço Social apresentadas no presente trabalho, o que determina a elevação do custo do programa.
7. O instrumento hora/médico está sub-utilizado, o que reflete, certamente, na elevação do custo do programa.
8. O pessoal de enfermagem está sub-dimensionado em relação aos outros membros da equipe e de acordo com as recomendações oficiais.

9. O dimensionamento adequado de pessoal de enfermagem e sua utilização conforme é recomendado deverá contribuir para maior rendimento e menor custo do programa.
10. Torna-se necessário a reformulação do PEP no PAM Sta. Cruz, obedecendo às normas oficiais e aos princípios de administração e planejamento do setor saúde, visando adequação e maior rendimento do programa.
11. Sem essa reformulação o PEP dificilmente estará atendendo aos seus objetivos , não se justificando a sua execução tal como vem sendo feita atualmente.

* * *

6. SUGESTÕES

- Que o Programa Especial de Pediatria seja reformulado com o objetivo de prestar assistência ao maior número possível de gestantes e crianças de zero a quatro anos matriculadas no PAM Sta. Cruz.
- Que nesse programa materno-infantil constem:
 - a) Metas para o PAM Sta. Cruz.
 - b) Critérios para inscrições baseados em prioridades no campo médico e social.
 - c) Normas técnicas e modelos de procedimentos.
 - d) Critérios para avaliação em termos de eficácia e custo-benefício.
 - e) Prazos previstos para avaliação sistemática do programa.
- Que o dimensionamento do pessoal da equipe multiprofissional do programa seja feito de acordo com as recomendações oficiais.
- Que seja utilizado pessoal auxiliar de enfermagem, devidamente treinado e supervisionado, para o atendimento às gestantes e às crianças do programa.
- Que o PAM Sta. Cruz seja reestruturado gradativamente em função do programa, de modo a se constituir em uma unidade piloto de assistência materno-infantil do INPS na cidade de S. Paulo, servindo inclusive de campo de treinamento para profissionais e estudantes da área de saúde.
- Que a partir da experiência no PAM Sta. Cruz o programa materno-infantil seja desenvolvido nos outros PAMs do INPS.
- A médio prazo e dependendo da regionalização dos serviços de saúde, que o programa seja integrado a outros mais abrangentes, visando a população materno-infantil como um todo.

* * *

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

7. RESUMO

No trabalho procuramos analisar o Programa Especial de Pediatria -PEP, em execução no Posto de Assistência Médica Sta. Cruz, do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS - na cidade de S.Paulo.

São citados e comentados alguns ítems das normas oficiais do PEP e posteriormente comparados com a execução do Programa.

Utilizando técnica estatística de amostragem foi feita a estimativa do número de crianças matriculadas no referido Posto de Assistência Médica e sua distribuição por faixa etária, estabelecendo-se a relação percentual com as crianças inscritas no PEP.

São descritos os recursos colocados à disposição do PEP e sua utilização e sugeridas medidas que podem contribuir para maior adequação e rendimento do PEP no Posto de Assistência Médica Sta. Cruz ou em outras unidades do INPS.

As conclusões indicam que o PEP teoricamente representa uma tentativa válida no sentido de se aplicar medidas de promoção, conservação e proteção à saúde. No entanto, para atender na prática a essa finalidade, necessita ser reformulado, obedecendo a princípios técnicos de planejamento de serviços de saúde.

* * *

8. SUMMARY

The author studied the "Especial Program in Pediatrics " of the Center of Medical Care Santa Cruz, of the Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, in São Paulo, Brazil.

Some itens of the official proposed programme are examined and than compared with the work actually done. Comparisons were made of the number of children enrolled in the Medical Center and in the Especial Program.

The resources available to the Especial Program and the respective use are analised and suggestions are given for better addequacy and efficiency.

The author concludes that theoretically, the Especial Program in Pediatrics is a valid atempt for promoting, conservating and protecting health. But, in order to be a practical one, it needs a reformulation, following the technique principles of planning of health services.

* * *

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALCÂNTARA, R.M. & SILVA, V.A. da - Coordenação e definição de responsabilidades na assistência materno-infantil. Rio de Janeiro, Secretaria de Assistência Médico-Social do Ministério do Trabalho e Previdência Social, 1973. (mimeografado).
2. ALVIM, E. de F. - Análise de duas técnicas de planejamento do setor saúde. (Apresentado no XVIII Congresso Brasileiro de Higiene, S.Paulo, 1970. Mimeografado).
3. ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL - (IBGE). Rio de Janeiro, 1974.
4. BERNARDO, M.H.S.C. et al. - As normas e a prática de enfermagem em um Posto de Assistência Médica do Instituto Nacional de Previdência Social, na cidade de S.Paulo. (Apresentado na XXVII Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, Belo Horizonte, 1975. Mimeografado).
5. BRASIL. Instituto Nacional de Previdência Social. Plano Especial de Pediatria - Estado de São Paulo. S.Paulo, 1972 (mimeografado).
6. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social - Contribuição para a discussão do tema "Sistema Nacional de Saúde". Brasília, 1975.
7. BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social - Programa de Ação para o INPS 1975. Rio de Janeiro, 1975.
8. BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência Social. Portaria nº SAMES-74, de 05/12/72. Rio de Janeiro, 1972. (mimeografado).
9. BRASIL. Previdência da República. Metas e bases para a Ação do Governo (síntese). Brasília, 1970.
10. CIARI, Jr., C. et al. - "Acreditação" de serviços de pré-natal. Rev. Saúde públ., S.Paulo, 8 (2):187-202, 1974.
11. CIARI, Jr., C. - Saúde materno infantil. S. Paulo, A.R. Editora Ltda., 1973.
12. CHAVES, N. - Trópico e nutrição. Recife, Universidade Federal de Pernambuco, 1969.
13. DEMOGRAPHIC YEARBOOK (United Nations). New York, 1974.
14. HARRIS, W.M. et al. - Roteiro para "acreditação" de serviços de atendimento à criança em unidades sanitárias. Rev. Saúde públ., S.Paulo, 9 (2):249-58, 1975.
15. LAURENTI, R. & SIQUEIRA, A.A.F. - O problema da mortalidade de neonatal em S.Paulo, Brasil. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 6:45-55, 1972.

16. MAGALHÃES, L.B. & SHIBAYAMA, K.K. - Experiência de enfermagem em três unidades descentralizadas no município de Londrina, PR. (Apresentado no XXVII Congresso Brasileiro de Enfermagem, Salvador, 1975. Mimeografado).
17. MARQUES, A.N. - Introdução. Pediat. mod., 8 (11):7-16, 1974.
18. MARQUES, A.N. - Desnutrição na infância. Pediat. mod., 8 (12):6-19, 1974.
19. MASCARENHAS, R. dos S. et al. - Introdução à administração sanitária. S.Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP. Disciplina Administração Sanitária, 1972 (mimeografado).
20. OMOLOLU, A. - Importância da amamentação natural. Geneva, Organização Mundial da Saúde, 1974.
21. PROTEIN ADVISORY GROUP OF THE UNITED NATIONS SYSTEM, 1972. New York, 1972 (Preschool Child, doc. 1.14/26).
22. PUFFER, R.R. & SERRANO, C.V. - Características de la mortalidad en la niñez: Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1973. (Publ.cient 262).
23. REUNION ESPECIAL DE MINISTROS DE SALUD DE LAS AMERICAS, 3ª, Santiago, 1972. Actas resumidas. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1973. (Doc.oficial, 123).
24. SAN MARTIN, H. - Trabajo en equipo y equipo de salud. In: Salud y enfermedad. 2ª ed. México, La Prensa Médica Mexicana, 1968. p.610-40.
25. SANTOS, N.R. dos - Ensino médico e Previdência Social no Brasil. (Apresentado na XII Reunião Anual da Associação Brasileira de Ensino Médico, S.Paulo, 1974. Mimeografado).
26. SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública da USP. - Técnica de programação local. S.Paulo, 1972 (mimeografado).

* * *

ANEXO 1

(Seção I - BS/DS 75, de 20-4-72)

ANEXO XV

ORIENTAÇÃO DE SERVIÇO Nº SEE-401.26, de 5 de abril de 1972

Assunto:

Formula plano de ação integrada do serviço social e da assistência médica, sob a denominação de "Programa Especial de Pediatria", e estabelece as normas para sua execução.

OS SECRETÁRIOS-EXECUTIVOS DE BEM-ESTAR E DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, no uso de suas atribuições, baixam a presente Orientação de Serviço destinada a estabelecer normas gerais para a execução do Programa Especial de Pediatria (PEP), em cumprimento às determinações contidas na Ordem de Serviço nº IPR-399.13, de 20-9-70.

I - DOS OBJETIVOS DO PROGRAMA ESPECIAL DE PEDIATRIA (PEP)

1 - Coordenar medidas que visem ao bem-estar e à proteção à infância, conjugando recursos de natureza médica, econômica, pedagógica e social, tendo por meta proporcionar condições favoráveis ao desenvolvimento físico e psicossocial da criança.

2 - Equacionar e propor soluções para os problemas que impeçam o pleno aproveitamento da assistência médica proporcionada pelo INPS aos seus beneficiários incluídos na faixa etária de 0 a 4 anos.

3 - Complementar a ação familiar, quando houver carência de recursos para atender às necessidades da criança, em matéria de saúde, alimentação, nutrição.

II - DA FINALIDADE

4 - O Programa Especial de Pediatria (PEP) englobará:

- a) tratamento pediátrico integrado;
- b) tratamento social;
- c) ação educativa junto aos pais, no sentido de estimular a proteção à criança;
- d) suplementação de recursos familiares para possibilitar à criança condições favoráveis de desenvolvimento e crescimento sadios.

III - DA DESTINAÇÃO DO PROGRAMA

5 - O Programa Especial de Pediatria (PEP) destina-se ao atendimento médico-social de crianças, beneficiárias do INPS, na faixa etária de 0 a 4 anos, matriculadas nas Clínicas Pediátricas das Unidades Próprias do INPS, em situações definidas como prioritárias no campo médico-social.

(Seção I - BS/DS 75, de 20-4-72)

ODS nº SBE-401.26/72 - Anexo XV

5.1 - O Programa será desenvolvido nas localidades onde existam unidades médico-assistenciais e de serviço social próprias do INPS.

IV - DOS RECURSOS

6 - A execução do Programa envolverá ação integrada de várias técnicas, pondo em prática um trabalho de equipe multiprofissional, com utilização de outros recursos.

6.1 - A equipe multiprofissional deverá ser formada de:

a) pessoal técnico

médico pediatra
assistente social
enfermeira
odontopediatra
psicólogo
nutricionista

b) pessoal auxiliar

auxiliar-de-enfermagem
auxiliar de serviços médicos
servidor administrativo.

6.2 - As instalações e equipamentos a serem utilizados são os existentes nos próprios do INPS.

6.3 - A ajuda supletiva será aplicada à clientela do programa, proporcionando-lhe os auxílios nela compreendidos, ou sejam:

- a) alimentação;
- b) medicamento;
- c) transporte;
- d) documentação;
- e) prótese e órtese;
- f) "outros auxílios".

6.31 - Serão considerados prioritariamente como recurso do PEP os produtos fornecidos pela Indústria Farmacêutica do INPS.

6.4 - Serão utilizados, ainda, os recursos complementares destinados a:

- a) promover atividades em grupo;
- b) promover campanhas comunitárias educativas e profiláticas;
- c) compra de material audiovisual;
- d) contratar ou convencionar serviços de entidades sociais e/ou filantrópicas indispensáveis ao Programa.

V - DAS ATRIBUIÇÕES

7 - Compete às Coordenações de Assistência Médica e de Bem-Estar:

- a) planejar em conjunto, definindo as situações prioritárias de atendimento nos campos médico e social;
- b) controlar e supervisionar o Programa nas respectivas áreas de atuação;
- c) indicar os profissionais a que se refere o subitem 6.1 para execução do Programa, ouvidos os Chefes das Unidades executivas;
- d) fornecer, nos seus âmbitos de ação, os recursos indispensáveis ao desenvolvimento das atividades;
- e) documentar os trabalhos executados nas respectivas unidades, para avaliação por parte dos órgãos da direção superior das linhas a que pertençam.

7.1 - Cumpre, especificamente, à Coordenação de Bem-Estar submeter à SBE as propostas de contratos ou convênios para execução de serviços com entidades sociais e/ou filantrópicas.

8 - Compete à clínica pediátrica da Unidade Médico-Assistencial:

- a) selecionar a clientela a ser atendida pelo Programa Especial de Pediatria (PEP);
- b) garantir tratamento médico prioritário e preferencial para os clientes selecionados;
- c) promover a aplicação de medidas profiláticas e preventivas.

9 - Compete ao serviço social da Unidade:

- a) determinar a elegibilidade para o tratamento social do cliente selecionado pela clínica pediátrica;
- b) realizar tratamento psicossocial, individualmente ou em grupo;
- c) orientar a família, ou o responsável pela criança, sobre os objetivos e finalidades do Programa;
- d) suplementar os recursos familiares, através da concessão de Ajuda Supletiva;
- e) desenvolver ação educativa junto aos pais ou responsáveis, no sentido de melhor capacitá-los no trato da criança;
- f) promover atividades educativas e participar da ação profilática e preventiva, desenvolvida pela clínica pediátrica.

VI - DO SISTEMA DE FUNCIONAMENTO

10 - A triagem da clientela será feita pela recepção, de acordo com a rotina própria estabelecida pela Assessoria da CAM Regional, observando:

- a) a faixa etária de 0 (zero) a 4 (quatro) anos;
- b) as prioridades recomendadas à clínica pediátrica;
- c) o número de atendimentos fixados para consulta médica, durante o turno de trabalho.

10.1 - No cumprimento da letra "c" do item serão levados em conta a gravidade do caso e a distância da residência do beneficiário.

11 - Cada beneficiário terá seu prontuário constituído dos impressos padronizados pela SAM, no qual deverá constar observação com a data da inclusão da criança no Programa Especial de Pediatria (PEP).

12 - Nos casos de primeira consulta, o beneficiário será sempre encaminhado ao consultório médico e, nas vezes subsequentes, conforme o esquema traçado:

- a) ao consultório médico;
- b) à sala de imunizações;
- c) ao gabinete do assistente social.

12.1 - Os comparecimentos de rotina à clínica pediátrica, sempre que possível, deverão ser mensais para a clientela de até 1 (um) ano de idade, independente da consulta médica marcada.

12.1.1 - Os pais ou responsáveis deverão ser esclarecidos de que em casos de emergência a criança será atendida independente de marcação de datas.

13 - Além dos dados referentes ao atendimento médico e anotação do tratamento prescrito ou de exames complementares solicitados, o médico registrará no prontuário as recomendações a serem cumpridas pelos serviços de enfermagem e de nutrição, e/ou o encaminhamento do beneficiário ao assistente social.

14 - O serviço de enfermagem da clínica funcionará de acordo com as rotinas próprias e se responsabilizará pela aplicação das vacinas, cumprindo-lhe, ainda, com o de nutrição, colaborar com o serviço social nos procedimentos complementares relacionados com a Ajuda Supletiva, no que couber.

14.1 - Depois de cumpridas as recomendações, serão feitas as anotações no prontuário do cliente, de acordo com a rotina fixada.

15 - Ao atender o beneficiário, o assistente social preencherá as fichas estatísticas em vigor.

16 - O assistente social orientará os pais ou responsáveis sobre o Programa, os procedimentos e utilização dos recursos disponíveis para o tratamento da criança beneficiária do INPS, anotando no prontuário os dados mais significativos.

17 - Para atingir os fins da programação e adequado acompanhamento do tratamento médico-social, o médico e o assistente social deverão manter perfeito entrosamento.

17.1 - No desenvolvimento do tratamento programado, o assistente social utilizará a Ajuda Supletiva, na forma das instruções em vigor, devendo o médico preencher a parte que lhe couber nos formulários próprios.

18 - Nos casos em que seja necessária internação hospitalar, o cliente poderá continuar a se beneficiar do Programa, desde que as condições locais permitam a continuidade do tratamento.

19 - Ao completar 4 (quatro) anos, a criança será desligada do Programa Especial de Pediatria (PEP), ocasião em que se processará a avaliação final do tratamento médico-social realizado, registrando-o no prontuário.

VII - DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS

20 - As atividades educativas que não se limitarem às orientações individuais serão coordenadas pelo assistente social e desenvolvidas em reuniões com grupos de pais ou responsáveis.

20.1 - Essas reuniões serão realizadas na própria clínica ou em outro local adequado.

21 - Os técnicos do grupo multiprofissional participarão da programação de palestras e outras atividades de sentido educativo, de acordo com a programação e rotinas.

21.1 - As palestras terão por temas assuntos relacionados com puericultura, higiene, alimentação, educação infantil, interrelação sócio-familiar e outros assuntos correlatos.

21.11 - O assistente social organizará, ainda, grupos de mães e, sempre com a participação dos demais técnicos, desenvolverá trabalho específico, focalizando, principalmente, os seguintes aspectos:

- a) prevenção de distúrbios nutritivos (dispepsias agudas, toxicoses, desidratação, diarreias, vômitos, etc.);
- b) alimentação adequada (aleitamento natural, desmame, formas de proporcionar os nutrientes essenciais à criança, etc.);
- c) Programas de imunizações (BCG, Vacinas triplas, antivaricelosa, Sabin, contra sarampo, etc.);
- d) cuidados que devem ser dispensados à criança doente, chamando atenção para as práticas nocivas (abuso de vermífugos, falta de higiene e restrições alimentares prolongadas após a doença).

22 - O assistente social colaborará e participará das campanhas realizadas pelos órgãos de assistência médica do INPS e fornecerá dados informativos ao Centro de Serviço Social, para a realização de campanhas sanitárias e educativas, a serem realizadas na comunidade.

23 - Deverá ainda o assistente social manter contatos com outras da comunidade destinados ao atendimento de crianças, notadamente com a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública.

VIII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

24 - As atividades do Programa Especial de Pediatria se desenvolverão através de três etapas:

(Seção I - BS/DS 75, de 20-4-72)

ODS nº SBE-401.26/72 - Anexo XV

- a) preliminar - planejamento da Programação Regional;
- b) executiva - execução da Programação com a supervisão das Chefias do Serviço Médico e do Serviço Social;
- c) avaliação - elaboração de relatórios das atividades em desenvolvimento, para análise e avaliação pelos respectivos órgãos da direção superior.

25 - O Programa Especial de Pediatria (PEP) deverá ser implantado, a critério das Coordenações de Assistência Médica e de Bem-Estar, nas localidades que disponham de condições técnico-administrativas que garantam sua execução.

25.1 - As presentes normas serão adequadas às condições locais, no que se refere aos recursos técnico-administrativos disponíveis e às categorias profissionais para a composição da equipe.

26 - As dúvidas sobre a aplicação deste ato ou as que surgirem durante a execução do Programa deverão ser submetidas às Secretarias de Bem-Estar e de Assistência Médica, que as elucidarão nos aspectos referentes às suas áreas de competência.

27 - A presente Orientação de Serviço entrará em vigor na data da sua publicação, ficando revogada a ODS nº SBE-401.23, de 18 de maio de 1971.

(aa) José Vital
SECRETÁRIO-EXECUTIVO DE
BEM-ESTAR

Joaquim José do Amaral Castellões
SECRETÁRIO-EXECUTIVO DE
ASSISTÊNCIA MÉDICA

Confere com o original - Em 20-4-72.

Resp. p/Chefia do Serviço de Divulgação

ANEXO 2

FONTE: MARQUES, A.N. - *Desnutrição na infância*. Pediat. mod.,

8 (12) : 6 - 19, 1974.

ANEXO 3**ALGUNS FATORES DE ALTO RISCO NA DESNUTRIÇÃO
PROTEICO-CALÓRICA NA INFÂNCIA**Criança de baixa idade

Gêmeos. Baixo peso ao nascer. Algumas anomalias congê-
nitas, por exemplo, fenda palatina.

Desenvolvimento deficiente (curva de peso; outros ín-
dices antropométricos).

Sinais de desnutrição.

Infecções (sarampo, diarreia, coqueluche; não imuniza-
dos).

Antecedentes familiares de doenças (genéticas, metabó-
licas, infecciosas e outras).

Mãe

Doença materna e desnutrição. Infecções.

Idade materna. Competência materna

Fatores sócio-econômicos e culturais

Práticas de desmame precoce ou repentino

Hábitos alimentares

Trabalho da mãe

Nível econômico (renda familiar)

Condições de habitação

Nível de escolaridade

Família numerosa (número de irmãos)

Família incompleta (ausência ou suporte inadequado pe-
lo pai)

Morte ou ausência de mãe

Criança abandonada

Alcoolismo

FONTE: PROTEIN ADVISORY GROUP OF THE UNITED NATIONS
SYSTEM, 1972. New York, 1972 (Preschool
Child, doc. 1.14/26). (adaptação).