


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CAMPUS AVANÇADO DE SANTARÉM
VIII UNIDADE CURRICULAR
ORIENTADOR: ANTÔNIO DE MIRANDA WOSNY
SUPERVISORA: LORENA MACHADO E SILVA

PROPOSTA DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL
DO BAIRRO AEROPORTO VELHO
SANTARÉM - PA

N.Cham. TCC UFSC ENF 0017
Autor: Wiggers, Eliana
Título: Proposta de atenção à saúde mate

972523033 Ac. 239254
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

por

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0017
Ex.1

ELIANA WIGGERS
MIGUIR TEREZINHA VIECELLI
VANÊSSA C. LOCATELLI DE SOUZA

Santarém, 1º semestre de 1985.

PROPOSTA DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL
DO BAIRRO AEROPORTO VELHO
SANTARÉM - PA

SUMÁRIO

	Página
I - INTRODUÇÃO	1
II - OBJETIVOS	15
III - DESENVOLVIMENTO	17
IV - CRONOGRAMA	20
V - AVALIAÇÃO	24
VI - CONCLUSÃO	26
VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
BIBLIOGRAFIA	29
ANEXOS	

I - INTRODUÇÃO

Vivemos num país onde a saúde e a educação são privilégios e não direitos da população. Privilégio porque no sistema capitalista somente uma pequena minoria dispõe de recursos para ter acesso a ambos. Conforme MELO, "educação e saúde são práticas sociais. Podemos dizer que sempre estiveram articuladas."(1)

Infelizmente, apenas 3% das crianças que iniciam o primeiro grau chegam até a Universidade. Universidade esta, estruturada de uma maneira que atinge somente a parte da população que dispõe de recursos, formando assim um círculo vicioso. Na educação se refletem os interesses e aspirações da classe social dominante," (...) a classe que domina materialmente e também a que domina com sua moral, a sua educação, as suas idéias."(2)

Nós, estudantes de uma Universidade Federal onde se diz que o ensino é público e gratuito, temos claro que o mesmo não é público porque poucos a ele tem acesso, e nem gratuito porque é a população quem o financia. Questionamos, qual o preparo que temos para fazer retornar à população o que em nós foi investido?

Temos consciência de que as falhas não estão somente em nosso Curso ou Universidade, embora nossa formação profissional

esteja quase que totalmente direcionada para a área hospitalar. O hospital, apesar de importante, em nossa realidade adquiriu o cunho de instituição de ações predominantemente curativa, e não são medidas paliativas que irão interferir nos fatores que propiciam as doenças mais comuns.

Deve-se ainda levar em conta que existe uma grande dicotomia entre a medicina curativa e a preventiva, que reflete diretamente na assistência prestada à população. O atual sistema de saúde não cobre os serviços necessários que devem ser dispensados, demonstrando o agravamento da crise por que passa.

É importante ressaltar também que as condições de saúde da população estão intimamente ligadas com o modelo de prestação de assistência implantado no país. Sendo assim, é importante que se analise, critique, e se necessário que se tente transformá-lo.

Interessa à população oprimida pelo sistema a conquista de melhores condições de vida. Desta forma, cabe aos profissionais da saúde, interessados em contribuir com uma transformação social que possibilite essa conquista, a tarefa de conhecer cientificamente a realidade existente, e ter sobre ela uma visão crítica que possa ser um instrumento de conscientização e organização.

A crise do setor saúde se torna evidente quando se acumulam as necessidades de qualidade e quantidade dos serviços de saúde. No momento, a organização de tais serviços tem sido essencialmente a assistência hospitalar, com bases empresariais, e dependendo em grande parte do financiamento da previdência social.

Nos últimos anos, alguns conceitos tem sido apresentados como solução para a crise do setor saúde, entre eles "medicina preventiva" ou "medicina comunitária". Esses conceitos, surgidos através de mecanismos de qualificação da medicina não possuem atrás de si um quadro teórico que explique a realidade a qual se aplicam, de maneira que operam mais como metas. Disto resulta que

quando ocorrem práticas desses conceitos, nem sempre ocorrem simultaneamente as mudanças esperadas. Conseqüentemente não ocorre um fortalecimento teórico que possa subsidiar novas experiências, mas sim a grande necessidade da criação de um conceito "mágico" e inovador.

Desta forma, não estamos trabalhando somente com conceitos científicos, mas também com posições, ou ainda propostas de transformação.

Após essas colocações em que estão descritas as defasagens e contradições do sistema nacional de saúde, nos propomos a atuar dentro de um projeto voltado para a Atenção Primária de Saúde.

Conforme o documento de ALMA-ATA (12/setembro/78) "entende-se por cuidados primários de saúde a acessibilidade de todos os indivíduos e famílias de uma comunidade a serviços essenciais de saúde, prestados por meios que lhes sejam aceitáveis, através de uma participação integral e o custo que a comunidade e o país possam absorver." (3)

A Atenção Primária tem como meta proporcionar a toda população os quatro níveis de cuidados de saúde, ou seja, serviço de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

Esses cuidados devem ser voltados para as reais necessidades da comunidade, respeitando o fato que esses variam de uma comunidade para outra, embora existam alguns tópicos que podemos considerar como universais, ou seja, a promoção de uma nutrição adequada, provisão de água potável e saneamento básico, saúde materno-infantil, controle de doenças localmente endêmicas, educação básica em relação à saúde, e tratamento adequado de doenças e lesões comuns.

É de suma importância a participação da comunidade em todo esse processo. Essa participação é alcançada através da integração dessa comunidade no planejamento, organização, operação e

controle dos cuidados primários de saúde.

Não se faz apenas necessário que se dê educação em relação à saúde para a comunidade sem que se assegure um apoio por parte dos diversos níveis do Sistema Nacional de Saúde, que deverão ser fortalecidos e organizados para que possam assistir os cuidados primários com conhecimento técnico e científico, incluindo as instituições a que possam ser encaminhadas pacientes e casos pendentes de solução.

"Os profissionais da unidade de saúde devem desenvolver entre si um espírito de equipe onde realmente reflitam, decidam e trabalhem juntos, estabelecendo um verdadeiro relacionamento horizontal, como uma postura profissional que se estende às relações com a população.

A ação educativa, como um processo de capacitação de indivíduos e de grupos, para assumir a solução dos problemas de saúde da população." (4)

A eficácia dos cuidados primários poderão ser mais facilmente alcançados se as pessoas envolvidas no serviço de saúde forem provenientes da própria comunidade. Isso dá-lhes condições de serem agentes de seu próprio desenvolvimento, em vez de beneficiários passivos.

Esse pessoal é parte integrante da comunidade em que vive e trabalha. A sua contínua relação com os demais membros dessa comunidade deve implicar numa harmonização de opiniões e atividades relacionadas com os cuidados primários de saúde. Espera-se que com essa inter-relação ocorra uma identificação pela comunidade de suas necessidades reais associada à compreensão por parte dessa estratégia nacional dos serviços de cuidados primários e sua conseqüente participação nesse sistema.

Dessa maneira a população compreenderá que a conquista do direito à saúde é uma responsabilidade de todos e de cada um.

É preciso considerar a atual prática da enfermagem no Brasil e seu papel na Atenção Primária de Saúde.

Segundo BARROS, a enfermagem surge no Brasil como proposta de saúde pública, para atender pessoas acometidas de doenças transmissíveis que assolavam o país na época.

Depois disso, num novo período, a enfermagem se direciona para a área hospitalar concentrando seu trabalho no plano curativo.

Com o crescimento populacional, aumento do número de desempregados e assalariados, são necessárias novas medidas que atendam as necessidades de saúde dessas pessoas, sem acesso a quaisquer serviços de saúde. Novamente a enfermagem se direciona para a área de saúde pública, porém sem ter questionado o porquê desse direcionamento, acompanhando apenas os moldes da medicina. A enfermagem não tinha e ainda não tem uma política própria.

É preciso refletir e discutir o papel social da enfermagem. Também é preciso reformular seu papel como profissão da saúde, numa tentativa de voltar sua prática para as reais necessidades da população.

BARROS ainda coloca que "a consciência de que, as doenças são produzidas socialmente, a assistência à saúde são determinadas pelo acesso do indivíduo e a prática da enfermagem não é simplesmente oferecida em indivíduos com corpos com os mesmos valores sociais, levará uma postura mais crítica de todos os profissionais de enfermagem, na tentativa de não gerar ações ineficazes e incapazes de provocar mudanças." (5)

Em atenção primária de saúde o campo de atuação do enfermeiro é demasiadamente grande, tanto na natureza de suas atividades como no contexto de sua prática.

Ao nosso ver, a maioria dos enfermeiros devem ser preparados para desempenhar um papel generalista. A tarefa principal do enfermeiro que desempenha este papel é o de melhorar a condição de saúde da comunidade atuando sobre os problemas que afetam a saúde.

O Comitê sobre o Enfermeiro de Atenção Primária do Departamento de Saúde e Bem-Estar Nacional de Ottawa, prevê as ações que poderiam ser desenvolvidas por enfermeiros:

1º O enfermeiro em atenção primária de saúde pode representar o contato inicial para as pessoas que ingressem no sistema de atenção de saúde, isto é, pode ser o primeiro profissional de saúde que receba a pessoa interessada.

2º Em sua condição de primeiro contato, o enfermeiro deverá estar capacitado para fazer um diagnóstico inicial do estado de saúde da pessoa, a fim de decidir se requer intervenção médica ou de outra natureza.

3º O enfermeiro em atenção primária de saúde deverá estar em condição de iniciar o tratamento de pacientes com problemas de saúde concorrentes, que entram no âmbito de sua competência, ou de dispor de transferência dos pacientes ao profissional e organismos de saúde apropriados.

4º Também deverá estar em condição de aconselhar as pessoas de grupos de idade em relação às questões de saúde.

5º Terá que ser capaz de ensinar aos indivíduos e suas famílias os conhecimentos e práticas necessárias para prevenir as enfermidades ou a maneira que o indivíduo deve cuidar-se e cuidar da família e em caso de enfermidade, ajudá-los em sua recuperação e reabilitação.

6º Deve saber oferecer atenção às mulheres normalmente dadas durante o ciclo gravídico, incluindo a vigilância e a assis-

tência ao parto e puerpério, e possuir uma especialização complementar em obstetrícia para prestar assistência em caso de partos normais.

7º Deverá estar capacitado para vigiar a atenção à saúde das crianças sadias.

8º Deverá estar capacitado para vigiar a atenção à saúde dos idosos, exceto quando requerem intervenção médica em caso de alguma enfermidade aguda.

9º Deverá estar em condição de vigiar os casos de enfermidades estabilizadas de longa duração ou crônicas e, em consulta com o médico, de ajustar ou modificar o tratamento segundo seja indicado.

10º Deverá saber coordenar a saúde de indivíduos e famílias mediante referência de pacientes a profissionais e organismos de saúde apropriados, de acordo com as necessidades e de proceder a observação posterior dos pacientes.

11º Deverá ser capaz de intervir em situações de crise, isto é, de adotar medidas procedentes, dentro dos limites de sua competência, ou de referir o indivíduo (ou a família) ao profissional ou organismo apropriado de saúde, para sua assistência." (6)

Atualmente são poucos os enfermeiros preparados para desempenhar funções ampliadas em atenção primária de saúde. É necessário uma mudança na formação profissional do enfermeiro para que todos eles possam realizar, com competência clínica, as atividades de atenção primária.

Nossa formação é generalista, mas isso só ocorre a nível hospitalar. Não recebemos preparo técnico para atuar de maneira generalista em atenção primária de saúde.

Quando os enfermeiros são preparados para desempenhar uma função ampliada, uma grande parte da responsabilidade e autoridade

de do médico é dividida com o enfermeiro.

Para o profissional médico isso constitui uma ameaça a sua tradicional imagem, onde ele está como autoridade maior da área de saúde.

Como já colocamos anteriormente, a enfermagem deve se voltar para as reais necessidades da população. Para isso, a primeira conquista deverá ser a de um preparo adequado e posteriormente um amparo legal. A existência de uma legislação compatível com suas ações torna-se imprescindível.

Na UFSC, mais especificamente no curso de Enfermagem, o que se busca como alternativa para tentar sanar uma defasagem de conhecimentos teórico-práticos em atenção primária de saúde são os projetos de extensão universitária.

A extensão universitária ainda é um setor da Universidade em definição, e talvez por isso oferece poucas possibilidades de atuação ao estudante.

O decreto que determina que a Universidade deve estender uma missão cultural à comunidade (trabalho de Extensão) é o decreto 252 (1967), e coincide com a criação do Projeto Rondon que se dá no mesmo ano, 1967.

O Projeto Rondon foi criado com o intuito de integrar a Universidade com a Comunidade, "integrar para não entregar". Porém, nessa época os movimentos estudantis estavam em seu auge, demonstrando o amadurecimento da consciência da classe. Subtende-se que o verdadeiro intuito do Projeto Rondon era o de aliviar tensões sociais, tanto dos estudantes como da comunidade onde os mesmos atuavam.

Em 1968, o Projeto Rondon vincula-se ao Ministério do Interior como "Grupo de Trabalho Projeto Rondon" (decreto nº 62.927 de 28/04/68).

Transforma-se em órgão autônomo de administração direta em 06/09/70, e somente em 1975 transforma-se em Fundação Projeto Rondon.

Em 1971, o Ministério do Interior convida a UFSC através do Projeto Rondon para que instale um Campus Avançado. Desta forma, a UFSC instala seu Campus Avançado em Santarém, PA no mesmo ano.

Em 1979 foi criado o Projeto de Trabalho Comunitário em bairros periféricos de Santarém. Este foi inicialmente implantado no bairro do Aeroporto Velho, com estudantes mensalistas dos cursos de Enfermagem, Bioquímica e Medicina. Atualmente conta também com estudantes de Serviço Social e esporadicamente outros cursos como Biblioteconomia, Engenharia Sanitária e Agronomia.

Em 1982 foi requisitado, em Assembléia Geral pelos moradores do bairro a permanência dos estudantes por um tempo maior. Desta forma, foi criado em 83/1 o primeiro estágio curricular no CAS, que contava com acadêmicos de Enfermagem e Bioquímica.

O bairro do Aeroporto Velho conta atualmente com 50 quadras e aproximadamente 800 famílias. Possui igreja Protestante, Assembléia de Deus, Terreiro de Umbanda, Centro Comunitário, escola, açougue, muitas tabernas, Posto de Saúde, a granja da Varig, Conjunto Habitacional Flor de Lótus e Conjunto Habitacional Estrela D'alva. Não tem infra-estrutura econômica assim como toda cidade de Santarém, não oferecendo condições básicas de vida à população. Não possui rede de esgoto, cerca de 80% da população possui água e 90% possui luz, sendo que usufruem da água somente 6 a 7 meses do ano, no inverno. As habitações do bairro, em sua maioria são precárias. As ruas, pelo processo de erosão apresentam-se com grande número de valas, impossibilitando o tráfego de carros.

Sua população é constituída basicamente por mulheres e

crianças. Pela baixa oferta de empregos na cidade, a opção mais procurada é o garimpo, diminuindo assim o número de homens no bairro.

Esses fatores fazem do bairro do Aeroporto Velho um exemplo de sociedade matriarcal. As opções de emprego para a mulher é pequena, e o subemprego predomina, sendo que as ocupações mais comuns são de lavadeira, faxineira, gerenciamento de pequenas tabernas, doméstica e também atividades no garimpo.

A mulher residente no bairro do Aeroporto Velho não depende do homem para criar os filhos e manter a casa. Exerce tais atividades praticamente sozinha. E, está a cada dia mais descobrindo o papel importante que tem na resolução dos problemas da comunidade.

A mãe deve ser considerada como ponto central na assistência à criança, sendo ela o agente de saúde do mais alto nível, não em qualificação técnica, mas pelo interesse que deve ter para que seu filho se mantenha saudável.

Deve se investir, refletindo com a mãe para que ela se conscientize de que é o principal responsável pela manutenção da saúde da criança, já que além dela estar em permanente contato com o filho, é a ela que cabe a decisão de aplicar ou não os cuidados necessários para a sobrevivência dele. Ou seja, a ela cabe a decisão de levar a criança para ser imunizada, amamentar ou não, adotar cuidados básicos de higiene, espaçar suficientemente suas gestações, e outros.

O grande desenvolvimento que a ciência da saúde tem alcançado nos últimos anos é uma realidade; apesar disso, principalmente as crianças, continuam morrendo de doenças facilmente evitáveis. O sarampo, difteria, coqueluche, tétano e tuberculose, evitáveis através da imunização artificial são responsáveis pela morte de 5 milhões de crianças no mundo. A desnutrição e as doen-

ças diarreicas seguem o mesmo esquema, sendo que as crianças que não escapam da morte, constantemente adquirem seqüelas que prejudicarão seu desenvolvimento físico e psíquico futuro.

O alto custo das técnicas sofisticadas desenvolvidas nos países em desenvolvimento, por serem técnicas caras e elitizantes, cuja aplicação necessita de grande aparato médico-hospitalar, não condizente com os recursos da maioria da população mundial.

A atenção primária na infância surge como estratégia para anular essa defasagem da medicina curativa ou, diminuir seus efeitos. As medidas propostas pela maioria dos programas na área materno-infantil, normalmente apresentam quatro pontos fundamentais; ou seja, a valorização do aleitamento materno, imunização, acompanhamento do crescimento e reidratação oral. Sendo que essas quatro condutas se acham interligadas e viriam solucionar ou evitar as principais enfermidades que afetam constantemente a população infantil.

A atenção primária de saúde também surge como aliviadora de tensões, enquanto prática institucional e neste sentido é necessário que se tenha claro os objetivos de quem a produz, uma vez que a saída da população está diretamente determinada pelas suas condições de vida e que a solução dos problemas da população se dará com o conjunto da mesma.

Através do atendimento ambulatorial foi constatado que as doenças mais comuns no bairro Aeroporto Velho são: verminose, diarréia leucorréia, piodermites, desnutrição e um forte índice de ansiedade, porém este de maneira subjetiva (doença dos nervos).

O ambulatório do bairro está situado na quadra 08 (anexo 1), conta com dois consultórios, uma sala de espera e uma sala de curativos onde também se encontram os medicamentos. Dispõe de uma médica permanente no período da manhã, uma agente de saúde treinada (ambas contratadas pela prefeitura) e acadêmicos mensalis-

tas de bioquímica, enfermagem e medicina. Neste período (abril a agosto) conta também com 3 acadêmicos curriculares do curso de Enfermagem.

Material de rotina disponível no posto (anexo 2).

O bairro encontra-se organizado através do Conselho Comunitário, órgão máximo de deliberação na comunidade, além de diversos grupos tais como: grupo de hortas (I e II), jovens, oração, mães, igreja, vizinhos, MOP (Movimentos Populares) e agentes de saúde.

Os agentes de saúde são pessoas da própria comunidade, treinadas para desenvolver ações simples de saúde.

Há 4 anos (1981), foram treinados mais ou menos 40 agentes de saúde no bairro Aeroporto Velho. Deste grupo restam cerca de 10 que ainda residem no bairro e que continuam atuando como agentes. Um deles atua no posto de saúde diariamente e os outros vêm ao posto apenas para adquirir material e medicamentos, sempre procurando se inteirar do trabalho.

Os agentes de saúde realizam reuniões mensais, a cada terceiro domingo do mês.

Algumas dificuldades são enfrentadas pelos mesmos ao desenvolverem suas atividades. Uma é o descrédito de algumas pessoas da população que preferem a intervenção médica e de técnicas e medicamentos sofisticados, do que se tratarem com ervas medicinais (por exemplo) e orientadas por uma pessoa da própria comunidade. A outra dificuldade principal é o tempo dos próprios agentes. A maioria deles são obrigados a trabalhar fora do bairro e o tempo para desenvolver tais ações fica reduzido.

Entendendo-se que a transformação da sociedade se dá de maneira dinâmica, a partir de um processo de conscientização do qual somos sujeitos, desenvolveremos nosso trabalho de acordo com a proposta metodológica em anexo (anexo 3).

"(...) se é na prática social onde surgem os conhecimentos, é na transformação dessa prática onde se constata os objetivos, a realidade, a verdade dos conhecimentos (...) a prática serve de base a teoria e a teoria deve servir à prática(...) Portanto, não pode ser outra a lógica do processo educativo: ação - reflexão - ação; prática - teoria - prática." (7)

Assim sendo, o processo ação-reflexão será uma soma constante, só através dele é que conseguiremos avaliar e reestruturar o trabalho, garantindo seu sucesso.

Um elemento indispensável no tocante à saúde é o respeito ao saber popular, tanto no que se refere às práticas como à prevenção de doenças.

Considerando todos os pontos levantados até o momento, nos propomos a trabalhar no bairro do Aeroporto Velho, mais especificamente na área materno infantil, porque:

- A situação em que este se encontra é o retrato da situação geral do país.

- Neste bairro já foi iniciado um trabalho por acadêmicos curriculares anteriormente a nós, o qual pretendemos dar continuidade.

- A grande maioria das doenças não são ocasionadas somente por fatores físicos isolados, mas decorrem de um conjunto de fatores sociais. Dessa maneira é muito difícil tratar o efeito sem um envolvimento com as causas.

- O curso de Enfermagem prepara o aluno para uma prática principalmente curativa.

- O grupo materno-infantil é o grupo populacional mais susceptível às agressões do meio.

- A população do bairro é constituída basicamente de mulheres e crianças.

- Acreditamos que um trabalho cujos resultados se darão

II - OBJETIVOS

2.1. Objetivos Gerais

- Implantar um programa de atendimento materno-infantil no bairro do Aeroporto, condizente com a real situação e recursos disponíveis do mesmo, dentro dos princípios de atenção primária.

- Desenvolver juntamente com os agentes de saúde a implantação e execução deste programa para que os mesmos assumam a parcela do projeto de sua responsabilidade diretamente na comunidade e no posto de saúde.

2.2. Objetivos Específicos

- Reativar o programa de representantes por quadras para a área de saúde inicialmente.

- Atualizar o mapa do bairro.

- Discutir nossa proposta de trabalho com a comunidade.

- Cadastrar as gestantes e crianças menores de um ano residentes no bairro do Aeroporto.

- Prestar atendimento pré-natal às gestantes do bairro.

- Atender as crianças de 0 a 1 ano de idade avaliando seu

crescimento e desenvolvimento.

- Verificar a existência de parteiras práticas no bairro, contactar com as mesmas e envolvê-las no programa.

- Participar da reciclagem dos agentes de saúde antigas e da formação de novos agentes, sempre motivando-os para que os mesmos continuem sua atuação no bairro após nossa saída.

- Promover reuniões com gestantes e mães desde que as mesmas sintam necessidade.

- Atender a população do bairro do Aeroporto a nível ambulatorial e domiciliar, obedecendo os princípios de atenção primária.

- Atender a nível ambulatorial a população de outros bairros periféricos que procurarem o posto de saúde.

- Fazer vigilância epidemiológica e notificar casos de DT (doenças transmissíveis) ao SESP.

- Realizar um trabalho interdisciplinar com as acadêmicas de Serviço Social, dentro dos pontos em comum de ambos os projetos.

- Discutir com a professora supervisora e com a direção do CAS o trabalho por nós desenvolvido.

- Desenvolver o trabalho dentro da proposta metodológica adotada para projetos de trabalho comunitário em bairros periféricos de Santarém.

III - DESENVOLVIMENTO

- Entrar em contato com as lideranças do bairro, juntamente com o professor orientador. Neste contato, serão colocados sinteticamente nossos objetivos, observando a reação dos mesmos e convidando-os para participarem do trabalho.

- Atualizar o mapa do bairro, localizando as gestantes e menores de um ano, agentes de saúde e representantes de quadra.

- Ir ao Conselho Comunitário para sugerir que convoque uma Assembléia Geral para discutir o trabalho do campus e mais especificamente nossa proposta de trabalho.

- Reunir-se com os agentes de saúde no dia 21 de abril de 1985, data de sua reunião mensal, para discussão da proposta de atuação e participação dos mesmos.

- Definir a representação por quadra, caso a proposta seja aceita, para se fazer o levantamento das crianças menores de um ano e das gestantes existentes no bairro. O mesmo poderá ou não ser agente de saúde, e será encarregado de informar ao posto as ocorrências importantes que dizem respeito à saúde da comunidade. O posto receberá tal informação através de um aviso enviado pelo representante (anexo 4).

- Levantar e cadastrar todas as gestantes e crianças meno-

res de um ano no posto de saúde usando formulário (anexo 5).

- Fazer visitas domiciliares às crianças e gestantes, caso seja necessário, encaminhando-as para o posto.

- Fazer acompanhamento pré-natal a todas as gestantes que não o estejam fazendo em outro local, usando o roteiro (anexo 6).

- Encaminhar todos os casos cujas resoluções fujam às reais condições do posto de saúde, acompanhados de uma ficha de encaminhamento para locais com melhores recursos.

- Fazer acompanhamento em relação ao crescimento e desenvolvimento de todas as crianças cadastradas que não o estiverem fazendo noutro local, sendo que para isso usaremos o roteiro (anexo 7). E para maior controle tanto para gestantes como para crianças adotaremos o sistema de prontuário família já utilizado como rotina no atendimento do posto.

- Tentar um envolvimento com as parteiras existentes no bairro, sendo que o primeiro passo para tal será o conhecimento das mesmas e após isso um introsamento, que possibilitará inclusive o acompanhamento dos partos realizados pelas mesmas e dos primeiros cuidados ao recém-nascido. As parteiras deverão estar sempre a par da história de seus pacientes e introsadas diretamente no programa, sendo inclusive convidadas a participarem do programa de reciclagem dos agentes de saúde.

- A reciclagem dos agentes de saúde será efetivada após a reunião do dia 21 de abril através de discussões e reflexões sobre seu papel, principalmente dentro da assistência materno-infantil. Problematizar com os mesmos a questão do posto de saúde principalmente quanto às rotinas de organização do material e limpeza (anexo 8) as quais existem mas não estão sendo seguidas.

- Sugerir e promover reuniões entre gestantes da comunidade para troca de experiência, caso as mesmas sintam necessidade. Sugerir às puerperas que integrem-se ao grupo de mães existentes na comunidade.

- Atender dentro dos princípios de atenção primária todas as pessoas que procurarem o posto de saúde, sendo elas moradoras do bairro do Aeroporto ou de outros bairros periféricos. Este atendimento será feito através do (dados subjetivos, objetivos, avaliação e plano), procurando assim solucionar juntamente com o paciente o seu problema, estabelecendo-se uma relação sujeito/sujeito. Discutir com o paciente as causas de sua doença, a solução e precauções a serem tomadas. Dar ênfase ao uso de ervas medicinais e tratamentos caseiros.

- Fazer vigilância epidemiológica através de observações diárias da ficha de controle (anexo 9) e dos representantes de quadras, que deverão manter-nos informadas sobre quaisquer casos de doenças transmissíveis. Notificar ao SESP diariamente se necessário através de telefonemas ou visitas e oficialmente uma vez por semana por comunicação escrita.

- Reunir-se com as acadêmicas curriculares de serviço social semanalmente para avaliação dos trabalhos durante a semana.

- Participar das reuniões semanais entre acadêmicos, professores e direção do CAS.

- Participar das reuniões do Conselho Comunitário e de algumas reuniões dos grupos existentes na comunidade, para ficarmos a par de algumas discussões e das decisões importantes.

- Integrar ao nosso trabalho acadêmico de bioquímica e da medicina já que os mesmos exercerão influência direta em nossas atividades.

IV - CRONOGRAMA

SEMANAS	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª
PERÍODO	8/4-	15-	22-	29-	6-	13-	20-	27-	3-	10-	17-	24-	1/7	8-	15-	22-
OBJETIVOS	13	20	27	4/5	11	18	25	1/6	8	15	22	29	6	13	20	27
Elaboração do projeto	X	X	X													
Contato com lideranças do bairro, juntamente com Prof. orientador.	X	X	X													
Atualizar o mapa do bairro e localizar no mesmo as pessoas visitadas.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
* Reunião com os agentes de saúde.			X				X				X					X

Definir representação por quadras.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
Levantar e cadastrar as crianças menores de 1 ano e as gestantes.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Visitas domiciliares as crianças e gestantes cadastradas, se necessário.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Fazer acompanhamento pré-natal das gestantes cadastradas.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Fazer acompanhamento de crescimento e desenvolvimento das crianças cadastradas.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						

V - AVALIAÇÃO

A avaliação será diária, assim o grupo considerará que seus objetivos foram atingidos:

1 - Se for reativado o programa de representantes de quadras para a área de saúde inicialmente, com um representante por quadra.

2 - Se o mapa do bairro do Aeroporto for atualizado por quadras.

3 - Se forem feitas discussões com a comunidade antes de iniciar o trabalho.

4 - Se todas as gestantes e crianças menores de um ano residentes no bairro forem cadastradas.

5 - Se todas as gestantes que procurarem o posto de saúde da comunidade ou encaminhadas por visitas domiciliares forem atendidas.

6 - Se todas as crianças menores de um ano forem atendidas e avaliadas quanto ao crescimento e desenvolvimento.

7 - Se entrarmos em contato com as parteiras existentes no bairro, e as mesmas forem envolvidas no programa.

8 - Se for feita a reciclagem dos agentes de saúde antigos e formados novos agentes com nossa participação, para a continua-

VI - CONCLUSÃO

Procuramos apresentar aqui, uma prática social renovada metodologicamente, a qual implica numa prática desenvolvida junto com a comunidade, tendo em vista um dos seus interesses básicos que é a saúde.

Podemos afirmar que nenhuma metodologia aplicada mecanicamente como seqüência de procedimentos, normas e técnicas, trará os resultados esperados; caso não seja discutida, avaliada e dinamizada constantemente. Temos consciência que para conseguirmos alcançar nossos objetivos será necessário nos despir de muitos valores pré-concebidos, abrir, caminhar junto com essa gente.

Vemos nosso projeto como uma proposta aberta, que será modificada à medida que a comunidade, através das discussões, achar que deve ser alterada. Já que como cremos, não poderá ser em processo tranqüilo, e sem incidentes, o que é esperado é justamente o contrário. Esperamos também que essa proposta possa ser aplicada em outras comunidades e que permita continuidade aos próximos acadêmicos curriculares de enfermagem.

VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - MELO, J.A.C. de. Educação sanitária: uma visão crítica. Educação e sociedade. São Paulo, Cortez, [s.d.] p.29.
- 2 - GONÇALVES, O.L. & CASSIMIRO, M. do R. A extensão universitária. In: BERTONCINI, J.H. & NASCIMENTO, Nara Sandra do. Atenção primária de saúde: um instrumento de intervenção social - uma experiência. Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem, UFSC, 1983.
- 3 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. ALMA-ATA, URSS, 1978-Brasília, UNICEF, 1979.
- 4 - MENDONÇA, G. de F. Ação participativa: metodologia Educação e saúde. ENCONTRO DE EXPERIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE DA REGIÃO NORDESTE. Natal, 26 à 29 de abril de 1982. Anais... Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982. p.12.
- 5 - BARROS, S.M.P.F. de. Enfermagem social: seu objeto de trabalho. 14p. mimeo.

- 6 - VERDERESE, M. de L. As novas dimensões da função do enfermeiro em atenção primária, pp.5-6. mimeo.
- 7 - JARA, O. Educación Popular: la dimensión educativa de la acción política. In: EDUCAÇÃO E SOCIEDADE, 8, Revista Quadrimestral de Ciências da Educação. São Paulo, Cortez, Jan. 81, p.14.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - BERTONCINI, J.H. & NASCIMENTO, Nara Sandra do. Atenção primária de saúde: um instrumento de intervenção social - uma experiência. Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem, UFSC, 1983.
- 2 - BRAGA, J.C. de S. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981.
- 3 - GEANEZINI, C.S. et alii. Proposta de atenção à saúde materno-infantil na comunidade do bairro Costeira do Pirajubaé. Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem, UFSC, [1982].
- 4 - GRANT, J.P. Situação mundial da infância. 1985. Relatório do diretor executivo do Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF.
- 5 - MAIA, L.C. et alii. Bairro do Aeroporto: uma prática comunitária. Trabalho de conclusão do curso de Serviço Social, 1983.

- 6 - MELO, J.A.C. de. A prática da saúde e a educação. In: SAÚDE EM DEBATE, 01, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Campinas, 1976. p.13.
- 7 - SOARES, E. et alii. Relatório da proposta de metodologia dialética para trabalho comunitário desenvolvido no Bairro do Aeroporto. Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem, UFSC, 1983.

A N E X O S

A N E X O 1

MAPA DO BAIRRO

GRANJA
32
33

BEC
Área Reservada a
UNIÃO

Avenida Palhão

28
29
17
18
19
20
21
22
23
24
30

Avenida Tupatubândia

48
46
44
8
9
10
11
12
13
14
15
16
25
26
27
34
35
36
37

Av. Marçal

49
47
45
6
7
12
13
14
15
16
20
21
22
23
24
25
26
27
34
35
36
37

Avenida São Nicolau

50
47
45
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
20
21
22
23
24
25
26
27
34
35
36
37

Passarinhão

Av. Muiçungaba

43
42
15
16

Escola Nova

Av. Frei Vicente

Av. Marapu

A N E X O 2

MATERIAL DE ROTINA DISPONÍVEL NO POSTO

RELAÇÃO DO MATERIAL DISPONÍVEL NO AMBULATÓRIO

I - Material permanente

- Fita métrica (1)
- Estetoscópio de pinard (2)
- Pelvímetro (1)
- Estetoscópio (5)
- Esfigmomanômetro (4)
- Termômetro (1)
- Balanças adulto e criança (3, sendo uma estragada)
- Martelo para exame neurológico (1)
- Espéculos
- Pinças
- Tesoura (1)
- Cuba rim (2)
- Cuba redonda (2)
- Balde de inóx (1)
- Lâmpada tripé (1)
- Suporte para retirada de sangue (1)
- Geladeira
- Estufa
- Lixeiros
- Maca
- Bibliografia
- Arquivo
- Caixas de pequena cirurgia
- Armário
- Tambores (3)
- Filtro
- Bandeja (1)
- Mesas, cadeiras, bancos
- Lençóis

II - Material de consumo

- Luvas
- Esparadrapo
- Ataduras de algodão
- Álcool
- Algodão
- Tiomersal
- Água oxigenada
- Soro fisiológico
- Jucá (erva medicinal cicatrizante)
- Agulhas para injeção
- Agulhas para sutura
- Seringas
- Fios para sutura
- Papel e fita para empacotamento de material
- Remédios cedidos pelo CEME

III - Material administrativo

- Ficha individual
- Ficha epidemiológica
- Receituário
- Bloco para requisição de exames laboratoriais
- Lista de medicamentos para controle de saída dos mesmos.

A N E X O 3

PROPOSTA METODOLÓGICA

PROPOSTA METODOLÓGICA PARA TRABALHO COMUNITÁRIO NOS PROJETOS DE
BAIRROS PERIFÉRICOS DE SANTARÉM.

A formulação de uma proposta metodológica exige a concepção de um conjunto de pressupostos teóricos como parâmetro mínimo para subsidiar uma prática educativa de natureza participativa. Nesta proposta torna-se necessário a abordagem de alguns aspectos fundamentais tais como: Concepção de Sociedade, de comunidade, seus objetivos, objeto e seu método.

Concebe-se sociedade como um conjunto de processos, como algo dinâmico, e em construção: como espaço onde se situam as relações sociais, onde existem interesses divergentes, contradições e conflitos que fazem parte essencial de seu processo; como fruto de uma construção coletiva, como processo inacabado, onde os homens são sujeitos e construtores da história. Entende-se comunidade como o espaço onde se estabelecem as relações sociais.

É uma construção humana, resultante de uma decisão pessoal e coletiva e acontece num determinado tempo e espaço históricos. "Lugar onde as pessoas, são sujeitos, autores responsáveis, não só pelo modelo sócio-econômico, mas principalmente pelo político-humano. Os conflitos são assumidos, vividos, elaborados e a síntese deste processo cria o novo, a transformação."

Entende-se por objeto do conhecimento, a realidade objetiva, isto é tudo que tem existência independente da consciência, algo dinâmico e inacabado. Conjunto de processos em constante movimento impulsionado por um conjunto de práticas e de relações sociais que determinam a essência dos fundamentos materiais e sociais. Trata-se de uma realidade em processo de construção e transformação.

Entende-se por sujeito a consciência dos homens, consciência que emana como fruto dessa realidade objetiva como decorrên-

cia de seus processos, movimentos e práticas. Sujeito (consciência) que, assim como a realidade é algo dinâmico em processo, reflete a realidade da qual se insere e com a qual mantém uma série de relações.

A delimitação dos objetivos é o resultado de uma interpretação da realidade e da constatação da necessidade de transformação.

Na definição dos objetivos é necessário considerar a intencionalidade da ação profissional, ou seja, aqueles aspectos ligados ao sujeito (perspectiva de mundo, sua visão, valores, interesses) que para serem objetivos com a realidade devem significar um assumir a realidade atual e sua perspectiva de transformação. Podemos considerar os objetivos meios da ação: conscientização, organização e capacitação.

Para a definição desses objetivos tomamos como referencial a concepção de Leila Lima Santos, entendendo que:

Conscientização é o processo através do qual as pessoas elevam seu nível de consciência de forma a permitir: a compreensão da situação concreta na qual se encontram, análise das condições reais e atuais de sua existência; a expressão de seus verdadeiros interesses e a criação de formas de ação para concretização desses interesses.

Organização - é entendida como processo de coordenação sistemática dos interesses da população visando alcançar metas específicas.

Capacitação - é entendida como processo através do qual a população se instrumentaliza para atuar concretamente.

Concebe-se o método como instrumento do conhecimento e transformação do objeto conhecido. É um caminho orientador na busca do conhecer e transformar. Um procedimento metodológico implica numa reflexão da ação. Essa relação pressupõe que os sujeitos do pro-

cessoensem agindo e ajampensando. Nesse pensar-agir, a ação educativa é uma constante. O conhecimento não se apresenta só como descrição pura da realidade, mas como uma fórmula de explicá-la e analisá-la. O conhecimento e análise da realidade implica no estudo de alternativas, de soluções para os problemas concretos existentes. As ações concretas, por sua vez são refletidas, analisadas, reestudadas e aprofundadas em termos de correlação com outras ações necessárias, situadas no tempo e localizadas no espaço. Dessa forma o método compreende os seguintes momentos.

1 - Processo de Conhecimento

O processo de conhecimento ocorre a partir de uma convivência interativa com a comunidade. Fundamenta-se basicamente no conhecimento uma vez que é uma abordagem técnica da realidade. Esse processo de apreensão da realidade não é automático, mas ocorre em constante contato com ela. É resultado do processo de abordagem e percepção do mundo objetivo.

A percepção da realidade ocorre inicialmente em seus aspectos externos e sensíveis, sendo que este conhecimento é ampliado, à medida que se amplia o contato com a mesma. Desta forma o processo de aproximações sucessivas, oportunizará o conhecimento dos aspectos internos possibilitando a compreensão da realidade como um todo. As primeiras percepções, portanto, captam os aspectos físicos e históricos da realidade. O conhecimento de tais aspectos fornecerá elementos para compreender as relações que se estabelecem entre as pessoas na comunidade. Este momento possibilitará a identificação de pessoas, lideranças e grupos representativos da área de atuação. Este conhecimento da realidade crescerá gradativamente na medida que os contatos individuais são ampliados e aprofundados. Esta compreensão inicial da realidade deverá extrapolar através da ação grupal, onde a participação da população aumenta, e neste sentido ocorrerá uma troca de informações sobre os aspectos da vida cotidiana e discutidos em grupos. Este momento

deverá desencadear um processo de reflexão sobre a realidade.

2 - Momento de Problematização

Neste momento procede-se à reflexão sobre o conhecimento produzido pelo grupo. Este conhecimento será objeto de questionamento e análise crítica, reelaboração a partir da relação e do conforto com a realidade mais ampla. A análise da realidade deve partir dos problemas reais sentidos pela população. Esse processo de reflexão será desencadeado a partir da organização existente. Esta discussão será permeada pelo saber do profissional e pelo saber da população. Procurar-se-á neste momento revelar os fenômenos, processos e relações existentes no contexto da realidade. A partir deste momento de análise e reflexão poderão ser estabelecidas as alternativas de ação a serem desencadeadas na realidade. Esta etapa deverá proporcionar um situar-se frente a realidade, à problemática, conhecendo seus recursos e assumindo responsabilidades. Deverá visar a transformação de situações concretas apresentadas pela comunidade.

3 - Ação Organizada

Retoma-se os momentos do conhecimento e da problematização, para, a partir das conclusões da população desencadear o processo de ação organizada. O momento de ação organizada implica na reflexão e no conhecimento do que fazer? Por que fazer? Para que fazer? Como fazer? Quando? Com que recursos? Definindo atribuições e responsabilidades.

4 - Síntese Reflexiva

Este momento constitui-se numa etapa síntese, onde realizar-se-á uma revisão teórico-prática sobre o trabalho. Neste processo alguns elementos serão considerados essenciais: a teoria, o objeto, os objetivos, a realidade concreta de atuação e o proce-

dimento utilizado. Procurar-se-á sistematizar os diversos dados e conhecimentos obtidos através do processo prático global. Deverá possibilitar uma revisão de todo o processo indicando dificuldades emergentes da prática, da teoria e do método, propondo as reestruturações necessárias a cada um desses elementos para serem observados em práticas posteriores.

Instrumentação

A presente proposta será viabilizada através de dois momentos:

1) Operacionalização consistindo em:

- entrevistas
- reuniões com a população
- reuniões de equipe
- reuniões de supervisão
- visitas domiciliares

2) Apresentação consistindo em:

- Relatórios da prática que evidenciem a operacionalização da proposta descrevendo as ações desenvolvidas com a população.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - MINISTÉRIO DO INTERIOR. Fundação Projeto Rondon. Documento Básico do Programa de Ação Comunitária do Projeto Rondon. Florianópolis, 1982.
- 2 - SANTOS, Leila Lima. Textos de Serviço Social. Cortez, São Paulo, 1982.
- 3 - DIAS, Maria Ester B. A Dialética do Cotidiano. Cortez, São Paulo, 1984.
- 4 - GIACOMINI, Maria Rita et alii. Trabalho Social em Favela: o método da convivência. Cortez, São Paulo, 1983.

- 5 - BOFF, Clodovis. Como trabalhar com o povo. Vozes, Petrópolis, 1984.
- 6 - JARA, Oscar. Educación Popular: La Dimención Educativa de la Acción Política. In: Educação e Sociedade (10/ , Cortez, São Paulo, 1981.

A N E X O 4

AVISO

A V I S O

Nome

Quadra

Rua nº ...

Motivo do aviso

.....

Representante

A N E X O 5

FORMULÁRIO PARA CADASTRAMENTO DE GESTANTES
E CRIANÇAS MENORES DE UM ANO.

CADASTRO DE GESTANTES E CRIANÇAS MENORES DE UM ANO DE IDADE - BAIRRO AEROPORTO VELHO.

Nº DA QUADRA:

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

GESTANTE OU MÃE:

NOME:

DUM:

DPP:

LOCAL QUE FAZ ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL:

Nº DE FILHOS:

OBSERVAÇÕES:

CRIANÇA:

NOME:

SEXO:

DATA DE NASCIMENTO:

LOCAL QUE FAZ ACOMPANHAMENTO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO:

OBSERVAÇÕES:

A N E X O 6

ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE GESTANTE

ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE GESTANTES

I - Subjetivo

É tudo aquilo que o paciente refere. Consta de:

- Queixa principal
- Antecedentes mórbitos pessoais e familiares
- Antecedentes fisiológicos e ginecológicos:
 - . Menarca
 - . Ciclo menstrual (regularidade, cólicas, duração)
 - . Início da atividade sexual
 - . Leucorréia (cor, odor, aspecto, quantidade, prurido, dispareunia)
 - . Exame citopatológico (data)
 - . Exame de mamas
 - . Anticoncepção (método, tempo de uso, interrupções, efeitos colaterais)
 - . Vacinação antitetânica (data)
- Antecedentes obstétricos
 - . DUM (Data da Última Menstruação)
 - . DPP (Data Provável do Parto)
 - . Gesta (número, condições da gestação, duração)
 - . Para (número, à termo, precoce, nativivo, natimorto)
 - . Tipo de parto (domiciliar, normal, fórceps, cesariana, estado do períneo)
 - . Antecedentes anestésicos
 - . Abortos (número, provocados ou espontâneos)
- Gestação atual
 - . Alimentação
 - . Sinais e sintomas (enjôo, astenia, eliminações)
 - . Estado emocional (relação com marido, filhos, gestação e trabalho)

II - Objetivo

São todas as observações clínicas (exame físico e laboratoriais). Consta de inspeção, palpação e ausculta. Segue a seguinte ordem:

- Altura e peso {
 - 1º trimestre: 150 gramas por semana
 - 2º trimestre: 350 gramas por semana
 - 3º trimestre: 250 gramas por semana
- Sinais Vitais
- Faces (cloasma, edema)
- Mucosas (cor, hidratação)
- Cavidade oral (dentes, gengivas)
- Pescoço (tireóide, gânglios)
- Mamas (gânglios, presença de colostro, rede de haller, mamilos, pigmentação)
- MMSS (integridade, simetria, edema)
- Abdômem
 - Integridade
 - Linha alba (pigmentação)
 - Estrias, hérnias
 - Circunferência abdominal
 - AFU (Altura do Fundo de Útero)
 - Manobras de Leopold Zweifell (situação, apresentação e posição fetal)
 - BCF (Batimentos Cárdio Fetais)
- MMII (varizes, integridade, estrias, simetria, edema)
- Estado nutricional e de higiene corporal
- Pelvimetria
- Exames complementares
 - Sangue (hemograma completo, tipagem, VDRL)
 - Urina (egu)
 - Fezes (parasitológico)
- Obs.: Encaminhar para vacinação antitetânica a partir do 6º mês.

III - Avaliação

Consta da explicação sintética dos dados subjetivos e objetivos, da opinião do profissional sobre o problema, da avaliação da conduta adotada e das razões para manter, modificar ou abandonar a conduta.

IV - Plano

É a conduta adotada (tratamento, orientações, encaminhamentos, etc...).

A N E X O 7

ROTEIRO PARA ATENDIMENTO DE CRIANÇAS

ROTEIRO PARA ATENDIMENTO À CRIANÇA MENOS DE UM ANO

I - Subjetivo

É tudo aquilo que a mãe da criança refere. Consta de:

- Queixa principal
- Antecedentes pessoais:
 - gestacionais
 - natais (na hora do parto)
 - DNPM
 - alimentares
 - imunizações
- Antecedentes patológicos

II - Objetivo

São todas as observações clínicas. Consta de inspeção, palpação e ausculta. Ainda incluem-se os exames laboratoriais complementares. Segue a seguinte ordem:

- | | | | |
|---------------------------------|---|---------------------------|----------|
| - Altura e peso | { | 1º quadrimestre 750 g/mês | 3 cm/mês |
| | | 2º quadrimestre 500 g/mês | 2 cm/mês |
| | | 3º quadrimestre 250 g/mês | 1 cm/mês |
| + ESTATURA E PESO DO NASCIMENTO | | | |

- Frequência cardíaca
- Frequência respiratória
- Temperatura
- Perímetro cefálico
- Perímetro torácico
- Perímetro abdominal
- Pele (elasticidade, integridade, coloração, umidade)
- Mucosas (coloração, integridade, umidade)
- Tecido celular subcutâneo
- Turgor
- Musculatura
- Esqueleto

- Fâneros
- Gânglios
- Cabeça: . crânio
 - . superfície
 - . fontanelas (bregmática e lambdóide)
 - . orelhas (implantação)
- Face (integridade, olhos, nariz)
- Oroscopia: . dentes
 - . gengiva
 - . amígdalas
 - . orofaringe
- Pescoço: . jugular
 - . tireóide
 - . gânglios
- Tórax: . inspeção (tiragens, retrações, abaulamentos, integridade)
 - . palpação (frênitos, expansibilidade, frênito tóraco vocal)
 - . ausculta pulmonar (murmúrio secisular, ruídos adventícios)
 - . ausculta cardíaca (bulhas, sopro)
- Abdômem: . inspeção (retrações, abaulamento, integridade)
 - . palpação (visceromegalia, hérnias)
 - . ausculta (ruídos hidro aéreos)
- Paríneo: . masculino (testículos, fimose, hérnias)
 - . feminino (grandes e pequenos lábios, integridade, secreção)
- Membros (simetria, integridade, edema)
- SNC: . desenvolvimento motor conforme idade
 - 1º TRIMESTRE: - fixação do olhar
 - sorriso social
 - jogo das mãos

2º TRIMESTRE: - sustentação da cabeça
- reviramento do tônico (6º mês)

3º TRIMESTRE: - senta sozinho
- pinça inferior
- anda com auxílio
- engatinha no 10º mês

4º TRIMESTRE: - anda sozinho
- pinça superior

III - Avaliação

Consta da explicação sintética dos dados subjetivos e objetivos, da opinião do profissional sobre o problema (quando existente), da avaliação da conduta tomada e das razões para manter, modificar ou abandonar a conduta.

IV - Plano

Conduta adotada (tratamento terapêutico, orientações, encaminhamento, etc...).

A N E X O 8

ROTINA PARA DESINFECÇÃO E LIMPEZA DO POSTO DE SAÚDE

ROTINA PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO POSTO

Material:

- pano de chão
- álcool
- vassoura de pelo e de aço
- sabão em pó e/ou em barra
- balde
- sapólio
- água sanitária
- desinfetante e desodorizante (Tok, Pinho, Salsar...)
- solução desinfetante a 3% (duo cide)

Método:

1. Consultórios, Recepção e Sala de reunião*

- passar vassoura nas paredes, começando de cima para baixo
- limpar as janelas, parapeitos e portas com água e sabão em pó
- retirar os móveis de dentro da sala
- limpar mesas, cadeiras, prateleiras e bancos com pano em água e sabão
- varrer o chão**
- esfregar o chão com vassoura de aço usando água com desinfetante e desodorizante

* A limpeza completa deverá ser realizada 1 vez por mês

** Deve ser feito diariamente.

2. Sala de Curativo*

- passar vassoura nas paredes e no teto começando de cima para baixo
- limpar as portas com água e sabão
- retirar os móveis da sala
- limpar mesas e bancos com um pano úmido em água e sabão
- varrer o chão**

- limpar as janelas, bandejas, geladeira com um pano úmido no álcool
- esfregar o chão com vassoura de aço usando água com desinfetante e desodorizante***
- secar o chão com pano limpo e seco

* A limpeza será completa 1 vez por mês

** Deverá ser feito diariamente

*** Deverá ser feito todas as sextas-feiras.

Obs.: Todas as sextas-feiras a pia deverá ser fechada para que se coloque água com solução desinfetante e desodorizante. Esta deverá permanecer assim até na segunda-feira.

3. Banheiro*

- esfregar os azulejos com água e sabão
- esfregar o chão com escova de aço usando água e desinfetante e desodorizante
- usar água sanitária para limpar o bacio
- lavar as janelas com um pano úmido em álcool.

* A limpeza será realizada semanalmente.

Obs.: Quanto a desinfecção concorrente:

Esta se dará em casos de contaminação do ambiente, como por exemplo uma drenagem de abscesso.

- esfregar o chão com água com auxílio da vassoura de aço
- lavar as paredes, portas e janelas com água e sabão
- secar com pano seco e limpo
- passar solução desinfetante (duocide) no chão, paredes, portas, bancos e cadeiras
- lacrar a sala e fechar o Posto.

Preparo da solução desinfetante:

- 3 ml. de Duo Cide
- 97 ml de água

A N E X O 9

FICHA DE CONTROLE EPIDEMIOLÓGICO DO POSTO DE SAÚDE

