

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

N.Cham. TCC UFSC ENF 0027
Autor: Rojas, Deise Beatr
Título: Proposta de atenção à saúde, en
972522410 Ac. 239580
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM



CCSM
TCC
UFSC
ENF
0027
Ex.1

"PROPOSTA DE ATENÇÃO À SAÚDE - ENFERMAGEM COMUNITÁRIA - uma
Experiência

Deise Beatriz Rojas
Kátia Andréa Bianchini
Maristela Égide Santini

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - ENSINO INTEGRADO
VIIIa. UNIDADE CURRICULAR - INT 1108
ORIENTADOR: PROFº ANTONIO DE MIRANDA WOSNI
ORIENTADOR: PROFa. ELIANA MARILIA FARIA
SUPERVISOR: ENFa. VERA LÚCIA CIVINSKI

FLORIANÓPOLIS
MARÇO - 1987

"Nosso futuro sistema de saú
de, bem como a ordem social da
qual o mesmo fará parte, depende
principalmente da práxis pela
qual optamos agora".

H. WAITZKIN

AGRADECIMENTOS

Aos funcionários do CAVAM e da Prefeitura Municipal de Praia Grande, aos colegas dos Cursos de Pedagogia, Serviço Social, Técnico Agrícola e Odontologia, aos orientadores e supervisora e outras pessoas que, de alguma maneira, colaboraram em favor do desempenho deste trabalho, pela dedicação e carinho que nos dispensaram lhes seremos gratas.

SUMÁRIO

	PÁG.
I - INTRODUÇÃO	01
II - OBJETIVOS	24
2.1 - Objetivos Gerais	24
2.2 - Objetivos Específicos	24
III - MÉTODO	27
IV - AVALIAÇÃO	31
V - MATERIAL	33
VI - CRONOGRAMA	37
VII - CONCLUSÃO	38
VIII - BIBLIOGRAFIA	40
ANEXOS	

I - INTRODUÇÃO

"A saúde de uma população é o resultado do conjunto de condições em que esta população vive"¹.

Entendemos que o conjunto de condições da atual população brasileira está determinado pelo sistema político-econômico-sócio-cultural vigente no país, o qual gera uma infinidade de determinantes de saúde. Em face disto, tentaremos abordar alguns aspectos que estão relacionados direta ou indiretamente com a saúde do povo brasileiro, comprometendo-a. Procuraremos incluir a prática do ensino da enfermagem dentro deste contexto pois acreditamos que ela é parte integrante deste processo. MARX. descreve: "Para que o sistema capitalista viesse ao mundo foi preciso que ao menos em parte os meios de produção já tivessem sido arrancados sem discussão aos produtores que os empregavam para realizar o seu próprio trabalho; que esses meios de produção se encontrassem nas mãos dos produtores comerciantes e que estes os empregassem para especular o trabalho dos outros"².

O sistema capitalista é determinado por 2 grupos distintos, burgueses e proletariados. A classe burguesa surgiu no fim do feudalismo europeu e dela, faziam parte comer

cientes e pequenos industriais que passaram a dominar, pois eram proprietários dos meios de produção. Ao proletariado, que na antiga Roma, eram aqueles que não possuíam nada, a não ser seus próprios filhos, restou a força de trabalho. Com o início do capitalismo, estes saíam de seus feudos em direção à cidade. Iniciou-se então o êxodo rural. Proletariados partindo em direção à cidade para vender sua força de trabalho à burguesia em troca de um salário. "Os trabalhadores concordam formalmente com este livre contrato de trabalho. Qual é o jeito? Eles não possuem os meios de produção, estão livres deles. Também não estão amarrados por obrigação a nenhum senhor ou terra, isto é, são formalmente livres e livres para vender sua força de trabalho, ou então se não quiserem assim fazer, livres para morrer de fome"³.

Como o objetivo primordial do capitalismo é o lucro, os donos dos meios de produção, visam extrair mais-valia dos trabalhadores ou seja, exploração da força de trabalho dos mesmos.

"Um jeito de aumentar a exploração é rebaixar os salários reais aumentando a jornada e o ritmo de trabalho dos trabalhadores"³.

Fazendo com que o dono do capital aumente mais sua renda investindo-a para novamente explorar a força de trabalho. Em consequência disto, provêm as chamadas doenças profissionais entre outras "o paciente é tratado como meio de produção que deve estar pronto, apto a produzir"¹.

"É difícil concordar com os autores que identificam, em termos absolutos, "momento produtivo" como momento de

desgaste, por ser o que o trabalhador dispense no local de trabalho; e "momento reprodutivo" como momento de recuperação, unicamente porque o trabalhador se encontra fora de sua atividade laboral. Como aceitar, por exemplo, que é de recuperação o tempo gasto nos transportes cheios e desconfortáveis, ou por exemplo, quando chega em casa e não pode atender as demandas mínimas feitas pelos familiares? Por outro lado, as empresas multinacionais geralmente fornecem transporte, refeições e lazer a preços módicos ou grátis. E, se é verdade que por trás desta oferta existem interesses de controle e de produtividade, não é menos verdade que o desgaste físico não ocorre naqueles momentos, no local de trabalho"¹.

Tendo em vista a afirmação anterior, quando o trabalhador é vítima de algum acidente ou de doença profissional, esta é vista como um defeito e considerada doença cujo único tratamento são os remédios.

As evidências são claras: de ter uma classe dominante no poder e a outra subordinada a ela passando por condições precárias de vida. Essa precariedade é consequência do próprio sistema que dificulta o cumprimento da Lei maior para a classe menos privilegiada devido ao fato da constituição estar atrelada ao poder. Um exemplo afirmativo do que acabamos de descrever é: "... A constituição brasileira, vigente, tratando do salário mínimo, diz que ele deve dar ao trabalhador e sua família viverem (a CLT porém fala apenas do sustento do trabalhador, não acrescentando o de sua família)"³.

Outra questão que gostaríamos de abordar é a ques

tão dos sem terras, devido ao fato de estar diretamente relacionado com a comunidade em que iremos atuar. A maioria dos grandes latifúndios são compostos por terras "improdutivas", deixando o país sem uma reforma agrária a altura da população rural brasileira. Vejamos: "Se no Brasil fosse desapropriado um Latifúndio em cada estado, com exceção AM., PA., AP. que seria a colonização, teria-se um total de 21 latifúndios de 4.895.000 hectares. Distribuindo-se em lotes médios de 15 hectares, daria para assentar 326.00 famílias de trabalhadores em terra"⁵. Em uma escala menor existem os latifúndios do qual o governo investe na monocultura exclusivamente para exportação. Concomitante a isso, o governo compra dos pequenos produtores principalmente para exportar, deixando em segundo plano o abastecimento do mercado interno, levando o país a importar os mesmos produtos que exportou, dificultando ao povo brasileiro a aquisição dos mesmos devido aos altos índices de inflação.

Com o "super avit" obtido pelas negociações do Brasil com outros países, o Brasil paga os juros da dívida externa, importa matéria-prima para suprir as multinacionais e tecnologia das mais variadas formas. Não podemos esquecer dos faraônicos equipamentos que a medicina utiliza para atender a burguesia e por outro lado o desinteresse total da previdência social em relação a maioria da população. Este é o atual quadro de saúde do Brasil e sua política é um reflexo do seu processo histórico. "As grandes greves levaram as reivindicações operárias até os patrões e o governo. Delas surgiu o embrião da previdência social, inicialmente através das caixas de aposentadoria e pensões dos em

pregados.... estes juntamente com os empregadores e o governo deveriam sustentar a economia do sistema previdenciário. Os empregados pagavam, obrigatoriamente. Os empregadores atrasavam. E o governo ficava devendo. A arrecadação era, pois, deficiente para todos os gastos com saúde e com auxílios.

Foram propostas duas alternativas para assistência previdenciária: uma pregava a reorganização e a estatização cada vez maior dos serviços de saúde e sua melhora através da fiscalização direta do povo, de forma participativa. A outra pregava a privatização da medicina, colocando toda a assistência nas mãos das empresas particulares. A segunda foi a mais forte. Os generais presidentes intervieram nos institutos de aposentadoria e pensão, adotando um modelo tecnocrático incompatível com a participação popular. Atualizaram a estrutura administrativa da presidência, unificando-a no INPS e mais tarde no INAMPS"⁴.

"A primeira metade da década de 70 representou, no âmbito da previdência social a consolidação do projeto autoritário que teve início em 64. O governo passava a adotar na área da previdência social a ideologia de modernização administrativa das instituições estatais. Acreditava-se que o bom andamento do serviço público seria conseguido a partir de decisões aparentemente neutras e técnicas"¹.

A concentração de renda e da desvalorização do salário real, o índice de desemprego subindo assustadoramente, o aumento da desnutrição e da mortalidade infantil, caracterizavam a grande crise econômica-social que o Brasil enfrentava. Surgiu então uma resposta do Estado frente a esta si

tuação. Criaram-se o Conselho de Desenvolvimento Social e o Ministério da Previdência e Assistência Social, na tentativa de reordenar o campo social e corrigir as distorções do modelo econômico.

Em 1975 criou-se o Sistema Nacional de Saúde através da lei 6.229. Esta lei definiu atribuições às instituições de saúde, bem como as áreas de competência dos ministérios e órgãos federais, estaduais e municipais; porém não estabeleceu mecanismos efetivos de integração entre as diversas instituições, isto é, a assistência médica da previdência social e as ações de saúde pública continuaram desintegradas e conflitantes. O que vem a confirmar esta fato, é que ao Ministério da Saúde cabe ações de saúde coletiva, ou seja, ações de defesa e proteção da saúde da população que são administradas pelas secretarias de saúde e ao Ministério da Previdência e Assistência Social, cabe as ações de saúde individual, ou seja, o ministério é responsável pela assistência prestada aos previdenciários cuja administração é realizada pelo INAMPS.

É evidente que este sistema de saúde beneficia uma minoria da população, deixando a maioria sem condições de atendimento adequado, pois trata-se de um modelo privatizante e elitista, aliás, o que não poderia deixar de ser em se tratando de sistema econômico capitalista. Beneficia sim os interesses do governo, das empresas de serviços de saúde, da medicina de grupo e das multinacionais de equipamentos médicos e de medicamentos, deixando intactos os interesses da maioria da população. A privatização transforma o serviço de saúde em empresas lucrativas, passando a prevenção pa

ra um 2º plano, dando maior importância às especialidades médicas, aos hospitais de alta tecnologia e consequente sofisticação de tratamentos.

"Em 1980, surge o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), tendo como objetivo estender a cobertura por serviços básicos a pelo menos 90% da população brasileira"¹. Este implicava na implantação de uma rede básica de unidades de saúde as populações dos pequenos centros urbanos e da periferia das grandes cidades, melhoria habitacional, alimentação e nutrição mais adequada, saneamento básico, informação e vigilância epidemiológica, a utilização mais coerente dos recursos humanos auxiliares e a simplificação de equipamentos e materiais. "Este anteprojeto foi mutilado em sua proposta. As barreiras ao anteprojeto surgiram da burocracia do INAMPS, da Federação Brasileira de Hospitais, da Associação Médica Brasileira e da Associação Brasileira de Medicina de Grupo"¹.

Como era de se esperar o PREV-SAÚDE não foi implantado e foi denunciado como estatizador dos serviços de saúde, não passando de uma proposta de intensões do Estado, inconveniente para o governo frente aos interesses privados que poderia contrariar.

O governo, mais uma vez investe em "Reformas Reformistas" na tentativa de diminuir as tensões sociais através da prestação de serviços. Surge assim em 1982 o CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária, que objetiva a melhoria do quadro orçamentário da instituição, adequando recursos às necessidades e prevendo gastos e melhoria da qualidade da assistência à população. Este

plano tem como diretrizes básicas a regionalização, descentralização e hierarquização dos serviços de saúde. O plano surge como resposta econômica e administrativa à crise da previdência/setor saúde e ainda responde as reivindicações dos trabalhadores rurais quanto a extensão dos serviços de saúde à zona rural.

No nosso entendimento, essa extensão apenas irá aumentar o controle social e político do sistema dominante, além da indústria de equipamento e medicamentos nestas regiões.

O CONASP coloca que "é preciso que se entenda o setor saúde como área social e, como tal, orientado a satisfação das necessidades de toda a população, cumprindo inclusive um papel significativo como fator de redistribuição indireta de renda". Este plano propõe como estratégia geral a imediata vigência do "convênio tri-lateral" - Ministério da Saúde, M.P.A.S. e Secretaria Estadual de Saúde.

É a partir do CONASP que teve origem o Plano Integrado de Ações de Saúde (PAIS), hoje AIS - Ações Integradas de Saúde. A secretaria do Ministério da Saúde elaborou um documento interno com o objetivo de clarear este novo significado de AIS que "constituem a estratégia de integração programática entre as instituições de saúde públicas federais, estaduais e municipais e demais serviços de saúde, a nível de Unidade Federada, com vistas ao desenvolvimento dos sistemas estaduais de saúde, em consonância com a política nacional de saúde tendo como principal motivação a melhoria da atenção a saúde da população, para a partir daí, estabelecer linhas de adaptação, sejam estruturais, sejam progra

máticas do Ministério da Saúde, a essa estratégia de reorganização do Sistema Nacional de Saúde.

Participa, das AIS. a nível federal o M.S., M.P.A.S, M.E.C (Ministério da Educação e Cultura) e a nível de unidade federada, os governos estaduais, prefeituras municipais, instituições de ensino superior estaduais e municipais"⁶.

A estrutura funcional das AIS constituem as instâncias de planejamento, gestão e acompanhamento das AIS:

- CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação: é o órgão responsável pela atuação integrada e efetiva das instituições federais nas AIS.

- CIS - Comissões Interinstitucionais de Saúde: é responsável pela coordenação e gestão das AIS em cada unidade federada.

- CRIS - Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde: é o órgão responsável pelo planejamento integrado e coordenação das AIS à nível de cada região de saúde das unidades federadas.

- CLIS - CIMS - Comissões Sociais ou Municipais Interinstitucionais de Saúde: é o órgão responsável pelo planejamento e gestão das AIS, correspondendo a municípios ou conjunto destes, de acordo com critérios geográficos, demográficos, funcionais e políticos a serem propostos pela CIS correspondente.

Mesmo com a definição dos órgãos oficiais que participam desta nova proposta das AIS, em momento algum fica nitidamente estabelecido que a saúde é um dever do Estado e direito do povo, passando então de um direito do povo para um "dever da sociedade".

A criação do PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento), a frustrada promessa do PREVENSAÚDE até chegar ao programa das AIS (Ações Integradas de Saúde), passando pelo plano CONASP, vieram à tona na tentativa de buscar uma alternativa para opções de governo até então implementadas. "Esta retrospectiva justifica-se, pois mostra que as idéias que se debatem não são fruto do momento atual nem muito menos da conjuntura em que vivemos. Muito pelo contrário, tem história e sedimentam-se numa longa trajetória política"⁷. Este processo teve como ponto culminante a 8a. Conferência Nacional de Saúde (CNS), cuja finalidade era de obter subsídios visando contribuir para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e proporcionar elementos para debate na futura Constituinte. Ao contrário das Conferências anteriores, vários documentos foram apresentados para que servissem de subsídio e trouxessem informações à discussão. Propostas e resultados de discussões do tema proposto foram trazidas tanto pelos técnicos e intelectuais que atuam em saúde como pelas instituições e organizações da sociedade civil. Os relatórios das pré-conferências estaduais também foram apresentados para servir de subsídio à discussão.

"O relatório final da 8a. C.N.S. traduziu, de forma bastante satisfatória, as conclusões predominantes na quase totalidade dos grupos de trabalho e foram aprovadas por expressiva votação na plenária final"⁷.

"De acordo com o relatório final, o principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, es

tadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor. As AIS deverão ser reformuladas de imediato possibilitando o amplo e eficaz controle da sociedade organizada em suas atuais instâncias de coordenação (CIS, CRIS, CLIS e/ou CIMS). Em nenhum momento a existência das AIS deverá ser utilizada como justificativa para protelar a implantação do Sistema Único de Saúde"⁸. Neste relatório estão incluídas também a caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo e só a ela é caracterizada como um dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais. Outro fator importante é a garantia da extensão do direito e acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional e a caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais.

Entendemos que o único caminho viável seria a Constituinte aprovar o que já foi definido pela 8a. Conferência Nacional de Saúde, assegurando a reformulação do SNS em Sistema Único de Saúde. Porém acreditamos que esta está muito longe de se tornar realidade, não só as questões referentes a saúde como também Reforma Agrária, Educação, Direitos da Mulher, Código Civil e Penal entre outros, partindo do princípio que a grande maioria dos constituintes defendem o sistema e adotam medidas que apenas diminuem o descontentamento por algum tempo, deixando intactos os determinantes do sistema.

A enfermagem considerada "moderna" surge juntamente com a ascensão capitalista e no mesmo cenário da Revolução

Industrial. Ela nasceu dividida em dois extratos sociais distintos. "As "ladies" cabia o pensar, concretizado nos postos de comando: às "nurses" o fazer sob a direção das primeiras"². As "ladies" eram provenientes da classe alta e eram formadas para exercerem as funções de ensino e supervisão. O cuidado direto ao paciente eram realizadas pelas "nurses", que obviamente pertenciam a classes sociais mais baixas. Fica assim caracterizada a dicotomia entre o pensar e o fazer dentro da enfermagem. Em relação a esta questão percebe-se que a enfermagem não evoluiu em seu processo histórico, pois a dicotomia pensar/fazer continua existindo até hoje, sendo bastante evidenciado esta prática dentro dos hospitais, onde as enfermeiras cabe o cargo de chefia e aos atendentes, auxiliares e técnicos cabe a prática de um trabalho manual assistencial. Esta relação de poder é própria da sociedade capitalista, mantendo assim, a sociedade dividida em classes.

LORENZETTI "entende que a questão central da prática de enfermagem é o fato dela ainda não ter estabelecido compromisso próprio, claro e sólido com as necessidades de assistência da população. Sua vinculação está diretamente ligada à forma de organização sobre saúde conferindo-lhe algumas características - falta de autonomia e identificação profissional"¹⁰.

Sendo uma categoria majoritária no setor saúde, precisa estar unida, ter posição definida em relação a atual política de saúde, juntamente com os órgãos de classe e no ensino fazer com que haja uma integração ensino-assistência, para realmente conquistar mudanças significativas no setor

saúde e no ensino da enfermagem. Assim terá respaldo para colocar em prática seu próprio posicionamento, evidenciando sua proposta política para o setor saúde.

Ao relacionar a enfermagem dentro da realidade sócio-político-econômica, surge a necessidade de rever a questão educacional porque passam os profissionais.

A política educacional como qualquer outra, é parte integrante do sistema vigente.

Segundo Bunard Charlot "quando juntamos a palavra "política" a uma realidade pedagógica, a análise não terminou. Não é suficiente afirmar que toda a educação é política, porque finalmente "tudo é política". É preciso saber em que a educação é política ...". A educação transmite os modelos sociais, a educação forma a personalidade, a educação difunde idéias políticas, a educação é encargo da escola, instituição social"¹¹.

Sendo esta, uma "instituição social um dos mais efetivos instrumentos de controle social"⁹.

A educação tendo uma gama de armas nas mãos, repassa aos estudantes modelos educacionais importados, molda a personalidade das pessoas, dificultando o desenvolvimento do senso crítico.

A estrutura curricular assim dificulta aos estudantes uma visão de conjunto de sua área de conhecimento, da vida social e política, criando profissionais com uma percepção irreal dos problemas da população, desvinculando-os do compromisso social e levando-os a uma prática dominante.

A enfermagem, como não poderia deixar de ser, faz

parte do sistema elitizante, pois importa seu modelo educacional de realidades completamente diferentes, levando a uma prática puramente tecnicista, priorizando a área curativa deixando de lado nosso real papel de repassar um saber que deveria poder enfrentar os problemas mais agudos da nossa sociedade.

A extensão universitária é uma tentativa que realmente a universidade assuma seu papel junto à comunidade, fazendo com que o desenvolvimento cultural e político ultrapasse seus muros.

Porém o que se conhece hoje de trabalho de extensão das universidades brasileiras não ultrapassam o trabalho assistencialista. São trabalhos descontínuos que em nenhum momento apontam para o rompimento da situação de exploração econômica e denominação político-cultural que está submetida à maioria da população. Um fato que vem a comprovar isto é a experiência de 2 anos que tivemos em relação ao Projeto de Extensão Costeira do Pirajubaé.

Apesar dele possuir propostas iniciais excelentes, sua vinculação com o Hospital Universitário, descaracterizou completamente os objetivos iniciais por ele propostos, transformando-o numa prática meramente curativa, similar aos postos de saúde vinculados aos INAMPS, reafirmando mais uma vez a relação de poder do sistema.

Acreditamos que o trabalho de extensão não deve ser entendido como um laboratório para experiências, mas sim, como necessidade de desenvolver uma prática consciente, que crie condições de realizar um trabalho profissional, com perspectiva de solução para problemas existentes, com parti

cipação conjunta da comunidade através de um relacionamento sujeito X sujeito estabelecendo trocas iguais de conhecimento.

Após o afastamento da UFSC em 1984, do Campus Avançado em Santarém (PA), foi criado em 1985 juntamente com outras instituições educacionais, o Campus Aproximado da Região dos Vales do Araranguá e Mampituba - CAVAM. A região escolhida para a implantação deste campus é a região da AMESC (Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense), por ser uma região de menor arrecadação proporcional de tributos per capita do Estado.

A AMESC é integrada por 9 municípios: Praia Grande, Turvo, Jacinto Machado, Maracajá, Sombrio, Araranguá, São João do Sul e Timbê do Sul.

É uma das poucas regiões do estado que não é servida de ensino de 3º grau e a presença das instituições estaduais e federais é tímida e insipiente. O ensino de 2º grau é deficiente e inadequado quanto as habilitações que oferece, provocando grande êxodo de jovens em busca de um ensino melhor. A região ainda clama pela erradicação do analfabetismo e pelo aperfeiçoamento e habilitação dos profissionais primários.

O Campus Aproximado é a extensão da universidade através de um mini-campus universitário sediado em uma região do município incluído no Distrito Geo-Educacional ou área de influência da universidade.

O Campus Aproximado prevê a permanência de professores e alunos na região, por um período mais prolongado, garantindo-se a continuidade dos projetos. As universidades

entraram com os recursos humanos especializados e as autoridades locais e órgãos convenientes, com a construção da base física, sua manutenção e serviços de apoio.

Cabe às universidades garantir a presença de um diretor para coordenar as ações do Campus, bem como enviar supervisores dos projetos sempre que se fizer necessário. Cabe as prefeituras ou órgãos intervenientes garantir o transporte do Campus até os locais de atuação dos integrantes de cada projeto.

A base física do Campus consta de:

- alojamentos femininos e masculinos;
- alimentação;
- apoio financeiro e de material para atendimento tais como medicamentos, livros, móveis, instrumentos;
- transporte;
- local de trabalho com equipamentos adequados.

As áreas profissionais que desenvolvem atividades no CAVAM:

- Biblioteconomia/UFSC;
- Pedagogia/UDESC;
- Curso de Atividades Artísticas/UDESC;
- Odontologia/UFSC;
- Serviço Social/UFSC;
- Administração/UFSC;
- Enfermagem/UFSC.

Atuando na área agropecuária têm-se 2 colégios:

- Colégio Agrícola Caetano Costa - São José do Cerrito;
- Colégio Agrícola Vidal Ramos - Canoinhas.

O CAVAM tem por sede o município de Praia Grande.

Praia Grande fica situado no extremo sul de Santa Catarina, sob os pés da Serra Geral, na divisa do Estado do Rio Grande do Sul (RS).

Seu povoamento teve início em 1917, com rápido desenvolvimento no setor agrícola. A criação do município deu-se em 21.06.58.

Praia Grande pertence a micro-região do extremo sul catarinense, onde o município se confronta ao leste com São João do Sul (SC) e oeste com Cambará do Sul (RS).

O município pertence à bacia do Rio Mampituba e seus principais afluentes como o Rio Pavão, Leão, Cachoeira, Canoas, Três Irmãos e Faxinal.

O clima é temperado do tipo seco, sem estação úmida.

A base econômica da exploração do setor primário se fundamenta na agricultura, pois é atividade que proporciona maior fonte de renda ao produtor; sendo a pecuária a segunda atividade geradora de renda. Na agricultura destacam-se os seguintes produtos cultivados: fumo, arroz, banana, milho, feijão e mandioca.

Além da agricultura e pecuária, o município obtém sua renda através de atividades menos significativas como a exploração mista, a agropecuária e a extração vegetal.

Levando-se em consideração a condição da pessoa física ou jurídica que detém a responsabilidade da exploração do estabelecimento, este pode ser na forma de proprietário ou arrendatário ou agregado ou parceiro. Na condição de proprietário da terra temos 65% dos produtores e 35% na condição de arrendatário ou agregado.

De acordo com o último censo agropecuário de Santa Catarina, realizado em 1980, Praia Grande caracteriza-se por propriedades de pequeno porte, sendo a área média dos estabelecimentos de 19 hectares.

Quanto ao total de pessoal ocupado, 60% são homens e 40% mulheres sendo este o setor produtivo onde a mulher tem a maior participação.

O município de Praia Grande tem uma população de 9.670 habitantes, sendo que: 1500 na zona urbana e 8.170 na zona rural.

Segundo Pedro Calderon Beltrão "a distribuição da população, segundo as faixas etárias, permite identificar os segmentos característicos da mesma e classificá-la, levando-se em consideração certos padrões, como "velha" se tiver 30% de menores de 15 anos e cerca de 10% maiores de 65 anos e será considerado "jovem" quando apresentar 45% de pessoas menores de 15 anos e 5% maiores de 65 anos".

Analisando-se a população de Praia Grande em 1980, verifica-se que 41% são menores de 15 anos e 5,9% acima de 65 anos; que caracteriza ser uma população jovem. Comparando-se com Santa Catarina, observa-se que 38% dos catarinenses estão concentrados no grupo de até 15 anos e 5,4% acima de 65 anos. Assim pode-se deduzir que a população do município é mais jovem e portanto Praia Grande é menos desenvolvida em relação ao estado como um todo.

Quanto a classificação por sexo, em 1980, existiam 50,3% de homens e 49,7% de mulheres. Analisando-se este fato pela ótica de domicílio, esta classificação muda sensivelmente.

Tem-se que:

- Zona Urbana: = 47,5% de homens/52,5% de mulheres;
- Zona rural = 51,2% de homens/48,8% de mulheres.

O tamanho médio das famílias é de 4,7 pessoas por famílias.

O exemplo do que vem se configurando em Santa Catarina, Praia Grande registrou nos últimos anos um decréscimo no índice de natalidade. Em 1980, o município apresentou uma taxa de 27 nascimentos e Santa Catarina 26 nascimento. Em 1983, Praia Grande teve uma taxa de 23 e Santa Catarina 25 nascimentos.

Quanto a taxa de mortalidade, Praia Grande apresentou no período 80-83, uma taxa de mortalidade em torno de 4 óbitos/1000 habitantes.

Quanto a mortalidade infantil no período de 80-83, apresentou índice de 7 óbitos/1000 nascidos vivos.

Ressalta-se que estas informações podem não ser fidedignas, visto o subdesenvolvimento do município e a deficiência do registro de óbitos, especialmente nas comunidades mais interioranas do município.

Praia Grande possui:

- 1 lion clube;
- 1 centro comunitário;
- 9 Escolas Municipais;
- 2 Escolas Básicas;
- 17 Escolas Estaduais;

Conta ainda com os seguintes serviços de utilidade pública:

- ACARESC;

- BESC;
- Banco do Brasil;
- Banco Meridional;
- CASAN;
- CIDASC;
- Colégio Estadual de Praia Grande (2ª Grau);
- Coletoria Estadual;
- Delegacia de Polícia;
- APAE;
- Hospital de Caridade Nossa Senhora de Fátima;
- Posto de Saúde;
- Igreja Matriz;
- Agência de Correios e Telégrafos;
- Rodoviária;
- Prefeitura Municipal;
- Sociedades: CTG - Porteira do Faxinal e
SOREFA - Sociedade Recreativa Francisco Alves;
- Associação de Classe - Sindicato dos Trabalhadores Rurais;
- Posto de representação do INPS.

Integrando o município de Praia Grande, temos as comunidades de Cachoeira e Mãe dos Homens, sendo que na primeira iremos dar continuidade ao projeto iniciado em 86.2 pelas estagiárias do Curso de Graduação em Enfermagem.

A Comunidade de Cachoeira começou a ser habitada em 1950. Pelo censo de 1980, Cachoeira registra uma população de 1.178 habitantes. O clima é temperado úmido, ocorrendo geadas no inverno.

Assim como todo o município de Praia Grande, Cachoeira tem como principal fonte de economia a agricultura, sendo

o principal produto o fumo. Planta-se ainda arroz, feijão, milho, mandioca e banana.

O lazer da comunidade constitui-se das tradicionais festas de igreja e bailes (domingueiras) que ocorrem eventualmente.

A situação sócio-econômica é de média a fraca: 68% da comunidade tem apenas o necessário para sobrevivência ; 30% são pobres, não tendo o suficiente para manter-se e, apenas 2% são considerados de boas condições sócio-econômicas.

Em termos de saneamento básico verificou-se que este é precário, tendo em vista que a comunidade utiliza o rio que banha a comunidade, como fossa direta e indireta de dejetos humanos e de animais. Decorrente disto a verminose tem atingido a faixa etária de recém-nascido até o adulto. Segundo o Dr. João José Matos, 90% da comunidade é portadora de verminose, sendo que 80% contêm até 3 tipos de vermes. Um índice muito elevado para uma comunidade em que 60-70% da população são crianças.

A religião predominante na comunidade é a Católica Apóstólica Romana.

No setor educacional a comunidade conta com uma Escola Básica, 4 Escolas isoladas municipais e 5 escolas isoladas estaduais.

A segunda comunidade da qual desenvolveremos este projeto (Mãe dos Homens), não possui qualquer documento sobre sua história, sendo assim descreveremos de acordo com observações feitas durante o levantamento, depoimentos da comunidade e do Dr. João José de Matos.

A comunidade de Mãe dos Homens possui aproximadamente 100 famílias, considerando uma média de 5 pessoas por família, estima-se uma população de 500 habitantes. O clima é idêntico ao da comunidade de Cachoeira.

A base econômica é essencialmente agrícola. As principais culturas são: fumo, banana, milho, feijão e em menor escala mandioca, arroz e batata-doce.

O lazer constitui-se das tradicionais domingueiras que ocorrem eventualmente e também da prática do futebol de campo nos finais de semana.

Mãe dos homens tem como atividade comunitária um clube de mães, o qual é incentivado pela ACARESC.

A situação econômica é precária. A maioria das pessoas tem apenas o necessário para sua sobrevivência, em uma segunda escala são pobres não tendo o suficiente para manter-se, sendo que uma minoria é considerada como tendo um bom nível sócio-econômico.

Quanto ao saneamento básico é idêntico ao da comunidade de Cachoeira bem como a religião.

No setor educacional a comunidade de Mãe dos Homens conta com 1 escola isolada estadual e 2 escolas isoladas municipais.

A comunidade apresenta duas questões sérias: a primeira é a construção de uma barragem para beneficiar o plantio de arroz do município de Sombrio, levando a inundação da mesma.

A segunda é a desapropriação de terras para o Parque Nacional do IBDF. A indenização está em torno de 2.180.00 (dois mil cento e oitenta cruzados) por hectare,

isto é, muito abaixo do valor real da terra. Estas duas ques
tões estão gerando inúmeros problemas para a comunidade,
que vão desde a desapropriação das terras até a incerteza
ou ausência de um outro local para morar.

Tendo em vista as condições de vida da população bra
sileira optamos em trabalhar nestes duas comunidades:

- Por apresentarem condições sub-humanas de sobrevi
vência;

- Para dar continuidade ao trabalho já iniciado an
teriormente em uma das comunidades;

- Pelo fato de uma das comunidades não possuir um
posto de saúde próprio;

- Para ter contato mais direto com a realidade da
população, já que a universidade distanciada dela, impossi
bilita uma prática condizente com as reais necessidades do
povo;

- Pelo fato da enfermagem não ter estabelecido com
promisso próprio com estas reais necessidades de assistên
cia;

- Por entender que a alienação da população é decor
rente do atual sistema que não dá espaço à uma visão críti
ca;

- Por entender que a situação de vida da população
poderá melhorar a partir de sua organização, com participa
ção decisória nos vários níveis da vida social.

II - OBJETIVOS

2.1 - Objetivos Gerais:

2.1.1 - Organizar um serviço de saúde na comunidade rural de Mãe dos Homens, segundo os padrões de Atenção Primária de Saúde.

2.1.2 - Colaborar com a população rural de Mãe dos Homens e Cachoeira no seu processo organizativo.

2.1.3 - Prestar atendimento de saúde à população das comunidades rurais de Mãe dos Homens e Cachoeira nos três níveis de prevenção.

2.2 - Objetivos Específicos:

2.2.1 - Realizar levantamento das famílias existentes na comunidade de Mãe dos Homens e circunvizinhos, cadastrando-as em prontuário com levantamento sócio-métrico das mesmas (Objetivos Gerais 2.1.1).

2.2.2 - Fazer mapa da região com a distribuição geográfica de todas as famílias e as instituições à serviço da comunidade (Objetivos Gerais 2.1.1).

2.2.3 - Distribuir a área física do posto de saúde da comunidade de Mãe dos Homens nas diversas atividades desenvolvidas no mesmo (Objetivos Gerais 2.1.1).

2.2.4 - Relacionar o material necessário (permanente e de consumo) para o desenvolvimento das atividades de saúde do posto (Objetivos Gerais 2.1.1).

2.2.5 - Tabular, analisar e avaliar os dados obtidos no levantamento sócio-métrico da comunidade (Objetivos Gerais 2.1.1).

2.2.6 - Implementar as rotinas de atendimento geral à mulher e a criança (Objetivos Gerais 2.1.1).

2.2.7 - Implementar rotinas para limpeza e desinfecção do material, controle de medicamentos e registros estatísticos (Objetivos Gerais 2.1.1).

2.2.8 - Registrar as ocorrências epidemiológicas conforme as normas de controle do serviço de saúde pública da região, analisando os dados obtidos (Objetivos Gerais 2.1.1).

2.2.9 - Manter a relação sujeito X sujeito com a população das comunidades rurais de Mãe dos Homens e Cachoeira, baseada no tripé conhecimento, reflexão, ação, visando a desmonopolização do saber (Objetivos Gerais 2.1.2).

2.2.10 - Realizar reuniões com a população das comunidades rurais de Mãe dos Homens e Cachoeira refletindo com elas sobre os determinantes de saúde e doença (Objetivos Gerais 2.1.2).

2.2.11 - Incentivar a reorganização do Clube de Mães da comunidade de Mãe dos Homens (Objetivos Gerais 2.1.2).

2.2.12 - Atender a população das comunidades de Cachoeira e Mãe dos Homens a nível ambulatorial e domiciliar, segundo os princípios de Atenção Primária de Saúde (Objetivos Gerais 2.1.3).

2.2.13 - Prestar assistência de enfermagem à mulher no seu ciclo grávido-puerperal (Objetivos Gerais 2.1.3).

2.2.14 - Assistir a criança de 0 a 1 ano e avaliar o crescimento e DNPM (Objetivos Gerais 2.1.3).

2.2.15 - Realizar cobertura vacinal das crianças de 0-4 anos, segundo as normas da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina (Objetivos Gerais 2.1.3).

2.2.16 - Coletar material para exame preventivo de câncer ginecológico com encaminhamento para serviço especializado (Objetivos Gerais 2.1.3).

2.2.17 - Discutir e avaliar com os acadêmicos e direção do CAVAM, o trabalho desenvolvido nas comunidades rurais (Objetivos Gerais 2.1.3).

2.2.18 - Discutir e avaliar periodicamente com orientadores e supervisor, o trabalho desenvolvido nas comunidades rurais (Objetivos Gerais 2.1.3).

III - MÉTODO

Para desenvolver os objetivos propostos, adotaremos o método reflexivo, fundamentado na teoria dialética.

Segundo KONDER¹² "dialética é o modo de pensarmos as contradições da realidade, o modo de compreendermos a realidade essencialmente contraditória e em permanente transformação".

A concepção dialética não deixa de considerar os elementos internos, as contradições no interior do indivíduo e da própria sociedade em que ele vive.

Hoje, a concepção dialética opõe-se à concepção positivista, sob a sua forma funcionalista. "Para o funcionalismo, a sociedade é um organismo composto de partes que se interligam para um funcionamento harmonioso. Trata-se portanto, de manter todas as partes funcionando "normalmente", evitando todo o conflito que vier pôr em risco o todo funcional"¹¹. Percebe-se que o funcionalismo desconsidera as desigualdades sociais existentes. Pelo contrário, a concepção dialética de hoje, visa mostrar estas desigualdades e suas contradições. Não esconde, não camufla o conflito. Muito pelo contrário, mostra como a interação das partes é con

flutuosa. A partir do momento que se tem o conhecimento e a compreensão dessa realidade, tenta-se transformá-la, através da ação-reflexão-ação prática-teoria-prática.

O homem precisa ter uma visão de conjunto destes problemas, não esquecer de que tudo está ligado a tudo; e que uma interação insignificante, não essencial em determinado momento, pode tornar-se essencial num outro momento ou sob um outro aspecto.

Assim poderá encaminhar-se uma solução para os problemas, sem correr o risco de atribuir um valor exagerado a uma verdade limitada, prejudicando a compreensão de uma verdade mais geral. Em face disto, manteremos uma relação sujeito X sujeito com as comunidades de Mãe dos Homens e Cachoeira na tentativa de desmonopolizar o saber; propiciando a troca de conhecimentos, a interpretação e o despertar da consciência crítica das mesmas, visando uma possível transformação a nível de grupo.

O atendimento dar-se-á tanto a nível domiciliar quanto ambulatorial. Procurar-se-á ver o indivíduo como um todo, relacionando o físico, o mental e o social, tendo em vista que "saúde é o conjunto de condições em que esta população vive".

Será observado diariamente na ficha epidemiológica os casos que requeiram maior investigação, principalmente doenças infecto-contagiosas; e mensalmente serão observados os casos de maior incidência que após analisados e avaliados, serão apresentados a população para reflexão e discussão de seus determinantes.

O cadastramento das famílias em prontuários será

feito através de entrevistas com os responsáveis das mesmas. Os prontuários serão numerados seguindo-se a ordem numérica do mapa, iniciando-se da região mais afastada do posto (Fundo do Ripal) tendo como término o Rio Pavão.

Será aberto prontuário família para as pessoas que procurarem o posto e que ainda não o possuem.

Todos os prontuários (folha de rosto, ficha de acompanhamento individual, lista de problemas) ficarão arquivados no posto.

A organização interna do posto será discutida entre o grupo objetivando o melhor atendimento à população.

Nesse sentido, relacionar-se-á o material necessário (permanente e de consumo), implantar-se-á rotinas para limpeza e desinfecção do material, controle de medicamentos e registros estatísticos, bem como rotinas de atendimento geral à mulher e a criança que serão afixadas em local próprio.

O levantamento das gestantes, crianças menores de 1 ano e os dados sócio-métricos (Anexo I) serão tabulados, analisados e avaliados após o término de reconhecimento da área e posteriormente apresentados, através do clube de mães, para discussão com a comunidade. As crianças de 0 a 1 ano receberão acompanhamento mensal do DNPM, onde será realizado consultas de acordo com o roteiro para assistência

As crianças de 0 a 4 anos que procurarem o posto receberão cobertura vacinal.

O atendimento à gestante será prestado durante a gestação e/ou puerpério com o objetivo de prevenir os riscos que atingem tanto a mulher quanto ao concepto, assim

como diagnosticar e tratar as possíveis intercorrências pa
tológicas. O acompanhamento dar-se-á através de consultas
que receberão aprazamento de acordo com a idade gestacional,
seguindo-se um roteiro de orientação para assistência, po
dendo estar sujeito a modificações.

As lâminas de exames preventivo de câncer ginecolô
gico, serão encaminhadas ao 3º CARS em Criciúma.

Periodicamente será discutido, analisado e avaliado
entre o grupo juntamente com orientadores, supervisor, dire
ção do CAVAM e outros estagiários, sobre o andamento do pro
jeto nas duas comunidades.

IV - AVALIAÇÃO

Como o objetivo principal dos projetos é a organização popular, mais voltado para prática social; levar-se-ã em conta, principalmente os aspectos qualitativos, sendo que alguns objetivos serão passíveis de avaliação quantitativa. Estes serão considerados alcançados se:

- for feito o mapa com a distribuição geográfica de todas as famílias;
- for implementado rotinas para limpeza e desinfecção de material, controle de medicamentos, registros estatísticos bem como rotinas de atendimento geral à mulher e à criança;
- for observado diariamente na ficha epidemiológica os casos que requeiram maior investigação;
- for observado mensalmente na ficha epidemiológica os casos de maior incidência, com posterior reunião com as comunidades;
- o levantamento de gestantes, crianças menores de 1 ano e os dados sócio-métricos, foram tabulados, analisados, avaliados pelo grupo, com posterior discussão com a comunidade;

- todas as gestantes e crianças menores de 1 ano tiverem acompanhamento através de consultas de enfermagem;
- for realizado periodicamente reunião com orientadores, supervisor, direção do CAVAM e outros acadêmicos;
- houver participação efetiva das acadêmicas em todas as reuniões que ocorrerem nas comunidades.

V - MATERIAL

Espaço Físico:

A₁ - Posto de Saúde de Cachoeira:

O ambulatório é composto de:

- 1 sala de espera;
- 1 sala para consulta;
- 1 cozinha;
- 1 banheiro;
- 1 sala de curativos, injeções;
- 1 sala para reuniões, guarda de livros, remédios e arquivos.

A₂ - Posto de Saúde de Mãe dos Homens:

O ambulatório é composto de:

- 1 sala de espera;
- 1 sala para consulta;
- 1 cozinha;
- 1 banheiro;
- 1 sala de curativo;
- 1 sala de vacina e injeções;

- 1 sala para registro, farmácia, arquivos, guarda de livros e reuniões;
- 1 sala reservada à distribuição de alimentos.

Recursos Humanos:

B₁ - Posto de Saúde de Cachoeira:

- 1 atendente de enfermagem contratada pela Prefeitura Municipal de Praia Grande, treinada pela Enfermeira Vera Civinski;
- 3 acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC - VIII Unidade Curricular.

B₂ - Posto de Saúde de Mãe dos Homens:

- 3 acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC - VIII Unidade Curricular, supervisionadas pela Enfermeira Vera Civinski.

Recursos Materiais relativo aos 2 Postos de Saúde:

1. Material Permanente:

- Geladeiras;
- Estufas;
- Balanças;
- Macas;
- Focos luminosos;
- Esfigmomanômetros;
- Estetoscópios;
- Estetoscópios de Pinard;

- Otoscópio;
- Régua antropométrica;
- Termômetros clínicos;
- Espéculos;
- Pinças;
- Tesouras;
- Fita métrica.

2. Material de Consumo:

- Luva;
- Gase;
- Esparadrapo;
- Algodão;
- Álcool;
- Soro fisiológico;
- Iodo;
- Abaixador de língua;
- Espátulas;
- Vacinas;
- Agulhas;
- Seringas.

3. Material Administrativo:

- Prontuário família;
- Ficha individual;
- Ficha epidemiológica;
- Lista de problemas;
- Receituário;
- Bloco de requisição de exames e encaminhamentos;

- Cartões de vacinas;
- Cartões de acompanhamento de crianças e gestantes.

4. Recursos Financeiros:

- Os 2 postos são mantidos pela Prefeitura Municipal de Praia Grande.

VI - CRONOGRAMA

Considerando que este projeto visa uma relação sujeito X sujeito, o conhecimento das condições de vida desas comunidades, e o intuito de uma possível organização popular é impossível estabelecer datas para o alcance destes objetivos, sendo assim, este terá como característica principal a flexibilidade:

- Elaboração do projeto - 10/03 a 27/03;
- Objetivo 2.2.1 - 19/03 a 24/04;
- Objetivo 2.2.3 - 27/04/87;
- Objetivo 2.2.4 - 08/04;
- Objetivo 2.2.3 - 19/03 até o término do estágio;
- Objetivo 2.2.17 - 08/04 e no transcorrer do estágio;
- Objetivos 2.2.2; 2.2.5; 2.2.6; 2.2.7; 2.2.8; 2.2.10 ;
2.2.11; 2.2.12; 2.2.13; 2.2.14; 2.2.15; 2.2.16; 2.2.17;
2.2.18 tem como aprazamento o transcorrer do estágio;
- Apresentação dos projetos - 1ª. semana de julho/87;
- Abertura do posto de saúde - 11/05/87;
- Apresentação dos relatórios - 1ª. semana de julho/87,

VII - CONCLUSÃO

Em vista de todos os fatores determinantes de saúde abordados neste projeto, conclui-se que a situação de saúde do povo brasileiro é desastrosa. Este é um comentário que se ouve de todos os profissionais da área da saúde, de estudantes, dos partidos políticos e diversas entidades, enfim, é um tema polêmico.

Porém, de tudo que se fala, surgem fatos evidentes, que na maioria das vezes não são admitidos pelos governantes ou são camuflados pelas estatísticas oficiais. Um deles, e aliás, o principal é a **Fome**, concomitante com doenças infecto-contagiosas e conseqüente mortalidade infantil, que apesar dos índices oficiais serem considerados altos, não são fidedignos devido a precariedade de seus registros.

Esta situação descrita é uma realidade objetiva e permanente.

Como no atual sistema político o dado mais relevante é o econômico, o conceito de saúde adotado pelas instituições médicas de saúde e de ensino, é aquele vinculado à conservação e recuperação dos corpos, sendo, conservação e recuperação entendidas como de capacidade para trabalhar.

A universidade sendo uma instituição de ensino, re produz o sistema, fazendo com que os estudantes tenham uma prática fora da realidade brasileira.

Santa Catarina está incluída no mesmo mal nacional, na mesma situação alarmante, em proporções semelhantes e co mo não poderia deixar de ser, o município de Praia Grande encontra-se também com as mesmas características.

É por estar ciente de toda a realidade, que procura remos trabalhar juntas com a comunidade na tentativa da sua organização popular, pois acreditamos que é so através des ta que o povo conquistará seus direitos.

VIII - BIBLIOGRAFIA

1. IBASE. Sáude e trabalho no Brasil. 2a. ed., Rio de Janeiro, Vozes, 1983.
2. REZENDE, Ana Lúcia Magela de. Saúde: dialética do pensar e do fazer. São Paulo, Cortez, 1986.
3. 13 DE MAIO. Núcleo de educação popular. Noções básicas da economia política. Caderno de formação nº 5, 2a. ed., São Paulo.
4. SERRANO, Alan Indio. O que é medicina alternativa. 4a. ed., São Paulo, ed. Brasiliense, 1985.
5. MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. Agenda de 1987.
6. MANUAL DE OPERACIONAÇÃO - Ações Integradas de Saúde. Florianópolis, 1986.
7. TEMA. A conferência e sua história. Vol. 07, Rio de Janeiro, 1986.
8. RELATÓRIO FINAL DA 8a. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.
9. CADERNOS DO CEDES. Concepções e experiências de educação popular. nº 1, São Paulo, Cortez: Autores Associados, 1980.

10. LORENZETTI, J. Realidade e perspectivas de enfermagem em Santa Catarina. Tema Central do III ENFSUL e XI J.C.E., Florianópolis, dezembro, 1983. pg. 1.
11. GADOTTI, Moacir. Concepção dialética da educação: um estudo introdutório. São Paulo, Cortez: Autores Associados, 1983. (Coleção Educação Contemporânea).
12. KONDER, Leandro. O que é dialética. 4a ed., São Paulo, Ed. Brasiliense, 1981.
13. WAITAKIN, H. Uma visão marxista sobre atendimento médico. São Paulo, Avante, 1980.
14. BOLTANSKI, Luc. As classes sociais e o corpo. 2a. ed., Rio de Janeiro, Graal, 1984.
15. GURGEL, Roberto Mauro. Extensão universitária - comunicação ou domesticação. São Paulo, Cortez: Autores Associados, Universidade Federal do Ceará, 1986.
16. CADERNOS DO CEDES. Educação e saúde. São Paulo, Cortez: Autores Associados, nº 4.
17. CADERNO DO 1º ENCONTRO CATARINENSE DE SAÚDE. Tubarão, 1981.
18. DALLARI, Dalmo de Abreu. O que é participação política. 5a. ed., São Paulo, ed. Brasiliense, 1984.
19. ARANTES, Antonio Augusto. O que é política. 11a. ed., São Paulo, ed. Brasiliense, 1986.

DADOS SÓCIO-MÉTRICOS

- a) Habitação:
 - Própria: Sim Não Tipo: (especificar)
 - Cobertura:..... Piso:.....
 - Divisões: Nº de pessoas por divisão:...
 - Propriedade do Terreno: Sim Não

 - b) Saneamento:
 - Água: Onde pega?.....
 - Distância da casa:.....
 - Privada: Tem? Sim Não
 - Local:..... Distância da casa:.....
 - Nº de pessoas que utilizam:.....

 - c) Alimentação: (especificar).....

 - d) Educação: Nº de crianças em idade escolar:.....
 - Frequentam?.....
 - Local:..... Transporte utilizado:.....
- e) Renda familiar:.....

 - f) Ocupação: Nº de pessoas que trabalham:.....
 - (especificar o local e transporte utilizados)
- g) Documentação: verificar os documentos seguintes:
 - Registro de nascimento, carteira de trabalho e carteira de identidade.

 - h) Dados de doença:
 - 1) Quem procura em casos de doença?
 -
 - 2)
 -

3) Óbito na família: Nº Idade
 Causa
 Procurou recursos? Sim Não ..
 Atestado: Sim Não ..

4) Acompanhamento odontológico: Sim Não

I) Saúde da Mulher:

1. Nº de gestações: Gesta: ... Normal: ... Cesária:
 Para: Abortos: .. Causa:
 2. Pré-Natal: Sim Não Onde:
 3. Local do parto:
 4. Amamentação: Sim Não Tempo:
 Por que parou de amamentar?
 5. Anticoncepcionais: Tempo:
 * Está satisfeita com o método utilizado? Sim ... Não ..
 6. Preventivo:

J) Saúde da Criança:

1. Acompanhamento médico: Periódico:.....
 Em caso de doença:
 2. Doenças da infância:

 3. Vacinação: Completa Incompleta
 Não vacinado

K) Usa plantas medicinais?

L) Lazer:

M) Atividade comunitária:

N) OBS:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**RELATÓRIO DA PROPOSTA DE ATENÇÃO À SAÚDE -
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA - Uma Experiência**

Deise Beatriz Rojas

Kátia Andréa Bianchini

Maristela Égide Santini

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - ENSINO INTEGRADO

VIIIa. UNIDADE CURRICULAR - INT 1108

ORIENTADORES: PROFº ANTONIO DE MIRANDA WOSNY

PROFa. ELIANA MARILIA FARIA

FLORIANÓPOLIS

JULHO - 1987

AGRADECIMENTOS

Aos orientadores Eliana Marília Faria e Antônio de Miranda Wosny, pelo incentivo, dedicação e pela relação estabelecida para com as acadêmicas;

Com carinho especial ao diretor administrativo do CAVAN Agenor Fraga, pela amizade estabelecida, companheirismo e principalmente pelo ambiente familiar que o mesmo nos proporcionou. Saudades ...

Ao Profº Júlio Wiggers, seu Dauri, Hamilton e Marilene pelo apoio recebido.

À Lauda e Nadir pela compreensão.

Aos funcionários da Prefeitura Municipal de Praia Grande, em especial aos motoristas pelo tempo dispendido fora do horário.

Aos estagiários do CAVAM pela amizade.

Às comunidades Rurais de Mãe dos Homens e Cachoeira pela receptividade, acolhimento e amizade, que sem a participação das mesmas, não seria possível a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

	PÁG.
I - INTRODUÇÃO	01
II - DESENVOLVIMENTO	03
III - CONCLUSÃO	26
IV - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXOS	

I - INTRODUÇÃO

No presente relatório estão descritos o desenvolvimento de todas as atividades realizadas pelas acadêmicas no período de 12.03.87 a 10.07.87, no município de Praia Grande (S.C.).

Relata-se aqui todo o processo de elaboração do projeto, bem como o relacionamento inicial das acadêmicas com as comunidades rurais de Mãe dos Homens e Cachoeira. As atividades são descritas juntamente com as dificuldades e aprendizados obtidos durante a permanência das estagiárias no local.

Neste, estão contidos também um parecer das acadêmicas a respeito do atendimento ambulatorial e quanto a implantação das Ações Integradas de Saúde no município.

Decidiu-se apreender a situação das famílias de uma das comunidades, no que diz respeito as condições de vida dessa população. Estes dados estão expressos em tabelas com posterior avaliação dos mesmos.

Relata-se também as atividades realizadas pelas acadêmicas nos dois postos de saúde; da comunidade rural de Mãe dos Homens e Cachoeira, bem como as rotinas internas im

plementadas em um dos Postos de Saúde.

Julga-se importante todos os fatos abordados neste relatório, pois o mesmo poderá auxiliar no desenvolvimento do trabalho da próxima equipe de enfermagem que virá estagiar neste local e porque este contém subsídios para o desenvolvimento de algum tipo de pesquisa em uma das comunidades.

II - DESENVOLVIMENTO

Chegou-se em Praia Grande no dia 12 de março de 1987, onde iniciou-se a elaboração do projeto nos turnos matutino e noturno, sendo que o mesmo foi concluído em 31 de março do corrente. Durante sua elaboração adquiriu-se uma visão profissional mais condizente com a realidade, atingiu-se um bom nível de discussão, enriqueceu-se o senso crítico e conseqüentemente, houve um significativo crescimento pessoal. Porém, encontraram-se algumas dificuldades: a falta de orientação e supervisão, bem como a falta de alguns recursos bibliográficos, impossibilitaram a conclusão da elaboração do projeto no cronograma previsto. É evidente que a qualidade do projeto teria sido sensivelmente melhor, se estas dificuldades fossem sanadas a tempo e se o hábito de ler fosse estimulado desde a infância.

O turno vespertino foi ocupado para mapeamento da região e distribuição geográfica das famílias, bem como levantamento das condições sócio-métricas da comunidade rural de Mãe dos Homens, o qual foi concluído no dia 30 de abril de 1987.

Julga-se de suma importância iniciar um trabalho co

munitário através do reconhecimento da área, pois é a partir daí que iniciar-se-á um vínculo para uma relação sujeito X sujeito. Através deste mapeamento passou-se a conhecer a cultura, os hábitos e costumes, as doenças mais frequentes que acometem a população, bem como seus próprios anseios. É importante ressaltar que não é através do levantamento das condições sócio-métricas que a realidade da população se revelará na sua totalidade; portanto é necessário vivenciá-la, através da convivência diária e participação conjunta nas suas decisões. Não foi possível terminar o mapeamento no tempo previsto, devido a dificuldade de transporte da sede do município para a comunidade e devido alguns dias chuvosos. O difícil acesso a algumas casas, o fato dos carros pifarem no meio dos rios e o tempo dispensado a várias famílias que apresentavam problemas que requeriam orientação imediata, também propiciaram o atraso do mesmo. Enfim, as dificuldades encontradas durante o desenvolvimento do projeto em Praia Grande, foram inúmeras. Atribui-se aí, também, o fato do currículo estar um tanto quanto distante da realidade, onde o aluno não adquire uma compreensão política globalizada e se encontra despreparado para enfrentar este tipo de trabalho em zona rural.

Sabendo da importância de se divulgar e publicar um trabalho enquanto estudante, as acadêmicas de enfermagem, através do incentivo da Orientadora Eliana Marília Faria, apresentaram parte do projeto e relatório na XVª. Jornada Catarinense de Enfermagem em Florianópolis (S.C.). Notou-se um considerável interesse dos participantes, em relação ao trabalho apresentado e a importância em dar continuidade ao

mesmo. Houve um significativo crescimento a nível de grupo, principalmente por se tratar de uma primeira experiência. Esta, considerada o marco inicial para futuras divulgações de trabalhos na vida profissional. Salienta-se aqui, a importância de um orientador competente, pois sem o incentivo deste, não se teria a iniciativa de repassar aos estudantes e profissionais da categoria, as experiências vivenciadas em uma das comunidades rurais, com posterior publicação.

O Posto de Saúde da comunidade rural de Mãe dos Homens, foi aberto com um mês de atraso, visto que os recursos financeiros que a Prefeitura recebeu das A.I.S., somente foi repassado para o Posto de Saúde, após a visita da orientadora do projeto. Após a compra do material de consumo e permanente, realizou-se uma primeira reunião com participação da comunidade para decidir assuntos referentes a abertura e funcionamento do Posto de Saúde. Nesta, compareceram 55 pessoas, excluindo-se aqui, as crianças e acadêmicas do CAVAM. A mesma, deu-se de forma participativa e as decisões partiram da comunidade. Em consequência disto, decidiu-se abrir o Posto de Saúde no dia 10 de junho de 1987. Inicialmente três turnos por semana, sendo que, outros três turnos foram utilizados para realizar trabalhos extra-posto, através de visitas domiciliares e nas escolas juntamente com a área da Educação e Agropecuária.

Após três semanas de abertura do Posto de Saúde, realizou-se uma segunda reunião, em que compareceram 110 pessoas da comunidade. Iniciou-se a reunião com um informe a respeito de um grupo de jovens que esta formando-se nesta comunidade (Anexo 1). Em seguida apresentou-se as doenças

que mais ocorreram na comunidade, de acordo com a avaliação dos dados sócio-métricos levantados pelas acadêmicas durante o mapeamento. Estes, estão expressos em tabelas posteriores. As doenças apresentadas foram questionadas com a comunidade e algumas pessoas apontaram suas causas, havendo colaboração por parte das acadêmicas de como prevení-las. Nesta reunião, enfatizou-se a importância das pessoas continuarem plantando e valorizando seus terrenos, para receberem uma indenização maior, caso a barragem venha a ser construída. Realizou-se também, a avaliação do atendimento feito no Posto de saúde e segundo relatos, as pessoas estão gostando; principalmente da maneira como são tratadas. A pedido das acadêmicas, decidiu-se abrir o Posto quatro turnos por semana, pois o trabalho estava sendo sobrecarregado, devido a demanda. Foi eleita pela comunidade a Sra. Dionente para trabalhar no Posto de Saúde, sendo que existiam mais quatro candidatas. Esta pessoa receberá treinamento durante um mês, realizado pelas acadêmicas, com posterior aprovação ou não, que será divulgado na próxima reunião dia 18/07/87.

Foram implementadas normas internas no Posto de Saúde da comunidade rural de Mãe dos Homens, quanto a limpeza, desinfecção e esterilização de materiais, bem como uso da estufa; controle de medicamentos; roteiro de consulta à gestante e criança e normas para atendimento ambulatorial no geral. Relatar-se-á somente as normas de atendimento geral e de controle de medicamentos.

Controle de Medicamentos;

Existe no Posto de Saúde da comunidade Rural de Mãe

dos Homens, um caderno com todos os medicamentos existentes, bem como a quantidade de cada um deles; sendo que esta relação é feita mensalmente. Na metade do caderno em diante, são marcadas a saída de cada medicamento. Ao final de cada mês deve ser realizado o balanço de entrada e saída dos meses.

- Normas para atendimento ambulatorial:

O Posto de Saúde da comunidade rural de Mãe dos Homens, funcionará 2a., 4a. e 6a. feira pela manhã, das 8 às 11 horas e 4a. feira à tarde das 14 às 17 horas, com a presença de um profissional enfermeiro ou acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.

Serão atendidos todos os moradores da comunidade rural de Mãe dos Homens gratuitamente.

Os moradores que não integram esta comunidade serão atendidos da mesma forma.

Todas as pessoas que procurarem o Posto e que não possuírem prontuário-família, estes serão abertos no ato da consulta,

Além das consultas serão atendidos os pacientes com retorno,

A ordem de atendimento poderá ser alterada conforme necessidade.

As consultas serão realizadas pelas acadêmicas de enfermagem e profissionais da área da saúde.

Para a consulta o paciente terá seu nome completo, idade, sexo, endereço e número do prontuário, por ordem de chegada, na ficha epidemiológica.

Na lista de problemas que deverá ficar anexada ao prontuário, será anotado o nome, número da pessoa, data, problema apresentado e data da resolução do problema.

Serão coletados material para exame de bacterioscopia de secreção vaginal, cujo resultado será entregue 30 dias após ser enviado ao IIIº CARS em Criciúma.

Para entrega dos resultados dos exames deverá ser feita uma nova consulta para melhor avaliação e orientação.

Serão realizados no Posto, além de consultas e visitas domiciliares, atividades como: curativos, injeções, controle de P.A., vacinações* ...

Após execução da consulta ou outras atividades, estas deverão ser anotadas na ficha epidemiológica.

Concomitantemente ao trabalho da comunidade rural de Mãe dos Homens, realizou-se trabalho com a comunidade rural de Cachoeira. Porém nesta, limitou-se as atividades de atendimento de Enfermagem no Posto de Saúde, que iniciaram a partir do dia 8 de junho de 1987, possuindo as mesmas características de atendimento da comunidade rural de Mãe dos Homens.

Participou-se de duas reuniões nesta comunidade (Anexo 2 e Anexo 3). Houveram outras reuniões durante o período de estágio das acadêmicas em Praia Grande que estão, em anexos posteriores (Anexo

A cobertura de atendimento nos dois Postos de Saúde, deram-se através de rodízios semanais durante uma semana,

*O Posto de Saúde da comunidade rural de Mãe dos Homens, não conta com vacinação, devido a greve do IIIº CARS em Criciúma e pelo fato de não possuir termômetro para geladeira.

uma acadêmica desenvolvia as atividades no Posto de Saúde de Cachoeira, enquanto as outras duas realizavam as atividades no Posto de Saúde de Mãe dos Homens.

É importante enfatizar que os dois Postos de Saúde, receberão continuação do atendimento, através da enfermeira do município e acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, a partir do segundo semestre de 1987. Os dois postos contam com assistência médica num período de uma hora, sendo que o atendimento é feito 3 vezes por semana na comunidade rural de Cachoeira e uma vez por semana na comunidade rural de Mãe dos Homens. Porém as acadêmicas estão um tanto quanto temerosas com o início de atendimento médico, no que se refere a defazagem dos registros e consultas imediatistas, que comprometem a qualidade do atendimento da população tanto na comunidade rural de Mãe dos Homens, quanto na comunidade rural de Cachoeira. Acredita-se que é necessário haver um maior posicionamento da enfermeira local, para que o atendimento não se torne vicioso. É necessário também, lutar para que sejam continuadas as orientações feitas à cada paciente, pois acredita-se que estas estão diretamente relacionadas com a recuperação da doença.

Percebe-se que a Prefeitura Municipal de Praia Grande tem prioridade em relação ao Setor Saúde, porém não existe uma percentagem fixa mensal da arrecadação do município para este setor. Além disso, as A.I.S. repassam uma verba insignificante, dificultando a manutenção dos Postos de Saúde. Um fator agravante do convênio feito com as A.I.S é que até o momento não está existindo o repasse de medicamentos, bem como o sistema de referência e contra referência; ficam

do claro que mais uma vez o governo adota medidas que apenas diminuem o descontentamento por algum tempo, deixando intactos os interesses da maioria da população.

Houve participação das acadêmicas de enfermagem juntamente com a extensionista da ACARESC e auxiliar do Posto de Saúde da Praia Grande, na campanha nacional de vacinação em crianças menores de 5 anos. O trabalho deu-se através de visitas domiciliares e em escolas isoladas, de várias comunidades. Foram realizadas pelas acadêmicas 95 vacinas sabin e 5 tríplices, num período de 3 dias. Salienta-se aqui, a validade da prevenção das campanhas de vacinação no país. Sabe-se que estas campanhas são realizadas para camuflar a falta de organização no setor de cobertura vacinal e para promover o governo junto com a população.

Durante o período de estágio, houve a visita de uma enfermeira da Sudesul com o objetivo de conhecer o trabalho desenvolvido e a estrutura física do Posto de Saúde da comunidade rural de Mãe dos Homens, pois a Sudesul teve participação em recursos financeiros para a construção do mesmo. Segundo informações da enfermeira e de outros funcionários da Sudesul, estes estão satisfeitos com a conduta das acadêmicas no que se refere a relação estabelecida com a comunidade, orientações dadas a cada cliente e a organização interna do Posto de Saúde.

Relatar-se-á a seguir, através de quadros, as atividades realizadas pelas acadêmicas no período de 10/06/87 à 10/07/87 nos dois Postos de Saúde, referentes respectivamente à comunidade rural de Mãe dos Homens e Cachoeira. É importante salientar que as acadêmicas desenvolverão as ativi

dades em Praia Grande até o dia 24/07/87.

Quadro 1 - Quadro das consultas realizadas na comunidade rural de Mãe dos Homens, referentes aos problemas apresentados pela população - Praia Grande, SC., 1987.

TIPO DE PROBLEMA	nº	%
Estado gripal	26	14,05
Pediculose	13	7,02
Escabiose	13	7,02
Infecção urinária	13	7,02
Verminose	12	6,48
Dor nas costas	12	6,48
Leucorréia	12	6,48
Infecção respiratória baixa	9	4,86
Otite média	8	4,32
Ferimento	7	3,78
Amigdalite	6	3,24
Monilíase oral	6	3,24
Hipertensão	6	3,24
Hiper acidez gástrica	6	3,24
Constipação	4	2,16
Edema	4	2,16
Nervos	3	1,62
Impetigo	3	1,62
Artrite	2	1,08
Fimose	2	1,08
Dermatite seborréica	2	1,08
Pré-Natal	2	1,08
Dor em baixo ventre	2	1,08
Entorse	1	0,54
Hipotensão postural	1	0,54
Dispneia de repouso	1	0,54
Labirintite	1	0,54
Dermatite de fraldas	1	0,54
Displasia mamária	1	0,54
Diarréia infecciosa	1	0,54
Diarréia	1	0,54
Anemia	1	0,54
Dificuldade visual	1	0,54
Uretrite	1	0,54
Cachumba	1	0,54
TOTAL	185	100%

Quadro 2 - Quadro das consultas realizadas na comunidade rural de Cachoeira, referentes aos problemas apresentados pela população - Praia Grande, SC., 1987.

TIPO DE PROBLEMA	nº	%
Verminose	12	15,58
Estado gripal	10	12,98
Leucorréia	9	11,60
Infecção respiratória baixa	6	7,79
Pediculose	6	7,79
Escabiose	6	7,79
Dor nas costas	4	5,19
Hipertensão	4	5,19
Amigdalite	2	2,59
Infecção urinária	2	2,59
Nervos	2	2,59
Otite média	2	2,59
Dermatite amoniacal	1	1,29
Dermatite de fraldas	1	1,29
Angina	1	1,29
Dificuldade visual	1	1,29
Herpes simples	1	1,29
Entorse	1	1,29
Pré-Natal	1	1,29
Processo alérgico	1	1,29
Síndrome pré-menstrual	1	1,29
Hiperacidez gástrica	1	1,29
Anemia	1	1,29
TOTAL	77	100%

Os quadros anteriormente apresentados não revelam o número total de consultas realizadas pelas acadêmicas, visto que em cada consulta, a maioria das pessoas possuíam mais do que um tipo de problema (média 1,47 por consulta).

No quadro 1 o número total de consultas foi de 126 num período de 14 turnos, obtendo-se um total de 9 consultas por turno, sendo que no quadro 2, as acadêmicas realizaram 70 consultas em 29 turnos, obtendo-se uma média de 2,9 consultas por turno. Este número reduzido pode ser justificado pela presença de apenas uma estagiária em cada turno bem como a presença da enfermeira local e do médico que também realizavam consultas.

Quanto aos problemas apresentados, os quadros revelam certa semelhança. Os índices mais elevados, praticamente coincidem nas duas comunidades; com excessão de infecção respiratória baixa, hipertensão e infecção urinária.

O alto índice do estado gripal nos dois quadros é compreensível, devido ao fator climático da época em que foram realizadas as consultas (junho/julho/87).

Os índices elevados de escabiose, pediculose e verminose podem ser justificados pelas condições precárias de vida das duas comunidades. Percebe-se ainda, que o índice de lombalgia é evidente nos dois quadros, sendo que este está diretamente relacionado com o tipo de atividade desenvolvida pelas pessoas.

Além das consultas de enfermagem, outras atividades foram realizadas pelas acadêmicas no período de 10/06/87 à 08/07/87, referente aos dois Postos de Saúde, conforme quadros 3 e 4.

Quadro 3 - Atividades desenvolvidas no Posto de Saúde da comunidade rural de Mãe dos Homens - Praia Grande, SC., 1987.

ATIVIDADES	nº	%
Verificação de PA.	22	34,0
Curativo	14	21,0
Precoce de câncer ginecológico	13	20,0
Nebulização	12	18,0
Visita domiciliar	5	7,0
TOTAL	65	100%

Quadro 4 - Atividades desenvolvidas no Posto de Saúde da Comunidade rural de Cachoeira, Praia Grande, SC., 1987.

ATIVIDADES	nº	%
Verificação da PA.	20	30,76
Nebulização	15	23,12
Precoce de Câncer ginecológico	11	16,92
Vacinação	11	16,92
Injeção	3	4,61
Curativo	3	4,61
Visita domiciliar	1	1,53
Retirada de ponto	1	1,53
TOTAL	65	100%

No presente trabalho decidiu-se apreender a situação das famílias residentes na comunidade rural de Mãe dos Homens, quanto: ao grau de escolaridade, ocupação, propriedade da casa e da terra, fonte de água e tipo de canalização, tipo de privada disponível, destino final dos dejetos, registro de nascimento, assistência de saúde procurada, causas de morbidade, causas e registro de óbito, tipo de parto, esquema de imunização e opinião acerca da barragem. Todos esses dados serão explícitos nas tabelas a seguir.

Na tabela 1 os dados revelam que 40,7% das famílias residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens não são proprietárias da terra; destas 12,1% são proprietárias apenas da casa, 59,3% das famílias são proprietárias da terra e da casa.

Tabela 1 - Distribuição das famílias residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens, segundo a propriedade da casa e terreno - Praia Grande - SC., 1987.

PROPRIEDADE	SIM		NÃO		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
Proprietário da casa	11	12,1	-	-	11	12,1
Proprietário da casa/ terreno	54	59,3	26	28,6	80	87,9
TOTAL	65	71,4	26	28,6	91	100,0

Os sem terra na sua quase totalidade estão na condição de meeiros, arrendatários ou agregados. A questão agrária é um dos pontos mais sérios que o país deveria enfrentar

tar. Apesar de toda a mobilização dos sem terra, nada foi feito ainda, por se tratar de uma questão política. Para se ter uma idéia, no país existem 12 milhões de famílias sem terra e em Santa Catarina 146.000 famílias. Até o momento foram assentadas 1.400 famílias no Estado, sendo que a meta da reforma agrária é de apenas 2.500 famílias. Esses dados foram obtidos através da Confederação Nacional de Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), Comissão Estadual de Planejamento Agrário.

Observando as Tabelas 2, 3 e 4 evidencia-se que não existe uma rede pública de abastecimento de água, bem como do destino final dos dejetos.

Na Tabela 2, percebe-se que o abastecimento de água para consumo domiciliar são variados. O mais utilizado é a fonte "vertente" (71,4%), seguindo-se de poço (14,3%). Em relação ao tipo de canalização, 68,12% das famílias possuem canalização dentro de casa e 27,5% sem canalização.

Na Tabela 3, observa-se que 92,01% das famílias residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens, possuem privada sem instalação hidráulica e a Tabela 4, mostra que em relação ao destino final dos dejetos, 41,76% é a céu aberto.

FARIA, "considera de fundamental importância não o fato da privada ser área externa ou interna da casa, com ou sem instalação hidráulica, mas o tipo de destino que se dá aos dejetos, o qual constituem risco para a qualidade de vida" (20)

Tabela 2 Distribuição das famílias residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens, segundo a fonte de água e tipo de canalização utilizada. Praia Grande - SC., 1987.

TIPO DE CANALIZAÇÃO FONTE DE AGUA	CANALIZAÇÃO DENTRO DE CASA		CANALIZAÇÃO FORA DE CASA		SEM CANALIZAÇÃO		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
	Vertente	57	62,63	04	4,39	04	4,39	65
Rio	01	1,1	-	-	07	7,7	08	8,8
Poço	04	4,39	-	-	09	9,9	13	14,3
Rio/Poço	-	-	-	-	01	1,1	01	1,1
Vertente/ Rio	-	-	-	-	03	3,3	03	3,3
Açude	-	-	-	-	01	1,1	01	1,1
TOTAL	62	68,12	04	4,39	25	27,49	91	100,0

Tabela 3 - Distribuição das famílias residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens, segundo o tipo de privada disponível - Praia Grande, SC., 1987.

TIPO DE PRIVADA	nº	%
Interna com instalação hidráulica	07	7,7
Externa sem instalação hidráulica	84	92,30
TOTAL	91	100,0

Tabela 4 - Distribuição das famílias residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens, segundo o tipo de destino final dos dejetos - Praia Grande, SC., 1987.

DESTINO FINAL DOS DEJETOS	nº	%
Fossa seca	46	50,55
A céu aberto	38	41,75
Sem informação	07	7,7
TOTAL	91	100,0

No presente trabalho, decidiu-se verificar a situação de registro de nascimento das pessoas residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens. Demonstra-se apenas o registro em relação às crianças menores de 5 anos, onde se percebe na tabela a seguir, que 21,15% das crianças são possuem registro de nascimento; o que significa que 21,15% das crianças menores de cinco anos residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens não existem oficialmente, caracterizando o sub-registro de nascimento.

Tabela 5 - Distribuição das crianças menores de 5 anos residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens, segundo registro de nascimento - Praia Grande, SC., 1987.

IDADE	REGISTRO DE NASCIMENTO		NÃO		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
Menores de 1 ano	08	15,38	03	5,77	11	21,15
1 ——— 5	33	63,47	08	15,38	41	78,85
TOTAL	41	78,85	11	21,15	52	100,00

Em relação a assistência de saúde procuradas pelas famílias residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens, evidencia-se na Tabela 6, que o local de maior procura é o hospital com 46,60%, seguido da farmácia com 28,40% e o posto de saúde 18,18%. Vale ressaltar que a grande maioria das famílias antes de procurar qualquer tipo de recurso faz uso de plantas medicinais.

Tabela 6 - Distribuição das famílias com problemas de saúde residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens segundo assistência procurada em primeiro lugar. Praia Grande, SC., 1987.

ASSISTÊNCIA PRODURADA	nº	%
Hospital	41	46,60
Farmácia	25	28,40
Posto de Saúde	16	18,18
Sindicato dos Trabalhadores Rurais	05	5,68
Pastor	01	1,14
TOTAL	88*	100,00

*O total exclui as famílias que nunca procuraram assistência.

Em relação a morbidade, segundo informações das famílias residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens, observa-se na Tabela 7, que as doenças infecto-contagiosas (sarampo, coqueluche) são as de maior incidência (31,03%), seguido das doenças dermatológicas (escabiose, pediculose, tunga penetrans) com 28,45%, e doenças infecciosas e parasitárias.

tárias (diarréia e verminose) com 18,18%. Esta realidade não difere de Santa Catarina e nem do país. Fica evidenciado que as condições de vida da população estão diretamente relacionadas com processo saúde-doença, visto que mais de 50% da população economicamente ativa, recebe apenas 1 (um) salário mínimo para o sustento de sua família.

Tabela 7 - Distribuição das causas de morbidade, segundo informações das famílias residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens - Praia Grande, SC, 1987.

MORBIDADE	nº	%
Doenças infecciosas e parasitárias	62	18,18
Doenças dermatológicas	97	28,45
Doenças do aparelho genital	14	4,1
Doenças infecto-contagiosas	106	31,09
Doenças do aparelho respiratório	35	10,26
Doenças do aparelho circulatório	27	7,92
TOTAL	341	100,00

Em relação a mortalidade em crianças menores de 5 anos, a Tabela 8 revela segundo as causas apontadas pelas famílias residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens, que 53,33% não sabem informar a causa de óbito, seguido a diarréia com 13,32% e prematuridade com 6,6%. O fato das famílias não saberem informar a causa de óbito, pode estar relacionado com a não explicação do profissional que assistiu

Tabela 8 - Distribuição dos óbitos por grupo etário, segundo as causas apontadas pelas famílias residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens - Praia Grande, SC., 1987.

CAUSAS DE ÓBITO	NATIMORTO		01 — 28 d.		28 d. — 1 a.		1 a. — 5 a.		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Amarelão	-	-	01	3,33	-	-	-	-	01	3,33
Diarréia	-	-	-	-	02	6,66	02	6,66	04	13,32
Gripe/febre	-	-	-	-	01	3,33	-	-	01	3,33
Pontada	-	-	-	-	01	3,33	-	-	01	3,33
Prematuridade	-	-	02	6,66	-	-	-	-	02	6,66
Ronqueira	-	-	01	3,33	-	-	-	-	01	3,33
Raquitismo	-	-	-	-	01	3,33	-	-	01	3,33
Devido a tombo	01	3,33	-	-	-	-	-	-	01	3,33
Tétano umbilical	-	-	01	3,33	-	-	-	-	01	3,33
Falta de assistência	01	3,33	-	-	-	-	-	-	01	3,33
Não sabe informar	06	20,00	07	23,33	03	10,00	-	-	16	53,33
TOTAL	06	26,66	12	39,98	08	26,65	02	6,66	30	100,00

ou devido, segundo a tabela 9, que nos mostra que 55,3% dos óbitos das famílias residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens, receberam assistência sem atestado.

Tabela 10 - Distribuição dos óbitos ocorridos nas famílias residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens, segundo assistência recebida e registro de óbitos. Praia Grande, SC., 1987.

ÓBITOS	COM ASSISTÊNCIA		SEM ASSISTÊNCIA		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
Com atestado	09	23,7	-	-	09	23,7
Sem atestado	21	55,3	08	21,0	29	76,3
TOTAL	30	79,0	08	21,0	38	100,0

Na Tabela 10, observa-se que a maioria dos partos ocorridos são domiciliares (65,80%). Verifica-se que o número total de gestações das mulheres residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens é 448, destes houveram 391 partos com um total de 385 nascidos vivos, 8 natimortos, 57 abortos. Durante o levantamento dos dados sócio-métricos verificou-se 4 gestantes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens.

Tabela 10 - Distribuição dos partos segundo local de ocorrência relatados pelas mulheres residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens, Praia Grande, SC., 1987.

PARTO	nº	%
Domiciliar	252	65,80
Hospitalar	131	34,20
TOTAL	383	100,00

A Tabela 11 revela que 33,33% das crianças menores de 5 anos residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens, possuem imunização incompleta, evidenciando-se um índice baixo de cobertura vacinal.

Tabela 11 - Distribuição de crianças menores de 5 anos residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens segundo esquema de imunização - Praia Grande, SC., 1987.

ESQUEMA DE IMUNIZAÇÃO	nº	%
Imunização completa	31	64,59
Imunização incompleta	16	33,33
Não imunizado	01	2,08
TOTAL	48	100,00

As famílias residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens apresenta uma questão séria que é a construção de uma barragem para beneficiar o plantio de arroz do município de Sombrio, Santa Catarina, levando a inundação da mesma. Essa questão está gerando inúmeros problemas para a comunidade, que vão desde a desapropriação das terras até a incerteza ou ausência de um local para morar.

Em consequência dessa barragem na Tabela 12, observa-se que 69,23% são contra a construção da mesma.

Tabela 12 - Opinião das famílias residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens, segundo a implantação da barragem Praia Grande SC., 1987.

OPINIÃO ACERCA DA BARRAGEM	nº	%
Sim	05	5,5
Não	63	69,23
Não tem opinião	10	10,98
Não foi perguntado	13	14,29
TOTAL	91	100,00

Em relação ao nível de escolaridade das pessoas residentes na Comunidade Rural de Mãe dos Homens, observou-se que 82,4% das crianças de 7 — 14 anos frequentam a escola, sendo que 17,6% das crianças desta faixa etária não frequentam a escola. O índice de analfabetismo é de 16,66% em pessoas com idade acima de 14 anos. Um dado chamativo é que em todos os graus de escolaridade existe um maior número de pessoas do sexo masculino que frequentaram e ou frequentam a escola. Este dado pode estar relacionado ao fato da sociedade estabelecer que o trabalho da mulher deve ser aquele voltado para os afazeres domésticos, sendo que ao homem é ter algum grau de instrução para constituir a força de trabalho para sustento da família.

Quanto a ocupação verificou-se que na Comunidade Rural de Mãe dos Homens, 63% de todas as pessoas que trabalham são agricultores e 26% exercem dupla jornada". Das

*Entende-se por dupla jornada as mulheres que trabalham na agricultura e realizam serviços domésticos. Atribuiu-se o termo dupla jornada, também ao homem que exerce duas atividades remuneradas.

pe^{so}as na faixa etária de 6 — 18 anos que trabalham, 84% são agricultores. Evidencia-se com este dado, que as pes^{so}as desta faixa etária, são as mais utilizadas para traba^{lh}arem na lavoura. Questiona-se aqui, o período de fê^{ri}as escolares ser estabelecido igualmente em todo o Brasil. Acre^{di}ditamos que este, deva ser estabelecido de acordo com cada região do País, pois as crianças deste grupo etário são obrigadas a abandonar a escola durante o período de entre^{sa}fra, ocasionando a grande evasão escolar.

III - CONCLUSÃO

É evidente que a situação de vida destas comunidades não difere do resto dos países.

Entende-se que a implantação das A.I.S. foi uma forma do governo contentar a população apenas por algum tempo. Isto é compreensível em se tratando de um Setor Saúde caôtico, empresarial, visando em primeiro plano o lucro, não assumindo compromisso com a saúde enquanto necessidade social.

É preciso haver um interesse maior dos estudantes em relação ao trabalho de Saúde Comunitária, porém, sabe-se que este desinteresse é consequência do modelo educacional que nos é importo na universidade, fazendo com que os estudantes tenham uma prática fora da realidade brasileira. Por outro lado, não se pode desprezar o trabalho de saúde nos hospitais. O grande problema, está em se fazer um plano integrado e único para o setor saúde, onde a prática curativa e preventiva caminhem juntas e ambas sejam valorizadas. Acredita-se que esta modificação do setor saúde ainda não se concretizou, devido o grande distanciamento existente entre a teoria e a prática de nossos governantes.

Considera-se a prática essencial em qualquer traba

lho que se faça e é através dela, que consegue-se distinguir esta dicotomia existente entre o pensar e o fazer.

Em se tratando de trabalho comunitário, a prática deve ser enfatizada no que diz respeito à convivência diária e participação conjunta nas decisões do povo, pois somente assim, que a realidade da população se revelará na sua totalidade. Sendo que a convivência diária deve ser estabelecida através de uma relação sujeito X sujeito, visando sempre uma possível transformação a nível de grupo, para que o povo comece a ter participação decisória na vida social.

IV - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IBASE. Saúde e trabalho no Brasil. 2a. ed., Rio de Janeiro, Vozes, 1983.
2. LORENZETTI, J. Realidade e perspectivas de enfermagem em Santa Catarina. Tema Central do III ENFSUL e XI J.C.E., Florianópolis, dezembro 1983. p. 11.
3. 13 de Maio - Núcleo de educação popular. Noções básicas de economia política. Caderno de Formação nº 5, 2a. ed., São Paulo, 1985.
4. SERRANO, Alan Índio. O que é medicina alternativa. 4a. ed., São Paulo, ed. Brasiliense 1985.
5. MOVIMENTO dos Trabalhadores rurais sem terra. Agenda de 1987.
6. MANUAL de Operacionalização - Ações Integradas de Saúde. Florianópolis - maio 1986.
7. TEMA. A conferência e sua história. Vol. 7, Rio de Janeiro, 1986.
8. RELATÓRIO final da 8a. Conferência Nacional de Saúde.
9. CADERNOS DO CEDES. Concepções e experiências de educação popular. nº 1, São Paulo, Cortex: Autores Associados, 1980.

10. REZENDE, Ana Lúcia Magela de. Saúde: dialética do pensar e do fazer. São Paulo, Cortez, 1986.
11. GADOTTI, Moacir. Concepção dialética da educação: um estudo introdutório. São Paulo, Cortez: Autores Associados, 1983 (Coleção Educação Contemporânea).
12. KONDER, Leandro. O que é dialética. 4a. ed., São Paulo, ed. Brasiliense, 1981.
13. WAITAKIN, H. Uma visão marxista sobre atendimento médico. São Paulo, Avante, 1980.
14. BOLTANSKI, Luc. As classes sociais e o corpo. 2a. ed., Rio de Janeiro, Graal, 1984.
15. GURGEL, Roberto Mauro. Extensão universitária - Comunicação ou domesticação. São Paulo, Cortez: Autores Associados, Universidade Federal do Ceará, 1986.
16. CADERNO DO 1º ENCONTRO CATARINENSE DE SAÚDE. Tubarão, 1981.
17. DALLARI, Dalmo de Abreu. O que é participação política. 5a. ed., São Paulo, ed. Brasiliense, 1984.
18. ARANTES, Antonio Augusto. O que é política. 11a. ed., São Paulo, ed. Brasiliense, 1986.
19. FARIA, Eliana Marília. Óbitos de menores de 5 anos ocorridos em famílias residentes no Bairro da Costeira do Pirajubaé. Dissertação de Mestrado, Florianópolis, UFSC, 1980.

ANEXO 1

26.06.87:

Juntamente com os estagiários dos cursos de pedagogia e serviço social, participou-se do encontro com os jovens realizado na Escola Isolada de Santa Luzia, localidade de Mãe dos Homens, à convite dos pais dos jovens e da professora Santana. O encontro teve como objetivos, esclarecer os jovens sobre dúvidas surgidas na adolescência, criar oportunidades de conhecer a si próprio e ao próximo, propondo também a formação de um grupo de jovens nesta comunidade. Foi explanado para o grupo o ciclo vital do ser humano, atentando principalmente para as modificações da infância para a adolescência e como se processa a reprodução humana. Foi questionado aos participantes sobre dúvidas referentes ao assunto, sendo que os mesmos mantiveram-se calados. O grupo atribuiu essa conduta pelo fato de ser um primeiro contato com as pessoas, por se tratar de um assunto onde a sociedade rotula com seus tabus e preconceitos e principalmente pela faixa etária heterogênea (8 a. - 22 anos). Após as recreações feitas com o grupo na tentativa de descontraí-los, foi feita uma avaliação do encontro e concluiu-se que os objetivos foram parcialmente alcançados, pois os participantes demonstraram interesse em dar continuidade as reuniões visto que solicitaram um novo encontro para o dia 10/07/87.

Não foi possível realizar esta segunda reunião pois, mais uma vez a Prefeitura Municipal de Praia Grande não dispunha de transporte.

ANEXO 2

09.06.87

Reunião da Comunidade Rural de Cachoeira, com participação de acadêmicos do Serviço Social e Enfermagem, extensionista da ACARESC, Enfermeira do município, mulheres desta comunidade e circunvizinhas. Esta foi uma reunião preparatória para o Encontro de Mulheres Rurais, que será realizado no município no final de julho de 1987. Distribuiu-se um texto sobre MULHER E REALIDADE SOCIAL, contando a história de uma mulher e seus afazeres nas 24 horas. Foi discutida em pequenos grupos a situação desta mulher e até que ponto as pessoas presentes se pareciam com ela. Houve ampla discussão sobre o papel da mulher dentro e fora de lar, bem como o papel do homem dentro e fora de casa-

Foi exposto, pela enfermeira local, os cuidados referentes a prevenção e combate de algumas doenças parasitárias e dermatológicas, mais frequentes na comunidade.

Ao final da reunião, inscreveram-se quatro representantes da comunidade, para participarem do encontro geral das mulheres rurais, a realizar-se no final do mês de julho de 1987, no município de Praia Grande (SC).

As acadêmicas de enfermagem, expuseram para a comunidade o trabalho de atendimento no Posto de Saúde da Cachoeira, bem como o período de permanência dos mesmos, no local.

ANEXO 3

23.06.87:

Através dos estagiários do curso de Pedagogia da UDESC, as estagiárias de Enfermagem receberam um convite para realizar uma palestra sobre pediculose, escabiose e tunga penetrans na Escola Isolada 3 Irmãos III na Comunidade Rural de Cachoeira, aos alunos desta escola, bem como seus pais.

Colocou-se o modo de transmissão dessas doenças, o tratamento, bem como a necessidade de uma vigilância epidemiológica constante.

Houve uma participação significativa por parte dos pais, não só em relação a este conteúdo, como também da importância do acompanhamento na educação dos filhos e das técnicas para horticultura.

ANEXO 4

03.04.87:

Foi convocada uma reunião pelo professor Jarbas Cardoso da UDESC, onde compareceram os estudantes de Enfermagem, Serviço Social, alunas do curso de Habilitação de Administração Escolar e Orientação Educacional, juntamente com o diretor Administrativo do CAVAM.

Discutiu-se a necessidade de haver uma integração efetiva entre os cursos que participam do Campus Aproximado, que depois de dois anos em funcionamento ainda não se conseguiu trabalhar integralmente. Cada área está fazendo de seu trabalho individual, o que foge completamente do objetivo principal do Campus que é a interdisciplinariedade.

Em face disto, foi colocado pelo professor Jarbas que os departamentos estavam começando a fazer um trabalho que proporcione esta interdisciplinariedade. Cada departamento começará a fazer seu projeto e posteriormente reunir-se-ão para montar um projeto único ao Campus Aproximado, integrando todos os cursos que dele participam.

Esta foi a primeira reunião realizada no Campus, com a participação das estagiárias de enfermagem 87.1. Reunião esta, positiva, onde comprovamos a preocupação da integração, não só nossa, mas como de todos os outros cursos. Vemos com grande preocupação o fato de não estar ocorrendo a interdisciplinariedade entre os cursos, porque acreditamos que todo trabalho desorganizado tende a desfazer-se, impedindo assim, sua continuidade.

ANEXO 5

04.05.87:

Participou-se de uma reunião na UFSC com a turma da VIIIa. Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, onde cada grupo expôs o andamento de seus trabalhos e dificuldades encontradas.

Decidiu-se que os projetos serão apresentados juntamente com os relatórios, na primeira semana de julho, provavelmente. Marcou-se uma próxima reunião para o dia 25 de maio com orientadores e alunos.

ANEXO 6

06.05.87:

Participou-se do Seminário Municipal de Desenvolvimento de Comunidades, no município de Praia Grande. Foram aprovadas 10 necessidades municipais e 3 necessidadas intermunicipais, para entrarem no orçamento do Governo do Estado (SC), no ano de 1988. Juntamente com estas propostas, foram escolhidos representantes para o Seminário Regional.

PROPOSTAS APROVADAS

- Necessidades municipais:

1) Construção de uma sede que centralize os órgãos estaduais.

2) a) Ginásio de esporte;

b) Armazéns e silos;

c) Aumento do quadro de recursos humanos na Agropecuária.

3) a) Saneamento básico;

b) Recursos humanos na área da saúde;

c) Patrulha Mecanizada Agrícola;

d) Habitação com saneamento.

4) a) Cursos profissionalizantes;

b) Drenagem e irrigação.

- Necessidades Intermunicipais:

1) Asfalto Praia Grande para Jacinto Machado.

2) Asfalto Serra do Faxinal.

3) Escola Agrícola Regional.

REPRESENTANTES PARA O SEMINÁRIO REGIONAL:

Efetivos:

- João José Mattos
- Antônio Sala
- Leonardo Caruccio

Suplentes:

- Victor Souza
- Valdir Francisco
- Vera Lúcia Civinski.

Este evento foi divulgado com menos de 48 horas de antecedência às pessoas da comunidade urbana, e em menor escala a das comunidades rurais, dificultando assim, a presença da grande maioria da população de Praia Grande. Consideramos este, um dos motivos pelos quais, as reais necessidades do município não coincidem com as necessidades aprovadas neste seminário. A primeira necessidade aprovada, não é, em hipótese alguma, uma prioridade das comunidades do município.

O fato das estagiárias do CAVAM não terem direito a voto, evidenciou o escamoteamento dos anseios das comunidades, direcionando os anseios de uma minoria privilegiada. Achamos injusta esta posição tomada, devido ao fato de trabalharmos nos comunidades distantes, mantendo contatos diário através de uma relação sujeito X sujeito da qual nos permite identificar os principais problemas e acreditamos que

poderíamos abordar perfeitamente os anseios das comunidades, já que estas estavam ausentes.

ANEXO 7

07.05.87:

Realizou-se uma reunião no CAVAM, com os acadêmicos de Pedagogia, Enfermagem, Serviço Social, Odontologia, Técnicas Agrícolas e Diretor Administrativo do Campus.

Cada grupo apresentou os trabalhos desenvolvidos nas comunidades em que atuam e discutiu-se novamente a importância de um trabalho integrado entre os cursos. A enfermagem colocou a necessidade de integração com o serviço social no que diz respeito a organização popular. Um fato importante colocado pelas acadêmicas do serviço social, foi que este nasceu para aliviar as tensões sociais da época. A partir daí conheceu-se um pouco da história de seu surgimento, em que deu-se da mesma forma que o surgimento da Enfermagem. Concluiu-se que essas duas profissões carregam a marca do seu surgimento e são marginalizadas pela sociedade até hoje.

ANEXO 8

12.05.87:

Participou-se de uma reunião preparatório na comunidade rural de Mãe dos Homens para o Iº Encontro de Mulheres Rurais de Praia Grande. Esta reunião foi convocada pela Prefeitura Municipal, ACARESC e CAVAM, com o objetivo de formar uma comissão para representar esta comunidade neste evento.

Estavam presentes 10 mulheres da comunidade, 4 estagiárias do CAVAM (Cursos de Enfermagem e Serviço Social) e 1 representante da ACARESC.

Foram discutidos assuntos sobre a questão da mulher, seu papel na sociedade, sua força de trabalho, sua função como mãe, esposa, etc ..., de uma forma participativa e democrática.

Não foi possível atingir o objetivo principal (formar comissão), pelo fato de estarem presentes apenas dez participantes da comunidade, provavelmente devido ao tempo chuvoso. Em decorrência disto, foi marcada uma próxima reunião para o dia 21.05.87.

Foi colocado por uma acadêmica de Enfermagem que o Posto de Saúde não está funcionando, devido a falta de recursos financeiros por parte da Prefeitura, para pagamento do material permanente e de consumo reservado em Florianópolis.

ANEXO 9

25.05.87:

Participou-se de uma reunião com os orientadores e turma da VIIIa. Unidade Curricular, na UFSC, onde cada grupo expôs o andamento e dificuldades de desenvolver os trabalhos.

Decidiu-se que a formatura será dia 08 de agosto de 1987 e a apresentação de trabalhos e relatórios dias 13, 14 e 15 de julho, sendo que os relatórios deverão ser entregues datilografados no dia da apresentação.

ANEXO 10

23.06.87:

Os estagiários e diretor administrativo do CAVAM juntamente com autoridades do município de Jacinto Machado e circunvisinhas, Ministro do Interior, Governador do Estado de Santa Catarina e representantes da Sudesul e moradores da comunidade, participaram de uma reunião na localidade de Rio Bonito, município de Jacinto Machado (SC). Esta reunião teve como objetivo o assentamento de 20 famílias que foram indenizadas devido a construção de uma barragem. Estas famílias receberam o título de dono da terra, contando com uma ajuda financeira de CZ\$ 100.000,00, sendo que 40% serão destinados para custeio de alimentação e 60% para construção de residências. O pagamento destas terras se derá de acordo com o lucro obtido em cada safra num período de 13 anos, sendo que os três primeiros anos são de carência. Um agricultor discursou dizendo que todos deveriam lutar muito para pagar a terra, expressando a atitude do governo como um favor e não como um dever. O Prefeito do Município de Praia Grande colocou que é necessário que haja investimento nos pequenos municípios para que o Estado e a União atinjam o desenvolvimento desejado. Para isso é necessário que os nossos governantes adotem esta conduta.