

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



CCSM
TCC
UFSC
ENF
0184
Ex.1

N.Cham. TCC UFSC ENF 0184
Autor: Pereira, Jaci João
Título: Buscando um crescimento e desenv



972496910

Ac. 241020

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

BUSCANDO UM CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO
SAUDÁVEL DA CRIANÇA DE 4 MESES A 5 ANOS: UMA
PROPOSTA DE ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM NUMA CRECHE COMUNITÁRIA

Jaci João Pereira

Letícia Demarche Frutuoso

Supervisora: Ingrid Elsen

Orientadora: Jezabel A. Silva

Florianópolis, dezembro de 1993.

"Não poderíamos ter alcançado nossos objetivos se não fosse a aceitação e o carinho que recebemos dos funcionários da creche, das crianças e das famílias com que tivemos contato."

AGRADECIMENTOS

- A Deus
- A nossa família
- A Professora Doutora Ingrid Elen
- A Enfermeira Jezabel A. Silva
- A Enfermeira Luizita Henckemaier
- A Professora Astrid Eggert Boehs
- A Professora Coleta Renalde Althoff
- A Alvino Frutuoso
- Aos Funcionários, professores, crianças e famílias da creche Promorar
- Aos funcionários do Posto de Saúde Monte Cristo
- Ao GAPEFAM
- Aos funcionários da UFSC
- Aos colegas de aula

Pelo carinho, estímulo e colaboração para o desenvolvimento deste projeto assistencial.

SUMÁRIO

I. INTRODUZINDO O PROJETO	05
II. APRESENTANDO OS OBJETIVOS	08
III. BUSCANDO NA LITERATURA APOIO P/PROJETO	09
IV. EXPONDO O MARCO CONCEITUAL	60
V. DESCREVENDO A METODOLOGIA	65
VI. PROGRAMANDO O TEMPO	69
VII. CRONOGRAMA	72
VIII. RELATANDO AS ATIVIDADES	74
IX. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E NÃO PROGRAMADAS	98
X. AVALIANDO O MARCO CONCEITUAL E O PROCESSO DE ENFERMAGEM .	99

XI. AVALIANDO O PROJETO	103
XII. REFLETINDO NOSSA EXPERIÊNCIA	105
XIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	110

INTRODUZINDO O PROJETO

Os autores deste trabalho são acadêmicos de enfermagem da VIII fase curricular da Universidade Federal de Santa Catarina.

Este trabalho teve como objetivo central a promoção da saúde e a prevenção de doenças na criança, através de um programa de saúde na creche, onde as crianças sadias passam a maior parte do seu dia. Foram envolvidos pais, professores e profissionais de saúde em busca de melhores condições de vida.

O interesse por esta área se deu depois de assistirmos a apresentação de um dos trabalhos da 8ª fase realizado no semestre anterior, sobre a atuação das estudantes de graduação de enfermagem em uma comunidade escolar objetivando o crescimento e desenvolvimento da criança pré-escolar. Além disso, nossos contatos com o GAPEFAM (Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde) que desenvolve projetos na unidade Monte Cristo ampliou o desejo de realizar um trabalho comunitário com crianças. Chamou-nos ainda atenção o estudo "Compreendendo o conceito de saúde-doença de crianças de uma comunidade marginalizada" (desenvolvido por Gonçalves, Hense e Mariot 1992), sobre a criança e sua família como agentes transformadores em relação a saúde, a qual fortaleceu nosso interesse pela comunidade,

criança e família.

A intenção principal do projeto foi despertar o interesse dos pais e educadores sobre a prevenção de doenças e promoção da saúde, pois de modo geral a família procura o serviço de saúde somente quando seus membros adoecem (Eckert, Hense e Penna, 1991).

Além disso, a falta de conhecimento sobre saúde e doença por parte dos integrantes das famílias do bairro Monte Cristo, conforme identificado por (Eckert, Hense e Penna, 1991), faz com que ocorra um alto índice de reincidência de doenças como diarreia, verminose, escabiose, pediculose, doenças respiratórias e de pele, capazes de interferir no crescimento e desenvolvimento normal da criança.

Foi a creche, onde a criança interage com os outros brincando e aprendendo, que identificamos ser o lugar ideal para se implantar um sistema de controle de saúde para as crianças. O professor desempenha um papel importante na manutenção da saúde pelo contato frequente que tem com a criança, pela observação não apenas do comportamento relacionado com o aprendizado, mas também do ajustamento emocional e social da criança dentro do grupo. O professor constata além dos problemas do aprendizado, outros relacionados com a saúde, como inquietude acentuada, timidez, problemas de postura na marcha, visão, audição, de pele e outros. Assim sendo, um programa articulando profissionais de saúde e de educação tem possibilidades ampliadas de sucesso.

Justificando o Projeto

Passaremos a descrever nossas justificativas que nos levou a prestar assistência de enfermagem em uma creche comunitária.

A entrada das crianças na creche ocorre a partir dos 4 meses de idade sendo que nesta faixa etária elas necessitam de atenção especial, estimulação, necessidade afetiva, psíquica e proteção a saúde.

É um campo pouco explorado pelos profissionais da saúde, onde os enfermeiros tem possibilidade de contribuir para a assistência preventiva e curativa da criança e sua família.

Por estar localizada em uma área marginalizada, atualmente como resultado de um processo de migração desordenado um grande grupo de pessoas passaram a dividir o espaço da comunidade, enfrentando problemas de toda natureza, inclusive os relacionados aos serviços de saúde.

O fato da creche estar localizada na mesma comunidade onde o GAPEFAM atua, nosso trabalho abre possibilidades de trocas e experiências possibilitando novas frentes de atuação para o grupo.

Atuando na creche o enfermeiro participa do processo educativo visando a interação, entre crianças, comunidade da creche, família e o serviço de saúde, objetivando a melhoria das condições de saúde.

II. APRESENTANDO OS OBJETIVOS

Elaboramos os seguintes objetivos para serem atingidas durante o desenvolvimento deste projeto assistencial.

Geral:

Desenvolver assistência de enfermagem, com base em um referencial teórico, à criança, família, e funcionários de uma creche comunitária.

Específicos:

- Realizar a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança de 4 meses a 2 anos na creche Promorar no Bairro Monte Cristo.
- Trabalhar situações saúde/doença identificados junto ao pessoal da creche, em relação as crianças de 4 meses à 5 anos.
- Atualizar o esquema de vacinação das crianças da Creche.
- Oferecer subsídios à equipe da creche sobre temas relacionados a saúde.

III. BUSCANDO NA LITERATURA APOIO PARA O PROJETO

Revisão de Literatura

Neste capítulo, apresentamos as literaturas utilizadas para execução deste projeto. Assim, aqui se reúne um conjunto de informações, relativas ao SUS, crescimento e desenvolvimento saudável da criança de 0 à 2 anos, doenças comuns, imunizações e serviços da creche.

SUS - Sistema Unificado de Saúde

É um modelo novo de assistência à saúde, proposto pela constituição de 1988, possuindo uma mesma doutrina e uma mesma lógica organizativa em todo o país. É de responsabilidade das autoridades governamentais das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal.

Os elementos integrantes do SUS, estão relacionados simultaneamente com as atividades de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde. As doutrinas são baseadas nos preceitos constitucionais, em seus princípios (universalidade, integralidade e equidade). Os princípios que regem a organização

do SUS, são: regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos, complementariedade do setor privado. Os gestores são entidades encarregadas da implantação e funcionamento do SUS. No município, o gestor é a Prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde; no Estado é o Secretário Estadual de Saúde; no País é o Ministro da Saúde. As responsabilidades a nível municipal são de execução e avaliação da assistência à saúde, de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, programa de alimentação, nutrição e saneamento básico. A nível estadual é tarefa do governo a consolidação das necessidades propostas de cada município, através de planos municipais ajustados entre si. A nível federal, o governo é responsável pela formulação, coordenação e controle da política nacional de saúde. O controle para averiguação do funcionamento do SUS, é da própria população através do poder legislativo e do gestor em cada esfera de governo. O investimento e custeio do SUS a nível municipal se dá através do repasse estadual. Já a nível estadual, se dão através dos recursos repassados pelo ministério da saúde, mais os recursos do governo estadual. A nível federal, os recursos são provenientes do orçamento da seguridade social e outros recursos da união, que constam da lei de diretrizes orçamentárias. Tais recursos são divididos em duas parcelas: uma parcela é para o investimento e custeios das ações federais e a outra parcela, vai para as secretarias de saúde estaduais e municipais, de acordo como os critérios previamente definidos em função da população, necessidades de saúde e rede assistencial. A assistência à saúde compreende atividades de vigilância epide-

miológica, prevenção e detecção precoce de doenças, tratamento e reabilitação que devem ser realizados pelos serviços públicos de saúde e, de forma complementar, pelos serviços privados contratados ou conveniados que integram a rede do SUS.

Seguindo a organização da rede básica, no município de Florianópolis, existem dois tipos de unidades de serviço que são os Centros de Saúde I (CSI) e os Centro de Saúde II (CSII); sendo que os CSI são unidades simples que atendem a população local do bairro ou comunidade em que se localizam e prestam os seguintes serviços: atendimento médico em clínica geral; atendimento odontológico, atendimento básico de enfermagem; ações relacionadas com a promoção da saúde; ações relacionadas com a prevenção e detecção precoce de doenças; assistência ao pré-natal de baixo risco; detecção de doenças infecciosas e transmissíveis, detecção de doenças crônico-degenerativas. Os exames laboratoriais, devem ser encaminhados ao CSII mais próximo, ou, dependendo da complexidade, clínicas especializadas através da marcação de consulta com a "central de agendamento". Já nos CSII que são unidades com maior complexidade, são oferecidos todas as ações e programas complementares de atenção à saúde, como a assistência à mulher, fornecendo clínica médica ginecológico; assistência nas DST; planejamento familiar; exame preventivo do câncer ginecológico; assistência ao pré-natal de baixo risco e orientação educativa em grupo.

PAISC é o Programa de Assistência Integral a Saúde da criança, feito pelo Ministério da saúde, que visa reduzir a morbimortalidade de crianças de 0 a 5 anos. O atendimento a criança

neste programa segue o seguinte esquema:

- 0 a 1 ano: consultas mensais com o médico e o enfermeiro alternadamente, sendo que a primeira é feita pelo médico.
- 2 a 3 anos: duas consultas anuais, uma consulta com o médico e a outra com o enfermeiro.
- Acima de 3 anos: uma consulta anual com o médico.
- Neste programa o enfoque da atenção se faz prioritariamente sobre o aleitamento materno, vacinação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

A seguir, explicaremos um destes enfoques que é a alimentação.

Alimentação

O primeiro ano de vida da criança constitui-se em fase de crescimento e desenvolvimento acelerados e sua extrema dependência do adulto. Para satisfazer suas necessidades básicas, as necessidades nutricionais da criança são proporcionalmente maiores em relação ao peso corpóreo do que em qualquer outra fase da vida, aliados a sua imaturidade fisiológica e necessidades evolutivas. Dai a necessidade dos profissionais de saúde em centrar sua atenção neste tema.

Aleitamento Materno

Até algumas décadas atrás, a amamentação era uma função biológica experimentada por quase todas as mulheres. Na falta do leite humano, a criança tinha poucas chances de sobreviver. Observou-se entretanto, a partir dos anos 40, um declínio acentuado na prática da amamentação acarretando inúmeros prejuízos para o lactente e suas mães, principalmente nos países em desenvolvimento, onde o leite materno de alto valor biológico, foi substituído por leite de vaca, geralmente diluído e contaminado, devido a falta de adequadas condições higiênicas ambientais.

As causas do desmame precoce são inúmeras e a maioria ligadas as mudanças dos valores sociais e tipo de vida, como alta taxa de urbanização, industrialização, tecnologias médicas inapropriadas.

Para que esse processo possa ser revertido as ações de incentivo ao aleitamento materno, devem ser iniciadas desde o pré-natal e continuar durante toda a vida da criança. A unidade de Saúde para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento ressalta que o leite humano é um alimento perfeito, preenche todas as necessidades nutricionais da criança nos 6 primeiros meses de vida, evita infecções através dos seus inúmeros mecanismo de defesa, é prático pois não exige preparo, é econômico e diminui os riscos de câncer de mama. A seguir serão abordados algumas técnicas sobre a amamentação segundo o suplemento educativo do Ministério da Saúde, terceira edição, nov/86.

Alimentação do 1º ano de vida para uma criança normal que recebe leite do peito.

Leite de peito (LP) como alimento único até o 6º mês de vida.

Segundo Marcondes (1992), a introdução de novos alimentos na dieta depende de muitos fatores relacionados a criança, como suas necessidades nutricionais, desenvolvimento fisiológico e neuropsicomotor e o seu contexto de vida. Na prática, qualquer proposta de esquema alimentar deve ser flexível e considerar a idade de cada criança.

De um modo geral, a introdução de novos alimentos deve ser iniciada por volta dos quatro aos seis meses de vida.

A opção pela época mais adequada de introdução deve ser baseada no acompanhamento da evolução do peso da criança considerando-se também as informações da mãe, quanto ao seu apetite, voracidade e choro, sede excessiva, encurtamento do intervalo entre as mamadas, diminuição do ritmo miccional.

4º ao 7º mês: Frutas sob forma de sucos ou papas, no intervalo das mamadas oferecidas em colher e se possível em copo.

Frutas (maçã, banana (sem as sementes), mamão, pêra, caqui). Sucos (cenoura, beterraba, laranja).

Após aproximadamente dez dias da introdução dos sucos e papas, será iniciada a administração da primeira sopa e da gema do ovo. A primeira refeição de sal, que é a sopa, deve ser preparada com hortaliças (legumes e verduras) e ou cereais, em caldo de carne de vaca, ou de aves, ou de peixes, ou de víscer-

ras, utilizando-se sempre pouco tempero e pouco sal. Acrescentar ao cozimento 5 ml de óleo ou 1 colher de chá de manteiga após a sopa estar pronta. Passar os ingredientes em uma peneira de malhas finas. A sopa substituirá uma das mamadas ao seio. A oferta de mistura de arroz, caldo de feijão e hortaliças, nessa faixa etária, em substituição a sopa deve respeitar o desenvolvimento e as necessidades da criança. O feijão deverá ser cozido com a carne, para aumentar a disponibilidade de ferro. Os legumes e verduras devem ser variados e um de cada cor, não repetir cores. Se houver recusa da refeição de sal, interrompe-se temporariamente sua administração e votando-se a oferece-la após uma ou duas semanas.

Segundo o texto elaborado pelo serviço de Pediatria do ambulatório do HU, a Alimentação no 1º Ano de Vida para uma Criança Normal que não recebe leite do peito é a seguinte:

1º mês:

Leite de vaca fresco fervido e diluído ao meio 50 por 50, adicionado HC sob forma de farinha a 5% e açúcar a 3%. O LV pode se substituído pelo leite em pó integral diluída a 10% (2 colheres de sopa rasa para cada 100 ml de água fervida). Pode-se usar leite em pó maternizado.

Capacidade Gástrica 90 - 150 ml.

2º mês:

LV fresco diluído a 2/3 ou leite em pó integral a 10% com adição de HC a 5% farinha e a 3% açúcar. Introdu-

ção do suco de frutas, iniciando com 10 ml até 100 ml por dia.

3^o mês:

LV puro ou LI a 10% + suco de frutas + papa de frutas.

4^o mês:

LV ou LI a 15% (3 colheres de sopa rasa para cada 100 ml de água fervida) + suco de frutas + papa de frutas ou hortaliças + gema de ovo.

5^o mês:

LV ou LI a 15% + suco de frutas + papa de frutas ou hortaliças + gema de ovo + sopa.

6^o mês:

LV puro adicionado ou não a farinha ou LI a 15% adicionado ou não farinha + suco de frutas + papa de frutas ou hortaliças + gema de ovo + sopa (2 vezes ao dia).

7^o mês:

idem + 2^a sopa ou caldo de feijão, a carne é adicionada a sopa e moída, sendo ofertado a criança em forma de pirão.

8^o, 9^o mês:

Idem ao anterior, aumentando a consistência da sopa.

10^o mês:

Idem ao anterior + ovo inteiro.

11^o mês:

"Comidinha".

Observações:

1. Em torno do 4^o ao 6^o mês, a criança tem suas necessidades calóricas, protéicas, vitamínicas e de minerais aumentadas, ao mesmo tempo que suas reservas vão se tornando insuficientes. O leite do peito a partir do 6^o mês torna-se insuficiente para suprir as necessidades dessa fase.
2. A oferta de alimentos mais consistentes estimula o desenvolvimento da mandíbula, a melhor articulação da mandíbula com o maxilar e a melhor oclusão dentária.
3. A introdução de cada alimento novo deve ser feito em pequena quantidade aumentadas gradativamente para testar a tolerância, obedecendo sempre ao intervalo de 1 semana para cada alimento novo introduzido.
4. Quantidade de refeições até 1 ano de acordo com a capacidade Gástrica.

Nascimento --> 30 - 90 ml

1^o ao 3^o --> 90 - 180 ml

4^o ao 6^o --> 180 - 220 ml e 2 a 4 colheres de sopa

7^o ao 8^o --> 200 - 250 ml e 4 a 10 colheres de sopa

9^o ao 10^o --> 200 - 250 ml e 4 a 10 colheres de sopa

> 1 ano --> livre

Alimentação no 2^o ano de vida segundo SAKAE (S/d).

No final do 1^o ano de vida e durante o 2^o ano, pela desaceleração da velocidade de crescimento, há uma redução gradual na ingesta calórica do lactente por unidade de peso corpóreo provocando diminuição da ingestão dos alimentos. O aspecto, cor, sabor, e quantidades de alimentos oferecidos passam a influir na aceitação dos mesmos. A partir do 2^o ano de vida inicia-se o processo de independência e individualização da criança, observado pelo desejo de alimentar-se só.

Geralmente oferta-se 3 refeições de leite e 2 de sal. O leite deve ser ofertado em forma de chocolate, com frutas, pudim, etc... Ou ainda oferecendo queijo, iogurte, ricota. Deve-se oferecer em torno de 500 ml de leite. Retirar a mamadeira e oferecer os alimentos em copo e caneca de bordas grossas.

Imunização

Outra das prioridades do PAISC é imprescindível para diminuir o número de doenças infecto-contagiosas, sendo que se trata de um método terapêutico que tem por finalidade dar resistência ao organismo contra certas doenças infecciosas. Constitui uma estratégia na prevenção de doenças. É de vital importância para a saúde da criança e seu desenvolvimento normal. As vacinas

são contra-indicadas: nos casos de doentes com deficiências imunitárias; imunodepressão por terapia com corticóide sistêmica em altas doses; imunodepressão causada por linfomas, doenças de Hodgkin e outros; pacientes portadores de HIV assintomáticas e doentes (contra indicação da BCG). é aconselhável, também, o adiantamento da vacina no caso de tratamento com imunossuppressores; doenças agudas febris graves, para não haver confusão com os efeitos adversos da vacina, no caso da vacina antipoliomielitica, não administrar em caso de diarreia severa e vômitos intensos; BCG em crianças com peso inferior a 2 kgs.

Vacina BCG

O antígeno utilizado é o bacilo vivo das cepas atenuadas do *Mycobacterium bovis*, glutamado de sódio e solução salina isotônica. Apresenta-se na forma liofilizada com sua conservação ótima entre 4 a 8°C e 8 hs após a diluição. A população a ser vacinada são as crianças recém nascidas (zero) até 4 anos de idade (4 a, 11 m, 29 d) para efeito de programação. A dose é de 0,1 ml, unicamente. Deve formar-se a cicatriz vacinal, caso não ocorra, repetir a dose após o 6º mês. O local a ser administrado é o braço direito, músculo deltoide, sob via intra-dérmica. As reações são locais e pouco frequentes, sendo a maioria proveniente de má técnica de aplicação. Dias após a aplicação, surge um nódulo no local da aplicação que evolui para úlcera e crosta, regredindo entre 6ª e 10ª semana, deixando uma pequena cicatriz. O enfartamento ganglionar não supurado, faz parte da evolução

normal e desaparece espontaneamente sem tratamento. Na fase em que ocorre aparecimento de secreção serosa, não deve-se passar medicamento no local e nem cobri-lo, apenas mantê-lo limpo. Não se deve aplicar em RN de peso abaixo de 2000 grs pela escassez de tecido epitelial.

Sabin

Os antígenos são vírus vivos atenuados, cultivados em células renais de macaco, concentração de partículas virais utilizadas na vacina brasileira. Poliovírus tipo I, II e III, cloreto de magnésio e vermelho de amarante ou roxo de fenol. Se apresenta na forma líquida, com conservação entre 4 e 8°C, protegida da luz solar direta. Sua validade mantém-se por 7 dias. São oferecidas 2 gotas por via oral, na parte superior da língua, não havendo reação adversa. Deve-se vacinar crianças de 2 meses a 4 anos completos (3 a, fim, 29 d) para efeito de programação. Campanha é de 0 a 4 anos. A 1ª dose é dada no 2º mês de vida e assim completa-se 3 doses com intervalo de 60 dias entre as mesmas. Reforço é fornecido no prazo de 1 ano após a 3ª dose. em caso de diarréia severa e/ou vômito persistente, não se efetua a vacina, porém em época de campanha, não há contra-indicação.

Tríplice

O antígeno utilizado são bactérias mortas do pertussos e toxóidos tetânico e diftérico. Sua forma é líquida de cor branca ou ligeiramente âmbar. Conserva-se sob temperatura de 4 a 8°C em abrigo da luz solar direta, não podendo ser congelada e nem chegar a temperatura de 0°C. O prazo de validade é de 7 dias e a população a ser vacinada, são crianças a partir de 2 meses com idade máxima de 6a, 11m e 29 d. A dose a ser fornecida é de 0,5 ml em cada dose, sendo o esquema completo de 3 doses com intervalo de 60 dias entre uma dose e outra, com início no 2º mês de vida. O intervalo mínimo é de 30 dias. Aplica-se por via intramuscular, podendo variar o local: terço médio do músculo vasto lateral; quadrante superior externo da região glútea; região deltóide. As reações adversas são raras não são severas. No local pode ocorrer dor, eritema, edema e endurecimento no local da aplicação, podendo ocorrer como sintomas gerais uma sensação de desconforto, sonolência, febrícula, mal estar com intensidade variável e duração passageira. Caso ocorra algumas dessas reações, orientar a mãe a não utilizar compressa quente no local, não usar analgésico u antitérmico, mas sim utilizar outras medidas para baixar a temperatura. Se aumentar muito e for superior a 38,5°C, procurar o posto de saúde. Esta é, contra indicada, em criança com quadro neurológico em atividade, criança que após a aplicação, apresentou febre superior a 39°C até 48 horas após a aplicação da vacina, convulsões ou crise de choro intenso ou incontrolável (duração acima de 3 horas) até 72 horas após a apli-

cação da vacina; colapso circulatório com estado tipo choque ou síndrome hipotônica até 48 horas após a aplicação da vacina. Todas estas reações devem ser notificadas.

Anti-Sarampo

O tipo de antígeno são partículas de vírus vivos atenuados, cultivados em substrato celular do fibroblasto de embrião de galinha. Apresenta-se sob forma liofilizada + diluente sendo válida até 6 horas após diluída. Conserva-se entre 4 a 8°C protegida da luz solar direta. Vacina-se criança a partir dos 9 meses, fornecendo um 2ª dose de reforço aos 18 meses. Crianças vacinadas com sucesso após o primeiro ano de vida, não há evidência convincente da necessidade da dose de reforço. A administração se dá por via subcutânea, no músculo deltoide ou na região glútea no quadrante superior externo. Devido ao componente principal da vacina, pode ocorrer exantema-heperemia conjuntival e anorexia, começando no 7º dia pós a aplicação, podendo durar de 2 a 4 dias. A evolução é benigna, assim como a febre que surge no 5º dia, durando 2 dias em média. A febre dispensa notificação. Notifica-se em caso de convulsões febris e encefalite mielinizante. Não faz-se compressa e nem utiliza-se analgésico e antitérmico. Se a criança estiver febril, utilizar outras medidas para baixar a temperatura e se for superior a 38,5°C, procurar o Centro de Saúde. Está contra-indicado em casos de imunodepressão causada por linfoma, doença de Hodgkin e outros tumores do sistema retículo endotelial ou leucemia; portadores de imono-

depressão devido a terapia com corticóide sistêmico em altas doses, antimetabólicos, agentes alquilante ou irradiações. No caso de tratamento com imunossuppressores, vacinar 90 dias após a suspensão destes e em caso de doenças agudas febris graves, adia-la.

Dupla

Antígeno é uma mistura dos toxóides diftéricos e tetânico. Os toxóides são obtidos respectivamente de filtrados estéreis das culturas de *Corynebacterium deokterial* à produção de toxina. É apresnetada sob forma líquida em ampolas de dose única, contendo 0,5 ou 1 ml, conforme o laboratório produtor. Não podendo sofrer congelamento, esta vacina deve ser conservada à temperatura entre 4 e 8°C, ao abrigo da luz solar direta. A vacina dupla (dt) para uso adulto é indicada para a vacinação contra o tétano e a difteria em pessoas a partir de 7 anos de idade que estão com esquema vacinal em atraso ou que nunca foram vacinadas. A vacina dupla (dt) para uso infantil é indicada para crianças de 2 meses a 6 a, 11 m, 29 d que tenham contra-indicação médica formal de receber o componente "pertussis" da vacina tríplice. Admnsitra-se 3 doses com intervalo de no mínimo 30 dias e no máximo 60 dias entre as doses e um reforço após 10 anos (dt). A vacina dupla infantil (dt) é indicada com intervlaio de 60 dias entre as doses. O local de aplicação é a parte média do músculo vasto lateral na coxa, no quadrante superior externo da nádega, face externa do braço. Antes de sua admnsitração, a

vacina deve ser fortemente agitada, após usar a técnica de preparo de injeção, retirando o líquido da ampola. Introduce-se a agulha em ângulo de 90°C, antissepsia no local é dispensável, caso apresente sujeidade, lavar com água e sabão. Pode ocorrer febre moderada e nódulo no local da aplicação que é reabsorvido em algumas semanas. Dor local com vermelhidão, edema e endurecimento, febrícula e sensação de mal estar, com intensidade variável e duração passageira, também pode ocorrer. É contra-indicada na vigência de doenças agudas febris e nas outras situações em que as vacinas são contra-indicadas.

Crescimento e desenvolvimento

Constitui uma das prioridades do PAISC a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil para prevenção da desnutrição e outras doenças que prejudicam a saúde da criança.

O crescimento e desenvolvimento do ser humano são a resultante final da interação de um conjunto de fatores extrínsecos e intrínsecos, como nutricionais, ambientais, genéticas, endócrinos, nervosos, culturais e carencionais (carência afetiva, falta de estímulos principalmente nos casos de doença).

O crescimento é o aumento físico do corpo pelo aumento do tamanho das células (hipertrofia) ou do número de células (hiperplasia). Pode ser medido em centímetros ou em gramas. É a mudança "para mais", em peso e altura.

Os parâmetros ponderais segundo Marcondes são:

Peso ao nascer mais aumentos mensais de:

- . 750 gr/mês no 1º quadrimestre
- . 500 gr/mês no 2º quadrimestre
- . 250 gr/mês no 3º quadrimestre

Após 12 meses $N \times 2 + 8$ (n° idade em anos).

Os parâmetros para avaliar a altura segundo Marcondes são:

Estatura ao nascer mais aumentos mensais de:

- . 3 cm/mês no 1º quadrimestre
- . 2 cm/mês no 2º quadrimestre
- . 1 cm/mês no 3º quadrimestre
- . Após 12 meses $N + 2 + 80$ (n° idade em anos)

No primeiro semestre há um crescimento de 15 cm e no segundo semestre 10 cm.

São também parâmetros importantes na avaliação do crescimento a mensuração do perímetro cefálico que tem por objetivo detectar anomalia cerebral e o perímetro torácico, cuja mensuração é utilizada devido sua relação com o perímetro cefálico (PC).

Segundo Schmitz (1989) a relação entre PC e PT é:

- até 6 meses: PC é superior a PT.
- cerca de 6 meses: PC é igual a PT.
- cerca de 9 meses: PC é inferior a PT.

Parâmetros para crescimento de crianças de 0 a 2 anos
(segundo Marcondes):

Idade	Peso Kg		Estatura		PC		PT	
	M	F	M	F	M	F	M	F
3 meses	6,0	5,5	60,1	59,1	39,9	39,1	39,7	38,6
6 meses	7,7	7,2	66,1	65,1	42,8	41,7	43,3	42,2
12 meses	9,7	9,4	74,4	73,3	45,8	44,8	47,1	46,2
2 anos	11,9	11,6	85,1	84,1	47,9	47,0	49,8	48,7
3 anos	13,9	13,3	93,6	91,9	48,9	47,9	51,8	50,4
4 anos	16,1	15,6	100,1	99,1	-	-	-	-
5 anos	18,0	17,5	106,4	105,9	-	-	-	-

O desenvolvimento, significa o aumento da capacidade do indivíduo em realizar funções, ações e atitudes cada vez mais complexas. Pode ser avaliado por testes ou provas funcionais (motricidade, tonicidade, apreensão, comportamento social, cultural e psicológico).

Marcos do Desenvolvimento (segundo Marcondes, 1992)

Idade: 3 meses

Desenvolvimento Motor

Dorme quase todo tempo. Aprende a levantar a cabeça e depois a mantê-lo direito. Afirma e adapta seus reflexos primários, tais como a preensão; guarda dentro da mão, involuntariamente, o objeto que ele se coloca.

Desenvolvimento Intelectual

- Reflexo de sucção.
- Chupa seu polegar ou seus dedos, brinca com sua língua.
- Reproduz sons por prazer.
- Olha suas mãos.
- Segue com os olhos uma pessoa ou um objeto.
- Cessa de chorar à vista de uma mamadeira.
- Leva objetos a boca.

Desenvolvimento Social

- Cessa de chorar à chegada de sua mãe ou ao escutá-la.
- Pequenos ruídos/guturais.
- Sorri ao ouvir a voz humana.
- Se imobiliza ao ouvir uma voz familiar.
- Reconhece sua mãe e seu pai, pela vista, mas sobretudo pelo olfato, pelo ouvido e talvez por outras percepções difíceis de definir.
- Balbúcia espontaneamente como resposta.

Idade: 3 a 6 meses

Desenvolvimento Motor

- Procura alargar o campo de sua visão, apoiando-se, por exemplo sobre o antebraço se estiver de bruços, levantando a cabeça e

as espáduas se estiver de costas.

- Mantém a cabeça erguida e pode ficar uns instantes sentado com apoio.
- Começa a pegar voluntariamente um objeto ao alcance da mão e estende a mão para um objeto que se lhe oferece.
- Leva objetos à boca.
- Segura pequenos objetos com a palma e os quatro dedos.

Desenvolvimento Social

- Balbucios, vocalizações prolongadas.
- Sorri a toda pessoa que se aproxima dela sorrindo.
- Comunicação com a mão baseada no olhar.
- Ri as gargalhadas.
- Reage ao chamado por seu nome, virando a cabeça.
- Grande riqueza de emissões vocais.
- Ri e vocaliza brincando.
- Lança gritos de alegria.
- Começa a utilizar os contatos físicos (a palma) para se comunicar com outras pessoas.

Idade: 6 a 9 meses

Desenvolvimento Motor

- Deitado de costas se vira para se colocar sobre o ventre.
- Começa a ficar de pé com apoio.

- Pega os objetos entre o polegar e o indicador.
- Mantém-se assentado só, durante alguns momentos.
- Engatinha.

Desenvolvimento Intelecutal

- Toca um espelho e sorri.
- É capaz de segurar a mamadeira.
- Age sobre os objetos, bate sobre eles, contra a borda de um leite.
- Passa um objeto de uma mão para outra.
- Segura um objeto dentro de cada mão.
- Descobre um objeto escondido, se uma parte dele fica visível.
- Se diverte ao lançar objetos.
- Chama a atenção sobre si.

Desenvolvimento Social

- É capaz de rastejar para aproximar-se de um objeto ou de uma pessoa.
- Começa da socialização.
- Vocaliza várias sílabas que tendem a limitar-se aos sons que ouve na língua materna.
- Reconhece os rostos familiares e pode ter medo de rostos estranhos.
- Começa a participar de jogos de relação social (bater palmas, jogo de esconder).
- Gosta de morder.

Desenvolvimento Intelectual

- Age intencionalmente: retirar o cobertor para pegar o brinquedo que se enfiou por baixo.
- Imita um ruído, por exemplo: batendo um objeto contra outro.
- Começo do jogo de embutir.

Desenvolvimento Social

- Repete o som que ouviu.
- Aprende a pronunciar duas ou três palavras.
- Compreende uma proibição ou ordem simples.
- Manifesta grande interesse em explorar o mundo, ver tudo, tocar em tudo e levar tudo a boca.
- Colabora em brincadeiras com adultos.

Idade: 12 a 18 meses

Desenvolvimento Motor

- Caminha sozinho e explora a casa e seus arredores.
- Ajoelha-se sozinho.
- Sobe as escadarias usando as mãos.

Desenvolvimento Intelectual

- Empilha 2 a 3 cubos
- Enche um recipiente.
- Amassa.

Desenvolvimento Social

- Era da socialização
- Manifesta ciúme (gestos de cólera, choro) e reações de rivalidade nas brincadeiras com os irmãos maiores ou pessoas de sua convivência.

Idade: 18 a 2 anos

Desenvolvimento Motor

- Sobe e desce uma escada, agarrando-se num corrimão.
- Aprende a comer sozinho.
- Começa a ter controle de esfúicteres durante o dia (fezes e depois urina).
- Início da dança ao som de música.

Desenvolvimento Intelectual

- Empilha cubos.
- Mostra seus olhos e nariz.

- Imita um traço sobre o papel ou na areia.
- Coordenação mais complexa: pode agir a distância, por exemplo, utilizando um pau para aproximar um objeto ou puxando o cobertor sobre o qual está o brinquedo.
- Estuda os efeitos produzidos ao longo de sua atividade: varia a maneira de deixar cair os objetos "para ver". A mesma coisa com a água.

Desenvolvimento Social

- Associa duas palavras e enriquece seu vocabulário.
- Manifesta muito interesse por outras crianças e procura brincar com elas, mas de modo muito pessoal (pegando os objetos).

Reflexos.

Os reflexos primitivos estão presentes no nascimento e pouco depois. Em um bebê neurologicamente inato, estes reflexos primitivos tendem a cessar em ocasiões diferentes durante o primeiro ano aproximadamente.

REFLEXO	ESTIMULAÇÃO	COMPORTAMENTO	IDADE DE CESSAÇÃO
Busca (Sucção)	Toque do rosto com dedo ou mamilo.	Vira a cabeça, abre a boca, movimentos de sucção.	9 meses
Moro	Estímulo súbito como um estampido ou de ser derrubado.	Estende os braços, pernas e dedos, curva-se, joga a cabeça p/trás.	3 meses
Darwin (preensão)	Cócega na palma da mão.	Agarra-se fortemente com os punhos e pode ser erguido se os dois punhos agarrarem um bastão.	2 - 3 meses
Tônico-Cervical	Deitado de costas.	A cabeça vira-se para um lado; assume posição de esgrimista, estende braços e pernas sobre o lado preferido, flexiona os membros opostos.	2 - 3 meses
Babinski	Cócega na sola do pé.	Os artelhos se abrem em leque, o pé vira para dentro.	4 - 8 meses
Marcha	Seguro sob o braço, com o pé descalço tocando uma superfície plana.	Faz movimentos como de passos que parecem o caminhar coordenado.	4 - 8 meses
Apoio Plantar	Calcanhares contra a borda de uma superfície dura.	Retira o pé.	1 mês

Dentição

A maturação dentária começa na vida embrionária e prossegue até a idade adulta. A calcificação começa no quinto mês de vida intra-uterina, e fica subordinada ao valor dos nutrientes orgânicos e minerais durante a gravidez. O dente irrompe das gengivas quando a calcificação é suficiente para permitir a pressão que sofre na mastigação. Toda criança tem 20 dentes de

leite (decídua) sendo 4 incisivos, 2 caninos e 4 molares em cada maxilar. A idade da erupção dos dentes é:

ICI - 5 a 8 meses

ICS - 6 a 10 meses

ILS - 8 a 12 meses

ILI - 7 a 10 meses

1º molares Inferiores - 11 a 18 meses

Caninos Superiores - 16 a 20 meses

Caninos Inferiores - 16 a 20 meses

2º molares Superiores - 20 a 30 meses

2º molares Inferiores - 20 a 30 meses

4 - Doenças comuns na infância

Afecções Respiratórias

4.1. Resfriado Comum: é uma inflamação da mucosa rinofaringe, causada por um grupo de virus, os rino virus. (90 sarotipos).

Causas predisponentes: Convívio ou contágio ocasional com pessoas afetadas, desnutrição, frio ou umidade do clima da habitação ou dormitório da criança. Queda brusca da Temperatura atmosférica susceptibilidade individual.

Quadro Clínico: quadro prodrômico de 12 a 24 hs: anorexia, vômitos, amolecimento das fezes. Em geral o vômito ocorre por a mãe forçar a ingestão do alimento. Dor a pressão do tragus obstrução nasal, ronco e coriza.

Evolução: A evolução do resfriado comum é de 3 a 4 dias. A anorexia permanece por mais 4 dias.

Tratamento: Em caso de Temperatura acima de 38°C dar anti-térmico.

- Desobstrução das vias nasais com sorine ou soro fisiológico 0,9% ou solução salina caseira.
- Vaselina nas bordas das narinas. Não dar: descongestionantes orais ou antibióticos.

Complicações: a mais comum é a ação de bactérias saprófitas do trato respiratório superior que acrescenta a inflamação seromucosa do resfriado uma inflamação superativa. (o catarro passa de mucoso para mucopurulento). Por conta destes germes podem ocorrer complicações das áreas vizinhas:

- Amigdalite, otite, sinusite e propagação para a árvore respiratória e diarreias.

4.2. Pneumonia: é uma doença respiratória infecciosa que compromete os bronquíolos e alveolos, que adquirem características diferentes. conforme o agente etiológico, doenças de base, idade, estado nutricional e imunitário. Ocorre secundariamente a uma infecção virótica das vias aéreas.

Sintomas: Palidez, febre, tosse, dificuldade de respirar, aumento da frequência respiratória, gemidos, batimento de asa de nariz e cianose.

Diagnóstico: Pela sintomatologia, ausculta, R X e experiência do profissional.

Tratamento: Antibióticos.

Cuidados em Casa: Alimentação: com mais nutrientes que quantidade. Aumentar a refeição após a doença, durante a semana para recuperar o peso. Oferecer líquidos, sucos e chás.

Traqueobronquites:

Secreções

- oferecer líquidos
- vaporização ou nebulização
- evitar sedativos da tosse quando esta for úmida
- suavizar a garganta com chás c/açúcar e mel
- não usar medicação sem receita médica.
- Ficar atento para os sinais de piora do quadro.
- Elevar a cabeceira da cama.
- Não fumar perto da criança.
- Dar banho normalmente evitando corrente de ar.

4.3. Escabiose

É uma afecção cutânea parasitária e contagiosa, causada por um ácaro. O *Sarcoptes Scobiei*.

Epidemiologia: tem caráter endêmico, porém é comum ocorrer sob forma de surtos epidêmicos. O contágio efetua-se diretamente, do indivíduo infestado ao indivíduo sadio ou indiretamente, através de roupas contaminadas. Fatores como aglomeramentos humanos, má higiene, promiscuidade sexual são considerados concorrentes.

Fisiopatologia: a fêmea fecundada penetra e migra no estrato córneo da pele, formando sulcos onde deposita seus ovos e excrementos. As larvas se libertam em três dias, emergem na superfície cutânea e atingem a fase adulta em quatro a seis semanas, reiniciando o ciclo.

Características Clínicas: as lesões características são galerias ou sulcos, assemelhando-se a uma linha grossa, curta, ondulada ou linear, saliente sobre a pele, de cor avermelhada. Uma das extremidades é ligeiramente abalado. (vesículas minúsculas), onde normalmente está instalado o ácaro fêmea e seus ovos. No diagnóstico quatro pontos são de grande valia.

- a) Presença de sulco ou galeria.
- b) Aumento do prurido com aumento do calor corporal.
- c) Localização das lesões e
- d) Identificação da fonte de contágio.

Sintomas: é o prurido de mecanismo alérgico, que surge mais ou menos, um mês após o contágio ou em até 24 horas após o contágio, em caso de reinfecções.

As áreas de maior prurido e infestação são aquelas onde a pele é mais fina, como regiões interdigitais, superfície flexora dos punhos e extensora dos cotovelos, pregas anteriores das axilas, dobras inguinais, nádegas, prepúcio, escroto e regiões pericumbilical.

Tratamento: agentes escabícidias: hexacloro de benzeno (escabin, pruritrot) manossulfiram em solução alcoólica a 25% (tetmosol).

Aplicação de banhos quentes com sabão e bucha, esfregando-se bem, visando eliminar grande quantidade de parasitas e abrir vesículas, tomando-as mais acessíveis à ação subsequente aplicar o acaricida em camada fina, com pincel ou gase, em todo o corpo e não apenas nas lesões evidentes, exceto na face, duas vezes ao dia, durante 3 dias seguidos, na diluição prevista.

A regressão dos sintomas e sinais pode levar semanas, mesmo após tratamento eficaz. Já que o estado de hipersensibilidade não cessará de imediato com a destruição dos parasitas.

Ao final do tratamento, todas as roupas pessoais e de cama devem ser lavadas e expostas ao sol, ou passadas com ferro quente. Os ácaros só vivem fora do corpo humano por um período de três dias, bastando isolar a roupa neste período.

A ausência do tratamento predispõe o indivíduo a complicações como piodermites estafilocócicas e estreptocócicas, (dentre as piodermites são comuns o impetigo, furúnculos ou fleimão).

4.4. A Hérnia Inguinal

Cerca de 90% de todas as hérnias localizam-se na região inguinal. Os homens são as principais vítimas, enquanto as mulheres são atingidas com maior frequência pela hérnia crural. No homem, o canal inguinal contém os elementos do cordão espermático e mede cerca de 3,5 cm. Na mulher, contém o ligamento re-

dondo, um dos elementos de sustentação do útero; a bacia feminina é mais larga e o canal é mais longo (5 cm).

É através do canal inguinal que, durante a vida intra-uterina, o testículo desce da região lombar para a bolsa escrotal. Os testículos formam-se ao nível da parede abdominal posterior, junto aos rins; durante a vida fetal, descem ao escroto e levam consigo o peritônio, que se estica. Esse percurso constitui o canal peritoniovaginal, que, no decorrer do primeiro ano de vida extra-uterina, oblitera-se completamente, em condições normais. Se ele não se fecha pode ser a origem de uma hérnia congênita.

Aparecimento da Hérnia

As hérnias inguinais indiretas, ou seja, as que se formam no interior do canal inguinal, são congênitas. Dependem diretamente da permeabilidade do canal peritoniovaginal e o problema só vai surgir quando o paciente realiza um esforço maior, ou sofre um traumatismo direto. Pode aparecer mesmo em lactentes e crianças pequenas, por ocasião de crises de choro ou tosse, com conseqüente aumento da pressão intra-abdominal. Mas, nesses casos, a cura em geral é espontânea. Portanto, não depende da idade, mas da existência de fatores desencadeantes. Pode ocorrer inclusive que, apesar do não-fechamento do canal peritoniovaginal, a hérnia nunca se manifeste devido a ausência de causas desencadeantes.

Embora a ocorrência mais comum de hérnias inguinais seja do lado direito, é possível também o aparecimento no lado esquerdo, ainda que não haja sintomas.

Sintomas: os sintomas da hérnia inguinal variam de acordo com o grau de evolução e localização. A dor pode aparecer, manifestando-se na altura do epigástrico, ou na região inguinal, no decorrer dos esforços mais intensos. Na fase escrotal da hérnia ablíqua, a sensação dolorosa é mais intensa e, além disso, o paciente apresenta também perturbações gastrintestinais, nervosismo e irritabilidade. O esforço físico sempre faz com que os sintomas se tornem mais intensos e a hérnia, mais evidente.

Tratamento: o tratamento para a hérnia é sempre cirúrgico. O uso de cintas de contenção é formalmente contra-indicado, a não ser que o paciente apresente impossibilidade definitiva de submeter-se à intervenção cirúrgica. É do uso indiscriminado de cintas que decorre a maior parte das complicações das hérnias inguinais. A complicação mais grave é o estrangulamento, que determina mortalidade operatória em 10 a 20% dos casos.

4.5. O Impetigo

O impetigo é uma inflamação purulenta que afeta apenas a superfície da pele. Em geral, os responsáveis pela agressão são os estafilococos ou os estreptococos.

Mas qualquer um dos dois só se mostra patogênico se encontrar condições favoráveis. O simples fato de os micróbios estarem alojados na pele, ou serem levados para ela, não explica o aparecimento da doença. Machucaduras, arranhões, traumatismos ou outras doenças da pele podem criar condições proócias.

As condições gerais do hospedeiro também podem constituir um fator auxiliar. Diabete, desnutrição, anemia, alimentação deficiente, que determinam uma queda geral da resistência do organismo, criam uma situação favorável.

Nos bebês, que apresentam uma resistência a infecções menor, os micróbios patogênicos têm maior facilidade de agressão ao organismo. Existe um tipo específico de impetigo, que afeta em particular os recém-nascidos. Por maiores que sejam os cuidados para manter os berçários livres de contaminação, ela pode ocorrer em determinadas ocasiões.

O aparecimento de afecções purulentas da pele, como o impetigo, é portanto condicionado basicamente por dois elementos. Um é a existência de germes piogênicos que determinam a formação de pus; o outro, as condições gerais do organismo.

Propagação

O impetigo aparece bruscamente. Pequenas bolhas, ou vesículas, tornam-se logo purulentas e caracterizam as pústulas. Depois as bolhas se rompem e no local fica uma crosta, que cai após alguns dias. No lugar permanece uma mancha, acastanhada, que regride ao fim de algumas semanas, sem deixar cicatriz. En-

quanto o líquido está acumulado, cada bolha que se rompe permite a expansão da ferida. O líquido purulento contamina a superfície da pele, nos locais em que se espalha.

O início da afecção em geral restringe-se à região da face, mas pode também localizar-se nas mãos, axilas, pescoço. O mais freqüente é que avance gradualmente para a periferia do corpo. Nas crianças, que constituem as maiores vítimas do impetigo, as lesões se propagam com maior facilidade ainda, devido à falta de cuidados específicos. Elas costumam coçar a ferida, e o dedo contaminado leva os germes para outras áreas do corpo.

Como Evitar

Uma das principais responsáveis pelo impetigo é a falta de higiene. Como medidas de caráter geral, combate a infecções das vias aéreas, por onde os micróbios freqüentemente se propagam, a boa higiene, a manutenção do bom estado geral de saúde são auxiliares valiosos.

O impetigo cura-se facilmente, desde que o tratamento seja muito bem observado. A mãe, ou outra pessoa que cuide dos curativos, precisa tomar todos os cuidados anti-sépticos, para evitar o contágio. A limpeza é feita com substâncias anti-sépticas, conforme orientação médica. A aplicação de pomadas de antibióticos combate os germes no local. Se julgar necessário, o médico pode indicar a administração de antibióticos ou sulfas.

4.6. Pediculose: é uma infestação do ser humano por piolhos, sendo três tipos de piolhos que infestam o homem.

- a) *Pediculosés capitis* = Piolho da cabeça.
- b) *Pediculosis corporis* = piolho do corpo.
- c) *Phthirus Pubis* = "chato", raramente encontrados em crianças) se manifesta somente em cabelos crespos, axilas, região púbica e sobancelhar.

2. Em geral, cada tíio se manifesta somente na área designada por seu nome, porém pode aparecer ocasionalmente em outras parte do corpo.

3. As infestações ocorrem em locais poluídas e de pobreza, onde a higiene e negligenciada e as roupas ficam no corpo por longo período de tempo.

4. Os piolhos se transmitem por contato pessoal ou por contato de objetos de uso pessoal.

Manifestações clínicas

1. O prurido intenso da área afetada é o primeiro sintoma de pediculose; as marcas de arranhões são evidentes nessas áreas.

2. Nas crianças, os piolhos são mais frequentemente encontrados nas sobancelhas e pestanas.

3. As áreas infestadas do couro cabeludo tornam-se infectados secundariamente pelos arranhões.
4. Crostas, piolhos, lêndeas e sujeiras pode combinar e provocar um cheiro desagradável e amaranhamento dos cabelos.
5. Os piolhos do corpo podem produzir pequenas lesões avermelhadas.

Alterações Fisiológicas

1. Os ovos do piolho (lêndeas) prendem-se ao cabelo ou á roupa por meio de uma substância viscosa que se endurece. Os ovos se abrem em uma semana. O piolho atinge a maturidade em um mês e podem então se reproduzir.
2. O piolho da pele produz coceira; quando maior for o tempo de infestação mais severa e a reação da pele, e mais grave é às lesões.
3. O piolho vive na roupa e vai para o corpo para se alimentar; portanto, produz marcos visíveis de arranhões e pontos de picadas.

Tratamento:

Objetivo: - Eliminar e remover as lêndeas e os pedículos (piolhos) e tratar a pele irritada. 1) A pediculosis capitis pode ser tratada com gama. Hexa-hexacloro-ciclo-hexan (Esocbim), emulsão de benzoato de benziba ou crotamiton.

2. A Pediculosis corporis pode ser tratada com o indicado acima, mais pó de clorofenato.

Objetivos da Assistência de Enfermagem

- 1. Usar os meios de prevenção da disseminação da infecção e de assepsia Médica.
- 2. Empreender o tratamento indicado para destruir e eliminar o parasita.

Observar e antes a resposta ao tratamento

- a) Notar a mudança no grau de desconforto causado pela coceira,
 - b) Observar as áreas infectadas para detectar alterações nas características das lesões;
 - c) Observar a presença de manifestações sistêmicas de infecções
 - d) Providenciar para que a criança não coce.
1. colocar luvas e usar outras medidas preventivas.
 2. Cortar as unhas e conservar-las limpa.
 3. distrair a criança para que ela não coce.

4.6. Rubéola 16/11/93

Doença causada por vírus. Na maioria dos países, a rubéola ocorre principalmente na primavera. As epidemias geralmente surgem com intervalos de 7 a 12 anos. No Brasil a maioria das infecções ocorre em crianças abaixo de 15 anos de idade, princi-

palmente entre escolares.

A frequência de malformações congênitas na gravidez é de aproximadamente 50% se a rubéola ocorre no primeiro mês de gestação, 22 por cento no 2º mês e 6% no 3º mês de gestação.

Manifestações Clínicas

Fase aguda: a rubéola é uma doença exantemático com duração de 3 a 5 dias, que ocorre mais frequentemente na infância ou na adolescência.

Período de incubação: varia de 2 e 3 semanas, em média 16 dias. Pode haver um período prodrômico, caracterizado por discreta febre, cefaléia, arrepias de frio, dores generalizadas e aumento dos gânglios do pescoço, mastoide e suboccipitais.

O exantema surge primeiro no face, couro cabeludo e pescoço, espalhando-se daí para o tronco e membros.

É constituído por pequenas máculas róseas, principalmente nas costas e nádegas. A febre é quase sempre pouca intensa, podendo mesmo estar ausente: raramente atinge mais de 39º C. Os sintomas catarrais, quando presentes, não assumem a intensidade comumente encontrada no sarampo.

A infecção quase sempre confere imunidade permanente e total, como ficou demonstrada pela persistência, de altas níveis de anticópos neutralizantes anos após a infecção.

Diagnóstico laboratorial

O isolamento do vírus pode ser feito utilizando-se secreções das vias respiratórias, urina, sangue líquido cefalorraquidiano e fragmento de tecido fecal.

Prevenção

Imunização ativa: A imunização contra a rubéola não visa, primordialmente, proteger o indivíduo contra a doença, que é benigna. O objetivo prioritário é evitar que a doença possa causar a síndrome da rubéola congênita, que determina mal formações congênitas.

Indicação: A indicação geral é para crianças de ambos os sexos, entre 1 e 12 anos de idade, com prioridade para as que estão em idade escolar, por serem elas os maiores disseminadoras de vírus na comunidade. Antes de 1 ano de idade, a imunidade passiva, transmitida da mãe à criança através do placenta, pode neutralizar o vírus vacinal inoculado.

Por medida de segurança a vacina não deve ser inoculada em mulheres em idade procriativa, a não ser que tenham garantias de que não estejam grávidas e com a explícita recomendação de ser evitada a gravidez durante 2 meses após a vacinação. Duração da imunidade: 3 anos.

Tratamento: não existe tratamento específico para a rubéola. Nenhum antibiótico é eficaz contra o vírus. O tratamento se resume

em algumas drogas para combater certos sintomas incomodativos.

Assim, os derivados do ácido aútilsalicílico para a cefaléia, dores articulares ou musculares e febre. Na ausência de febre ou sintomas gerais intensos, não há necessidade de repouso absoluto no leito.

4.7. Verminose

É uma doença causada por vermes, de vários tipos. Os vermes vivem no intestino das pessoas doentes, onde põem ovos. Esses ovos são eliminados com as fezes. O vento, as moscas e enxurradas espalham os ovos contidos nas fezes que estão no chão e esses ovos vão para a água, frutas e verduras, podendo chegar as pessoas quando estas ingerem esses alimentos.

Para evitar a verminose devemos:

- Usar a privada nunca evacuar no chão.
- Andar sempre calçado.
- Fazer o tratamento das pessoas que tem vermes.
- Ferver a água.
- Lavar as mãos ao lidar com alimentos.
- Lavar frutas e verduras em água corrente.
- Combater as moscas.
- Higiene pessoal.
- Evitar por as mãos na boca/cortas as unhas.

Então podemos adquirir vermes da seguinte forma:

- Bebendo água contaminada
- Comendo verduras mal lavadas;
- Colocando as mãos sujas na boca;
- Aspirando poeira dos locais contaminados.

Creche

A creche é, portanto, dentro de seu conceito atual, um ambiente especialmente criado para o atendimento diário à criança de 0 a 6 anos e 11 meses, com prioridade para a faixa de 0 a 3 anos, com jornada de 4,8 horas ou mais, visando proporcionar guarda, prevenção da saúde, alimentação, estimulação essencial, ações junto à família e à comunidade.

Além do objetivo de contribuir para a redução da morbimortalidade infantil, o conjunto de ações básicas de saúde (incentivo ao aleitamento materno, terapia de reidratação oral, controle do desenvolvimento, imunização e estimulação essencial), se desenvolvidas simultaneamente e integradamente, representa, ainda, intervenção na prevenção da excepcionalidade

Ação comunitária

A creche deve ser vista como espaço de exercício de uma prática social, podendo ter, como ponto de partida, a mobilização dos responsáveis pelas crianças, para o despertar de uma

ação coletiva.

Esta ação deverá garantir preparação dos comunitários para uma experiência de organização popular, em torno de necessidades comuns e não só dos aspectos relacionados aos problemas internos da creche.

A formação de consciência crítica está diretamente relacionada à análise da realidade, com vistas a integrar o processo de participação comunitária. A análise da realidade deve ser enfocada de modo global, ou seja, pelo lado econômico, social, político e ideológico.

Para isso é importante que se crie "condições para que a mudança ocorra no interior das pessoas, nas relações e nos grupos em que essas pessoas estejam integradas" (Maria Leonor Cunha - Grupo Operativo).

Conhecendo melhor a realidade pela visão do conjunto, propicia-se uma maneira de viver e de se relacionar, criando compromisso efetivo com a ação comunitária, que é a participação dos cidadãos de forma organizada no processo de mudanças.

Ações básicas de Saúde

A proposta de trabalho do PPC é direcionada no sentido de desenvolver Ações Básicas de Saúde que, acreditamos, ao permear os seus projetos, possibilita uma intervenção a nível de qualidade de vida da população alvo.

São consideradas Ações Básicas de Saúde, procedimentos simplificados que devem ser incorporados à prática cotidiana de

todos, independente de nível social ou econômico e que, adequadamente executados, contribuem para a melhoria do quadro de saúde da população.

Dentre estes procedimentos destacamos:

- monitorização do crescimento e desenvolvimento com ênfase na estimulação essencial;
- estímulo sistemático ao Aleitamento Materno através de Grupos de amamentação e Mães Orientadoras, Banco de Leite Humano;
- encaminhamento sistemático para imunização com controle de imunização adequada;
- prática e orientação de reidratação oral;
- complementação alimentar e educação nutricional a grupos de riscos;
- encaminhamento controlado de crianças e gestantes previamente identificados, contactados e localizados em áreas geográficas abrangida pelas Universidades executoras (sistema referência e contra referência).
- Fazem ainda parte dessas Ações, o controle das Infecções Respiratórias Aguda (IRA) e o Direito Reprodutivo (que inclui o Planejamento familiar).
- é necessário ter sempre claro que, as Ações Básicas de Saúde, representam parte de um conjunto de medidas de saúde a que todo cidadão tem direito e que se constitui num dever de Estado.
- Portanto, considerá-las com resposta à questão da saúde para os grupos menos favorecidos e com isso impedir aos mesmos o

acesso a Atenção Integração à Saúde, é um risco para o qual devemos estar sempre alerta.

- Assim, por exemplo: - a monitorização do crescimento e desenvolvimento de uma criança, passa pelo seu encaminhamento a uma consulta de pediatria periódica, independente do comportamento da sua curva de crescimento.
- Para que seja efetivo o trabalho de complementação alimentar, o Incentivo ao Aleitamento Materno e Ações Educativas junto às gestantes, é imprescindível que as mesmas sejam precocemente encaminhadas à consulta pré-natal.
- o fato de todas as mães dominarem a técnica da Terapia de Reidratação Oral e utilizarem corretamente, intervirá nos índices de mortalidade por desidratação, mas não impedirá, no entanto, o aparecimento da diarreia; controle este que não se restringe à educação social mas depende diretamente de saneamento básico e outros fatores.

Recursos Humanos

Na creche, todas as pessoas que trabalham, direta ou indiretamente, com a criança são educadores, independente de sua funções.

Todas as funções são importantes para o bom andamento do trabalho. É necessária a definição do papel de cada profissional da creche, para melhor desempenho de quem o executa e percepção do mesmo, pelas crianças.

Quando pensamos ao número de profissionais que trabalham diretamente com a criança (a monitora), é importante que se observe uma proporção adulto-criança que permita um atendimento de boa qualidade e afetividade.

Esta proporção contribuirá para a qualidade das relações afetivas, para o desenrolar das atividades e, conseqüentemente, para possibilitar o desenvolvimento integral da criança.

A limitação do número de crianças assistidas por adulto deverá ser calculada prevendo o período de funcionamento da creche (4 horas ou 8 horas), férias, afastamento e possíveis faltas.

Sugerimos proporção adulto-criança, que deverá ser atendida dentro da possibilidade de cada creche.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- de 3 a 14 meses - 1 adulto para 5 a 6 crianças;- de 15 a 20 meses - 1 adulto para 6 a 8 crianças;- de 1 ano e 9 meses a 2 anos e 6 meses - 1 adulto para 8 a 10 crianças;- de 2 ano e 6 meses a 3 anos e 6 meses - 1 adulto para 12 a 15 crianças;- de 3 anos e 6 meses a 6 anos - 1 adulto para 18 a 20 crianças; |
|--|

1. Instalação e equipamentos

No caso da construção de uma creche, recomenda-se a existência das seguintes dependências:

- sala para a administração;
- sala(s) de atividade(s) dependendo do número de crianças;

- cozinha/lactário
- despensa;
- sanitários;

OBS.: Para o repouso e as refeições serão utilizadas as salas de atividades.

Condições mínimas necessárias

Tendo em vista que as creches são destinadas ao atendimento do pré-escolar em três faixas etárias (três meses a dois anos, dois a quatro anos e quatro a seis anos), as instalações devem ser adequadas às variadas necessidades de cada faixa etária. Para isso, a construção ou adaptação deve obedecer às exigências técnicas de segurança.

Instalações

O espaço físico deverá assegurar à criança atividades exploratórias, brincadeiras ao ar livre, local para repouso, alimentação, higiene, respeitando o ritmo de necessidade individuais do grupo.

Características das dependências

Áreas mínimas recomendadas para dependências da Creche

Metragem (m² por criança)

Dependências	3 Meses/2 anos	2/4 Anos	4/6 Anos
Berçário	3	-	-
Sala de atividades	-	1,5	1,5
Área de recreação descoberta	6	8	8
Área de recreação coberta	1	1	1

Lactário

Local onde são feitas as mamadeiras, com leite ou outros alimentos como: água de arroz, papa de frutas, etc.

Berçário e sala de repouso

Para as crianças de 3 meses a 2 anos) os menores deverão ser agrupados de acordo com a faixa etária, e seu desenvolvimento, recomendando-se o máximo de 15 (quinze) berços para cada grupo, mantendo-se, sempre que possível distância razoável entre cada berço e destes, à parede, permitindo à monitora livre movimentação para cuidar da criança.

Sala de atividades, refeições e repouso

Esta sala atenderá a todas as crianças (exceto as da 1ª faixa - 3 meses a 2 anos). Deverá ser equipada com material destinado às atividades diversificadas.

Área de recreação descoberta

Esta área se destinará ao banho de sol e recreação. Deverá ser provida de tanque de areia e brinquedos variados (pneus, etc).

Cozinha

Com espaço suficiente para a instalação de fogões (se-
mi-industrial), refrigeradores, pias, tanques para lavagem de
panelas, armários e mesa para preparo de alimentos e refeições
do pessoal.

Despensa

Prateleiras fixas e demontáveis e estrados que assegurem
melhor conservação dos gêneros que deverão ser colocados em
recipientes grandes, em lugares de pouca umidade e protegidos de
animais roedores.

Lavanderia

Instalações para o funcionamento de máquinas de lavar e/ou tanques e equipamentos para lavar e passar roupa.

Obs: É necessária somente se houver berçário (crianças 3 meses a 2 anos).

Sanitários

Recomenda-se um vaso sanitário e lavatório para cada dez crianças, em tamanho adequado e troninhos para crianças menores.

Banheiros

Deverão ser equipados com banheiras infantis e, de preferência, com chuveiro manual, para criança menores. Para as maiores, substitui-se as banheiras por chuveiros (água quente e fria), na proporção ideal de três para cada dez crianças. Deve contar, se possível, com espaço necessário para enxugar e vestir as crianças, para roupas sujas e para toalheiro.

Almoxarifado

Para a guarda de todo o material em estoque.

Banheiros e sanitários: Para o pessoal (funcionários).

Sala: Para a secretaria

Recepção: Pequeno local, provido de assentos, para a entrega da criança.

Observação: Na creche em que for realizado atendimento médico local, deverá haver uma dependência adequada para o mesmo.

Ventilação

A ventilação deve ser cruzada, ou seja, deve haver janelas nas duas paredes opostas. O vento não deve ir direto sobre a criança, a não se em regiões muito quentes e abafadas. Toda creche necessita de uma área descoberta para banho de sol e atividades ao ar livre. É importante que todas as dependências sejam arejadas de forma a proporcionar a necessária troca de ar.

Revestimentos de Paredes e pisos

Paredes e pisos devem ser revestidos de material que possa ser limpo com facilidade. Os melhores materiais são os pisos plásticos, mas o mais barato é o cimento. Como as crianças sentam-se no chão, este não deve ser frio. Pode-se forrar o chão com esteiras.

Iluminação

É importante a iluminação correta das salas porque as crianças executam trabalhos que precisam de atenção. Forçar a vista causa defeitos de visão. Uma creche deve ser um ambiente claro.

Quando mais luz natural houver nas salas do bercário e de atividades, melhor. Porém, quando o tipo de construção não permitir a abertura de grande janelas, é indicada luz artificial. A luz fluorescente não é indicada. É aconselhável também que haja várias lâmpadas (pontos de luz) espalhadas pela sala. Quando existe só uma lâmpada, uma parte do ambiente fica bem iluminado e outra não. Isso prejudica a visão.

Não se deve colocar quadros murais pretos sobre paredes brancas, porque causam contrastes muito violentos. Os tampos das mesas devem ser pintados de cores claras (ou forrados de fórmica clara).

As cores escuras devem ser evitadas, porque dificultam a limpeza do ambiente. As paredes claras refletem a luz, e assim, também ajudam a iluminar.

A iluminação indireta, principalmente no bercário, parece mais adequada uma vez que a criança passa a maior parte do dia deitada olhando para o teto.

Nas horas de repouso, é importante escurecer ligeiramente o ambiente com cortinas ou venezianas.

IV. EXPONDO O MARCO CONCEITUAL

Adotamos o marco conceitual do GAPEFAM, com algumas alterações a fim de adaptá-lo à situação da creche.

Um marco conceitual consiste em conceitos e pressupostos que servem como guia para a prática assistencial, educação e pesquisa. Representa ainda crenças e valores sobre indivíduos, grupos situações e eventos. (Penna, 1992)

Foram adotados os seguintes princípios identificados por PENNA (1992).

- A família é uma unidade constituída por indivíduos.
- A unidade familiar apresenta uma estrutura e uma organização flexível e própria.
- A unidade familiar organiza/interage/atua em um ambiente interno, assim como no ambiente extra familiar.
- A unidade familiar atende às necessidades de crescimento e desenvolvimento de seus membros.
- O ambiente e a família interagem dinamicamente;
- A enfermagem trabalha com a família em um processo dinâmico de interação.
- A família é ativa em sua assistência à saúde de seus membros.

Devido a peculiaridade deste trabalho houve necessidade de acrescentar os seguintes princípios:

- A comunidade da Creche é uma instituição especialmente organizada para atender crianças visando seu crescimento e desenvolvimento.
- A promoção da saúde ocorre em um sistema de educação contínua família/creche e demais instituições sociais.

Os conceitos que compõem o marco conceitual sofreram algumas adaptações visando atender os objetivos da prática assistencial aqui proposta. Os conceitos são os que seguem:

Família Saudável -- é uma unidade que se auto estima positivamente, onde seus membros convivem e se percebem mutuamente como família, tendo uma estrutura e organização flexível para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, o desenvolvimento, a saúde e o bem estar dos membros.

A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por amor e carinho. Seus membros tem liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilhando crenças, valores e conhecimentos, e aceitando a individualidade de cada integrante.

A família possui capacidades para conhecer e usufruir de seus direitos, enfrenta crises, conflitos e contradições, perdendo e dando apoio aos seus membros e às pessoas significativas. A família saudável atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias,

em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformado. Desenvolve-se com a experiência construindo, sua história de vida.

Ambiente - É o meio, social, cultural, econômico e político com o qual a criança, família-creche e posto de saúde interagem dinamicamente. É constituído por todos os seres e as relações existentes entre eles, formando um conjunto de crenças, valores que determinam o processo de viver, sem negar a própria condição humana refletiva de auto determinar-se e reagir, conhecendo e criando novos valores e crenças que podem provocar mudanças onde estão inseridos. Nele, a criança, família e os indivíduos que a constituem, interagem com outros seres, crianças, indivíduos, famílias e demais instituições em diversos níveis de aproximação, em condição de lazer ou trabalho, afetividade ou interesse, em um processo dinâmico e contínuo para transformarem-se o ambiente e serem transformados por ele, construindo histórias de vida que determinam o processo de viver do ambiente.

Criança Saudável - Faz parte de uma unidade dinâmica, a família, atuando no ambiente que vive e se transformando. Tem um crescimento, desenvolvimento normal, é amado, e tem liberdade de expressar seus sentimentos. Tem boas interações com as pessoas que a cercam. Aceitando e reagindo positivamente a convivência na creche.

Comunidade da Creche - Consiste na união de seres humanos, (crianças, famílias, professores e servidores) vivendo numa comunidade, interagindo com o ambiente com a finalidade de

promover saúde para seus integrantes.

Processo de Enfermagem:

"Processo de enfermagem é a metodologia através da qual a enfermagem, junto com técnicos de diferentes áreas, desenvolve suas atividades com a comunidade da Creche para tomar/mantê-la saudável. Este processo é dinâmico no tempo, possui etapas e ocorre de forma helicoidal. Isto significa que suas etapas podem ser sequenciais ou simultâneas retornando a etapas anteriores, porém em um momento diferente e em maior profundidade. (GAPEFAM, 1992, p. 3).

Foram considerados as seguintes etapas do processo de enfermagem, segundo o GAPEFAM: Incluindo a Comunidade da Creche (família, professores, servidores) e posto de saúde no projeto. Tem a finalidade de interagir propositalmente a fim de que todos participem.

Conhecendo a Realidade - Objetiva levantar dados sobre a criança e seu contexto social e familiar, a creche e seu funcionamento.

Definindo a Situação - Envolve a identificação do crescimento e desenvolvimento das crianças, dos problemas e pontos positivos relacionados às crianças, famílias e funcionários da creche, a partir do conhecimento da realidade.

Agindo sobre a Situação - Significa traçar metas e atividades com a comunidade da creche (crianças, família, professores e funcionários) e posto de saúde. Também significa al-

cançar as metas traçadas.

Redefinindo a Situação: objetiva avaliar a situação e acontece a cada encontro, quando programa-se novas metas e objetivos.

V. DESCREVENDO A METODOLOGIA

Passamos aqui a descrever as estratégias utilizadas para o desenvolvimento de cada um dos objetivos propostos neste projeto assistencial.

Objetivo específico nº 1: Realizar a avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças de 4 meses a 2 anos na creche Promorar no bairro Monte Cristo.

Estratégias

- 1 - Fazer a revisão da literatura sobre crescimento e desenvolvimento e elaborar um quadro guia sobre o tema. Identificar o nº de crianças a serem avaliadas.
- 2 - Elaborar um instrumento a partir da literatura e do marco conceitual.
- 3 - Testar o instrumento e fazer reformulações.
- 4 - Avaliar o crescimento e desenvolvimento das crianças.
- 5 - Devolver os dados para os professores e pais através de um boletim (folder).
- 6 - Realizar visitas domiciliares para coleta de dados.

- 7 - Articular junto a escola a possibilidade de anexar os dados obtidos em uma pasta de arquivo para cada criança.

Avaliação

O objetivo seria considerado alcançado pela concretização do processo de enfermagem em todas suas etapas (avaliação do crescimento e do desenvolvimento das crianças selecionadas)

Objetivo nº 2 - Trabalhar situações de saúde/doença identificadas com o pessoal da creche.

Estratégias

- 1 - Identificar problemas de saúde das crianças através de observação diária e constante e conjunto com os profissionais da creche.
- 2 - Fazer uma ficha de leitura para cada problema identificado.
- 3 - Orientar os professores e as famílias quanto aos problemas identificados.
- 4 - Encaminhar as crianças e famílias aos serviços comunitários sempre que necessário.
- 5 - Acompanhar o tratamento.
- 6 - Orientar medidas preventivas.
- 7 - Realizar visitas domiciliares quando necessário.

Avaliação

Este objetivo seria considerado alcançado se no decorrer do estágio fossem identificados problemas juntamente com os profissionais.

Objetivo nº 3 - Atualizar o esquema de vacinação das crianças da creche.

Estratégias

- 1 - Fazer a revisão da leitura sobre o esquema de vacinação do SUS.
- 2 - Solicitar, através de bilhete aos pais as cadernetas de vacinação.
- 3 - Analisar sua atual situação.
- 4 - Orientar a família para atualização da vacinação, através de bilhetes, cartazes, orientação aos professores e outras atividades.
- 5 - Articular junto ao posto de saúde e escola a manutenção do esquema vacinal.

Avaliação

O objetivo seria considerado alcançado se 50% ou mais das crianças tivessem o esquema de vacinação atualizado durante o projeto.

Objetivo nº 4 - Oferecer subsídios a equipe do creche sobre temas relacionados a saúde/creche.

Estratégias

- Fazer revisão da literatura sobre creche e saúde.
- Fazer um roteiro sobre os principais parâmetros d uma creche segundo dados da secretaria da educação do estado de Santa Catarina (área física, nº de pessoal, equipamentos organização didática, etc).
- Avaliar as condições da creche, comparando com a literatura.
- Ouvir a opinião dos professores em relação aos problemas da creche.
- Discutir com os professores o funcionamento da creche e seus problemas, identificando formas de resolve-los.

Avaliação

Seria considerado alcançado o objetivo se realizássemos no mínimo três reuniões com os professores e funcionários para discussão dos problemas encontrados na creche.

VI. DESCREVENDO A COMUNIDADE

As características da comunidade estão descritas nos trabalhos do GAPEFAM (1993) e de Eckert, Hense e Penna, 1991. O relato aqui apresentado foi extraído destes estudos.

O bairro Monte Cristo, pertence ao Município de Florianópolis, Santa Catarina. Situa-se entre os bairros de Campinas, Capoeiras, Jardim Atlântico e Estreito e é composto pelas comunidades de Chico Mendes, Novo Horizonte, Promorar, Panorana e Santa Terezinha. Estas comunidades foram formadas a partir da imigração de famílias oriundas na sua grande maioria dos campos de Lages, sendo sua origem étnica alemã, italiana e cabocla. Atualmente a comunidade de Chico Mendes abriga em torno de 3500 famílias que vieram a procura de melhores condições de vida, incentivados por parentes e amigos vindos anteriormente. Acreditavam ter aqui maior facilidade quanto ao atendimento de saúde, escola trabalho e salário.

O bairro é muito contrastante no que se refere ao tipo de moradia entre a comunidade Panorama, formadas por casas de alvenaria e prédios, com as demais comunidades compostas por casas do tipo "meia água", construídas com restos de madeiras e caixotes cobertos por "pedaços de telhas, eternit, ou até mesmo de lona,. As mesmas, em sua maioria, são de uma única ou duas

peças, divididas por móveis ou cortinas, sendo a média de moradores por casa em torno de 5 pessoas.

Em muitas moradias as condições sanitárias são totalmente inadequadas, sendo que os dejetos são despejados em valas de esgoto abertas, causando mau cheiro e proliferação de insetos. Somente as casas da margem externa da comunidade tem acesso a rede geral de esgoto, Algumas famílias não possuem banheiro, utilizando a "patente" de vizinhos ou "casinhas" coletivas.

A coleta de lixo é feito somente na rua principal, duas vezes por semana, dificultando para a maioria da população o recolhimento deste por serem as ruas estreitas, não pavimentadas e sem condições para o tráfego. Por isso as famílias depositam o lixo em valas de esgoto próximas as suas casas, em lixão próximo a escola, posto de saúde e centro comunitário.

O abastecimento da água é feito pela CASAN nas comunidades de Chico Mendes, Novo Horizonte, Santa Terezinha e Via Expressa. É comum várias famílias utilizarem um só cano de abastecimento de água. Quando uma família utiliza a água é necessário desligar a água das outras casas, sendo que a maioria não possui canalização interna.

A luz é fornecida pela CELESC, mas uma grande parte das famílias é obrigada a utilizar "rabichos", devido ao alto custo da instalação elétrica.

A comunidade dispõe dos seguintes recursos: CSI do Sapé. CSI do Monte Cristo, CSI de Capoeiras, Posto Policial, Escola de 1º grau (local onde conseguem restos de alimentos gratuitos), Creche Lar Fabiano de Cristo, Creche Promorar, Casa Pasto-

ral, Grupo de mulheres (costura) farmácia, mercados, vendas, bares e ônibus. As comunidades de Chico Mendes e Novo Horizonte possuem associação de moradores.

A população de modo geral utiliza pouco os recursos da comunidade, principalmente os postos de saúde. Costumam ir na maioria das vezes direto a uma instituição hospitalar (GAPEFAM, 1993).

A creche Promorar, selecionada para realização do nosso estágio, atualmente atende 90 crianças na faixa etária de 4 meses a 5 anos, em período integral das 7 as 19 horas, de segunda a sexta feira. Está subdividida em:

Berçário: com 15 crianças na faixa etária entre 4 meses a 1 ano e 6 meses; Maternal I: com 15 crianças, com idade entre 1 ano e 6 meses a 2 anos e 6 meses; Maternal II: com 15 crianças, com idade entre 2 anos e 6 meses a 3 anos; Primeiro período com 20 crianças de 3 a 4 anos; e Segundo período com 20 crianças, com idade entre 4 a 5 anos. O quadro de funcionários é composto por 28 pessoas, sob a coordenação da diretora.

O CSI Monte Cristo, campo de prática assistencial foi criado em 1991, juntamente com a implantação do SUS. Possui no seu quadro profissional: 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 1 auxiliar de enfermagem, 2 auxiliares de serviços gerais, 1 clínico geral e 2 dentistas. O atendimento a população é oferecido no período das 7 a 19 horas, de segunda à sexta feira.

VII. CRONOGRAMA

Este cronograma foi cumprido conforme o planejado, tendo sido prolongado por mais 4 dias para realizar uma reunião de confraternização com funcionários e profissionais da creche.

SEMANAS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. Interação preliminar (posto, creche e família)	X	X																	
1.1. Manter contato com a enfermeira do posto	X	X																	
1.2. Apresentar a idéia central do projeto na escola e posto de saúde	X	X																	
2. Elaboração do projeto	X	X	X	X															
2.1. Revisão da literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
2.2. Elaboração do instrumento			X	X															
2.3. Reformulação do instrumento					X														
3. Apresentação do projeto					X														
4. Início do estágio					X														
4.1. Período de adaptação					X	X													
4.2. Participação das atividades com as crianças.					X	X	X	X	X										
5. Avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças							X	X											
5.1. Aplicação do instrumento							X	X											
5.2. Análise dos dados coletados									X	X									
5.3. Devolver dados aos pais e professores através de um folder																			
6. Trabalhar situações saúde/doença																			
6.1. Identificar problemas de saúde das crianças através de observação diária					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
6.2. Realizar fichas de leitura sobre os problemas identificados					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
6.3. Orientar professores e família					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
6.4. Encaminhamentos para posto de saúde					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
6.5. Acompanhar o tratamento					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
6.6. Orientar sobre medidas preventivas					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
6.7. Realizar visitas domiciliares					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					

VIII RELATANDO AS ATIVIDADES

Neste capítulo passamos a descrever os resultados das atividades realizadas de acordo com os objetivos específicos propostos.

Objetivo específico nº 1 Realizar a avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças de 04 meses a 2 anos na creche Promorar no bairro Monte Cristo.

Para desenvolver este objetivo iniciamos com a revisão da literatura dos principais parâmetros de crescimento e desenvolvimento da criança entre 4 meses a 2 anos. Após, elaboramos um instrumento tendo como base o de Beck, Gonçalves e Mariot, (1993), aplicado em crianças pré-escolares, utilizando igualmente o Marco conceitual desenvolvido pelo GAREFAM. Foram feitas algumas adaptações para adequar-se à crianças da creche. O instrumento foi enviado à duas professoras que atuam na área de enfermagem pediátrica, com a finalidade de analisar seu conteúdo. Ambas acharam o instrumento adequado, sugerindo apenas revisão na sua ordem sequencial. Feitos os devidos ajustes no instrumento o mesmo foi enviado à supervisora para análise final, não havendo sugestões de novas alterações.

O instrumento (anexo 1) foi aplicado a quatorze crianças na faixa etária entre 11 à 35 meses. A avaliação, inicialmente prevista para 20 crianças, foi reduzida a 14, tendo em vista o elevado nº de crianças faltosas. Além disso, não foram examinadas crianças na faixa etária entre 4 a 10 meses uma vez que o estágio ocorreu no segundo semestre, ocasião em que as crianças matriculadas em março, com 4 meses, já tinham aproximadamente 1 ano de vida.

A avaliação do crescimento e desenvolvimento ocorreu nas dependências da creche e complementadas através de visitas domiciliares feitas a todas as quatorze crianças.

Os resultados passam a ser apresentados segundo a ordem dos itens do instrumento.

1. Identificação da criança e sua família:

- Procedência

Das quatorze criança consultadas, 64% das famílias eram procedentes de Lages, 21,4% de Fpolis, 7% de Bom Retiro e 7% de São José.

- Religião

- A maioria das famílias (93%) praticam a religião católica e as demais (7%) pertencem a religião Assembléia de Deus.

2. Histórico da criança/família.

Situação sócio-econômica familiar.

A maioria das famílias vive com um salário mínimo mensal (78%); apenas duas famílias do estudo percebem dois salários mínimos.

Estado civil do pais

Na metade das famílias consultadas (50%), o casal vive separado, em 35% os pais vivem juntos, em 14% a mãe é solteira e 7% o casal é casado.

Idade dos pais

A faixa etária dos pais fica entre 17 a 32 anos, e das mães entre 20 a 37 anos.

Profissão dos pais/ocupação:

Tabela nº 1: Profissão dos pais por sexo.

Homem			Mulher		
Profissão	F	%	Profissão	F	%
Serviço Gerais	04	28,5	Doméstico	09	64%
Biscateiro	03	21,4	Balconista	02	14,2
Pedreiro	02	14,2	Aux. Cozinha	02	14,2
Desempregado	02	14,2	Costureira	01	7,1
Padeiro	01	7,1			
Total	12	100,0		14	100,0

A fonte de renda das famílias gira em torno de serviços como: serviços gerais, biscateiro, pedreiro e padeiro. As mulheres contribuem para a renda familiar com ocupações como: diaristas, balconistas, auxiliar de cozinha e costureira. A profissão dos pais tem relação com a baixa escolaridade.

Escolaridade dos Pais

Tabela nº 2: Escolaridade dos pais de acordo com o sexo

Escolaridade	Homens		Mulheres	
	F	%	F	%
Analfabetos	-	-	-	-
Primário incompleto	11	78,7	6	42,8
Primeiro grau incompleto	1	7,1	4	28,5
Primeiro grau completo	1	7,1	3	21,5
Segundo grau completo	-	-	1	7,1
Sem dados	1	7,1		
Total	14	100%	14	100

A escolaridade dos pais é baixa, sendo que 85% dos homens e 28,5% das mulheres não chegaram a concluir o 1º grau.

Números de irmãos

Ao contrário do que se espera em uma comunidade com estas características a média aritmética do nº de irmãos ficou em 1,2%. Os limites entre o maior e o menor número de irmãos ficou entre 0 e 4, sendo a média de 1 irmão.

Metas da Família

Analisando os dados coletados, em relação as metas familiares, percebeu-se que 50% das famílias não possuem metas para o futuro, preocupando-se exclusivamente com a sobrevivência do seu dia a dia. Apenas 50% expressam metas a longo prazo, e entre a de aumentar a casa para melhorar as condições de vida da família, e a de comprar terreno para construir a casa em outro local.

Saúde da Família

Nas 14 famílias visitadas detectou-se os seguintes problemas: hipertensão, anemia, doenças cardíacas, verminose, diarreia, rubéola, impetigo, hernia inguinal, problemas respiratórios e alergias por picadas de insetos. A luta pela sobrevivência, a falta de moradia adequada, falta de saneamento e o stress que essas pessoas enfrentam em seu dia a dia de suas vidas provavelmente são causas da maioria das doenças, citados.

3 - Saúde da Criança

Para levantar estas questões foram feitas algumas perguntas tendo se obtido as seguintes respostas.

A gravidez foi planejada?

Dentre as famílias consultadas, em 11 a gravidez não foi planejada, correspondendo a um percentual de 78,5% e que apenas em, 3 a gravidez ocorreu de forma planejada. Apesar disto as famílias afirmam que as crianças foram bem aceitas após o nascimento.

Fez Pré Natal?

Com excessão de três mães, as demais relatam ter feito o pré natal. Tendo em vista o fato do posto de saúde do bairro não oferecer serviço obstétrico à gestante, percebemos que as mães se deslocam para comunidades vizinhas a procura deste serviço.

Tipo de parto/problemas

O tipo de parto predominante foi o normal. O problema mais comum encontrado que levou a parto por cesariana (3 casos), foi a ausência de dilatação do colo uterino, segundo as mulheres.

4 - Histórico de vida da criança

Doenças e acidentes que já teve

Identificamos os seguintes problemas através das visitas domiciliares: diarreias, pneumonia, queimadura por água quente, desidratação, alergias, resfriados, verminose e desnutrição. Destas doenças apenas 3 necessitaram de internação hospitalar; as demais foram tratadas em casa. No momento do projeto 3 crianças estavam em tratamento para verminose. Constatamos que muitas das famílias utilizaram tratamentos alternativos em situação de saúde/doença, destacando-se os seguintes: chás caseiros, visita a benzedadeiras, e uma família que pertence a religião Assembléia de Deus, utilizava orações para a cura de doenças.

5 - Admissão da criança na creche

Ao entrarem na creche as crianças ficam em estágio de adaptação, permanecendo somente meio período na instituição. Todas as mães afirmam que as crianças choravam nos primeiros dias, mas que acabaram se acostumando. Atualmente as crianças aceitam bem a creche. Com relação a opinião das famílias sobre a creche, todos afirmam que é boa enquanto que duas famílias julgam que a creche deveria oferecer acompanhamento médico para as crianças.

6 - Interação familiar

Segundo relato das mães, a interação familiar em geral é boa e as crianças se relacionam bem com todos da família, sendo o contato mais intenso com as mães e os irmãos. Na educação da criança todos participam (tias, avós e pessoas mais próximas), com excessão de dois casos em que somente a mãe participa deste processo, pois os pais estão a maior parte do tempo fora de casa (trabalham em outra cidade). Com relação a interação na creche, as crianças se relacionam melhor com as pessoas que prestam cuidado direto e com as crianças de sua sala.

Ao perguntarmos sobre como a família percebe o tempo que a criança permanece na creche obtivemos as seguintes respostas: a criança fica mais ativa, esperta e alegre, a creche ajuda na educação, a creche ajuda no desenvolvimento e por último a criança fica muito tempo fora de casa sob o cuidado de pessoas estranhas.

7 - Instituições que a família utiliza

Em geral as famílias utilizam os dois postos de saúde locais, a creche e a escola do bairro. Uma família sempre utiliza o ambulatório do hospital Universitário.

Todos acham que há poucos recursos na comunidade, que deveria haver mais creches para que as mães pudessem trabalhar "fora", e um posto de saúde com mais especialidades. Também foram citados como problemas a falta de segurança, saneamento bá-

sico e iluminação pública.

8 - Ambiente da criança e família

Das famílias consultadas, (13) moram em casas próprias e uma família mora em casa de parentes. As residências são compostas de dois ou três cômodos distribuídos em um espaço bastante reduzido. Muitas moradias não possuem saneamento básico adequado e a presença de animais domésticos é comum, destacando-se pássaros, cachorros, gatos e galinhas.

9 - Rotina de vida das crianças

O dia padrão das crianças geralmente é o seguinte: acordam aproximadamente às 7hs. Tomam "mamadeira" e vão para creche. Retornam às 19 horas brincam um pouco com as irmãs, recebem "mamadeira" e vão dormir por volta das 22 horas. Quando as crianças não estão na creche, são cuidadas pelos irmãos mais velhos e pela mãe.

10 - Alimentação

Em casa segundo relato das mães, as crianças recebem cerca de 5 refeições por dia, contendo os seguintes alimentos: mingaus de leite com maizena, bolacha, arroz, feijão, macarrão carne sendo que alguns recebem frutas. Quase todas as mães relatam que é difícil oferecer à criança uma alimentação com todos

os nutrientes necessários em virtude da baixa renda familiar. Apenas uma criança de 15 meses recebia um cardápio incorreto, com mamadeiras de maizena de 3 em 3 horas. Das 14 crianças, 4 necessitavam de ajuda para alimentar-se. Na creche, eram servidas 4 refeições que continham leite, frutas, cereais, massas, carnes e legumes. Percebe-se que em muitos casos as crianças recebem uma alimentação mais balanceada na creche do que em casa.

11 - Hidratação

Os pais costumam oferecer às crianças, chás, e água, raramente fervida por julgarem que a água fornecida pela Casan é de boa qualidade. Ignoram que o risco de contaminação é grande devido a falta de saneamento básico adequado e a presença de vetores nos domicílios.

12 - Sono e Repouso

Das crianças estudadas 50% dormem na cama de casal, juntos com os pais, e 50% dormem em berço com grades. As estratégias mais usadas para adormecer as crianças são: uso de bico, fraldas para cheirar, cafunés, cantigas, e adormecer na cama dos pais, para após o ser transferido para o berço. Os problemas encontrados ligados ao sono são: debatem-se enquanto dormem e sair da cama para dormir no chão.

13 - Eliminação

Entre as famílias entrevistadas, treze crianças ainda usavam fraldas. A eliminação intestinal variava de duas a 3 vezes ao dia. Entre os problemas relacionados como eliminação intestinal foram identificados a diarréia, verminose, constipação.

A eliminação vesical fica em torno de cinco vezes ao dia. Apenas uma mãe relatou que seu filho urinava muitas vezes ao dia, em pequena quantidade, porém sem presença de sangue ou pús na urina.

14 - Opinião sobre vacinação e amamentação.

Segundo a opinião das mães, a vacinação é importante para proteger a criança contra doenças nos primeiros anos de vida. Quanto à amamentação, as mães a consideram importante para o crescimento e desenvolvimento da criança. Também afirmam que a mesma ajuda a proteger a criança contra as doenças da infância.

15 - Crescimento e desenvolvimento da criança

Para realizar a avaliação das crianças contactamos com a enfermeira do posto de saúde que nos cedeu a balança e um antropômetro móvel. Em colaboração com os professores aproveitamos a hora do banho matutino das crianças para realizar a coleta destes dados.

Tabela nº 3 Peso das crianças com respectiva estatura segundo sexo e idade.

idade (meses)	Meninos		idade (meses)	Meninas	
	Peso (Kg)	Estatuta (m)		Peso (kg)	Estrutura
13	10,0	71	20	12	76
15	10,3	73	23	12	86
15	10,0	76	25	12	86
19	12,2	80	28	14,6	93
21	14,0	94	29	14,0	85
23	12,2	94	32	12,5	89
26	14,8				
35	14,9				

Analisando os dados acima não constatamos déficit ponderal nas crianças. Isto pode ser consequência de estarem frequentando a creche desde o início do ano letivo recebendo uma alimentação balanceada, rica em nutrientes que ajudam corrigir as possíveis deficiências ponderais.

Com relação a estatura constatamos que algumas crianças estão abaixo do esperado para a idade, se comparados com dados da revisão bibliográfica (Marcondes, 1971). Nesta avaliação é necessário considerarmos as características da comunidade, situação sócio-econômica da família e a herança genética de cada indivíduo.

Exame físico

Tabela nº 4: Problemas de saúde apresentadas pelas crianças durante o exame físico.

Problemas de saúde	%
Lesões de Pele	28,5
Pediculose	28,5
Rubeola	28,5
Diarréia	21,4
Hernia Ingnal	21,4
Cicatriz de queimadura	7,1
secreção ocular	7,1
Impétigo	7,1
Dermatite seborréia	7,1
Escabiose	7,1

De acordo com a tabela acima observamos que as doenças detectadas estão ligadas à falta de higiene, saneamento básico precário e baixa situação sócio econômica, fatores que dificultam as famílias buscar meios para a promoção da saúde.

Desenvolvimento

Analisando os dados sobre o desenvolvimento constatamos que apenas uma criança apresentava deficit na função motora e na linguagem, Mário* de 15 meses não andava, arrastava-se sentado, não se agarrava aos móveis para levantar, tinha dificuldade em andar apoiado e não empregava si quer uma palavra de forma adequada. Esta criança pertence a família Souza* descrita mais

adiante. Nas demais crianças analisadas não constatamos anormalidades no desenvolvimento motor e cognitivo.

A devolução dos dados aos pais foi feita um folder, (Figura 1 e 2) que continha os pontos positivos e os problemas constatados durante o exame. Também continham orientações sobre os cuidados que deveriam ser seguidos no domicílio e o que estava sendo feito na creche. Este "folder" foi baseado no trabalho de Beck, Gonçalves e Mariot (1993), e para exemplificar todo este processo passaremos a descrever o trabalho com uma família.

Família Souza

Em nossa primeira visita ao domicílio, encontramos as crianças, Mario, de 15 meses e Julia com 32 meses sobre os cuidados de uma tia com 15 anos de idade. Segundo a tia a mãe havia abandonado as crianças ficando assim as mesmas sob a responsabilidade da avó e do pai.

A família mora em casa própria, de madeira, com 4 peças, recebendo água da Casan e luz da Celesc, porém não possuindo fossa séptica. Os dejetos são diretamente lançados na rede fluvial. Há presença de animais (cachorro e gatos). O terreno é úmido, acidentado e na casa vivem 8 pessoas.

A renda familiar gira em torno de 3 salários mínimos. Durante a aplicação do instrumento às crianças, constatamos os seguintes problemas com Mário: alimentação dada à criança em casa estava incorreta, pois recebia mingau de maizena de 3 em 3 horas e somente nos finais de semana, quando a avó estava em ca-

sa, recebia "comidinha". Ao exame físico detectamos presença de pediculose, cicatrizes de queimadura nas face, abdômem, braço e antebraço esquerdo provocado por água quente durante o banho da criança, lesões bolhosas na pele deficiência no desenvolvimento motor e cognitivo.

A outra criança, Julia, com 32 meses ainda fazia uso de e fraldas, tinha deficiência de postura.

Em uma segunda visita domiciliar à família, tivemos contato com a mãe que havia retornado ao lar. Relatamos os problemas detectados nas crianças e orientamos sobre os cuidados para resolução dos problemas. Durante a conversação a mãe demonstrou pouco interesse no assunto.

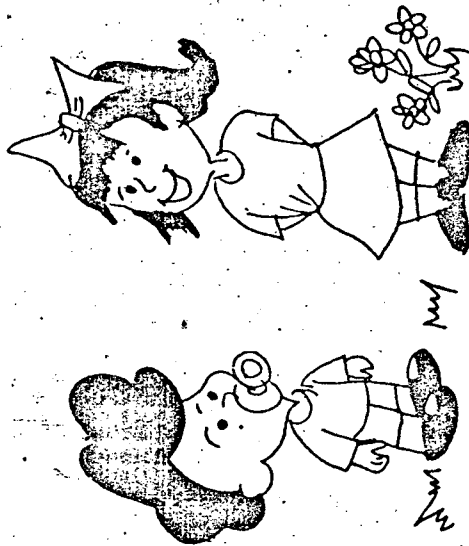
Percebemos que estava grávida, porém ~~de~~ ela não sabia qual a idade gestacional, a data da última menstruação e também informou não estar fazendo pré-natal.

Vestia roupas sujas, apresentando lesões de pele nos membros inferiores os quais estava edemaciados. Orientamos para que procurasse o posto de saúde para acompanhamento gestacional.

No 3º contato com a família que ocorre nas dependências da creche entregamos o folder, (figura 3,4,5 e 6), com a avaliação das crianças e reforçamos as orientações a avó. Esta nos informou que a mãe havia novamente abandonado o lar e que com relação aos problemas apresentados, ela dispunha de pouco tempo para cuidar das crianças, mas que iria fazer o possível para resolvê-los.

Consideramos que o primeiro objetivo foi atingido em sua totalidade. Podemos até afirmar que extrapolamos o mesmo uma

MEU CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO



ALUNO (a): _____

NASCIMENTO: _____

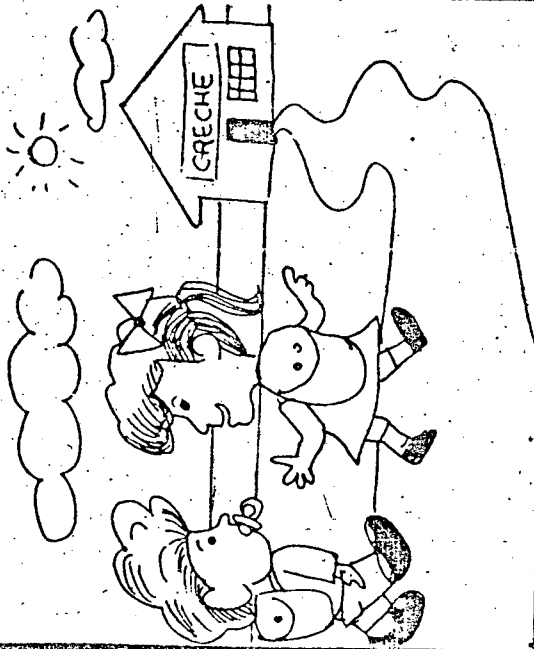
TURMA: _____

MATRÍCULA: _____

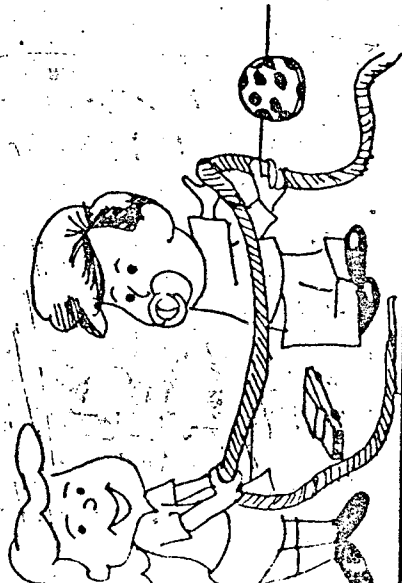
PROFESSOR (a): _____

ESCOLA: _____

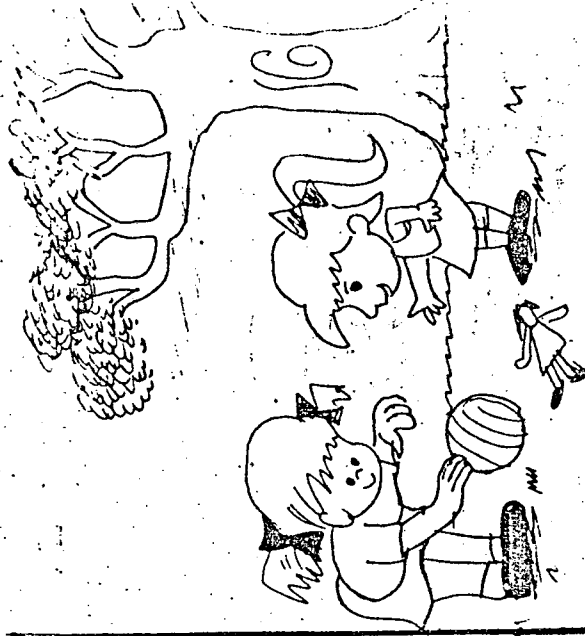
DIRETOR (a): _____



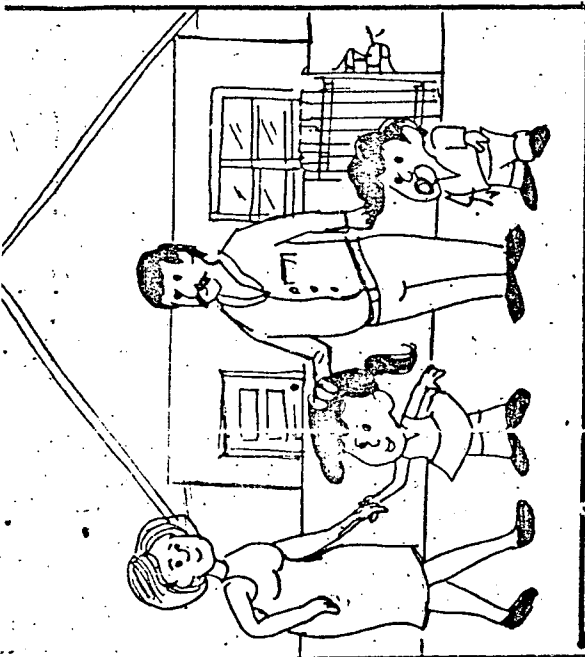
* MEU DIA A DIA



MEU DESENVOLVIMENTO



* MEU CRESCIMENTO



* EU E MINHA FAMILIA

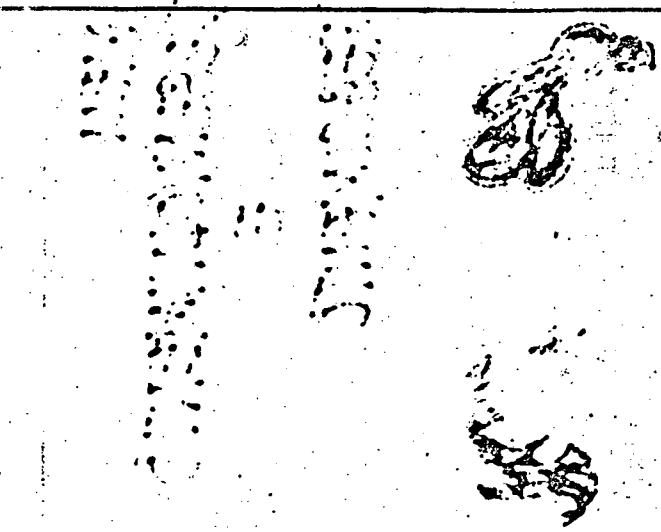
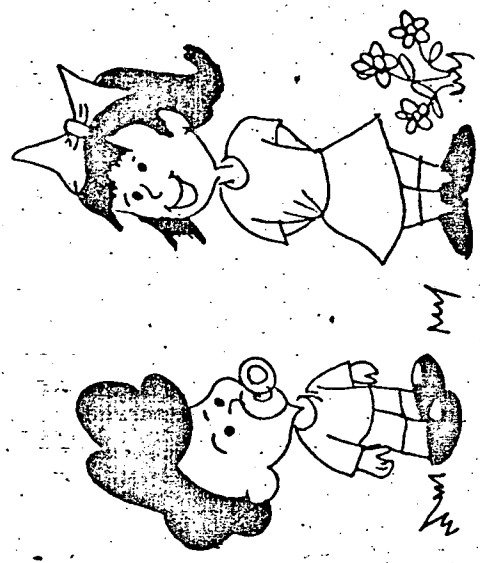


FIGURA 3. Frente do Folder de MARIO*

MEU CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO



Aluno(a): Mario*

Nascimento: 20/03/2000

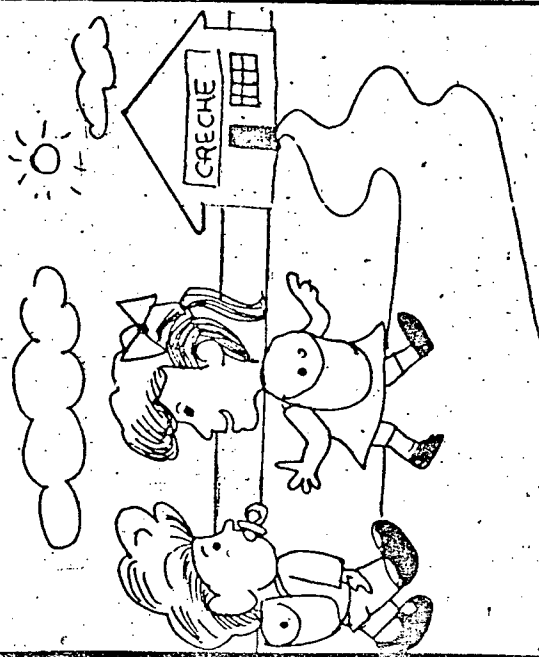
Turma: 1º ano

Matrícula: 12345678

Professor(a): Luciana*

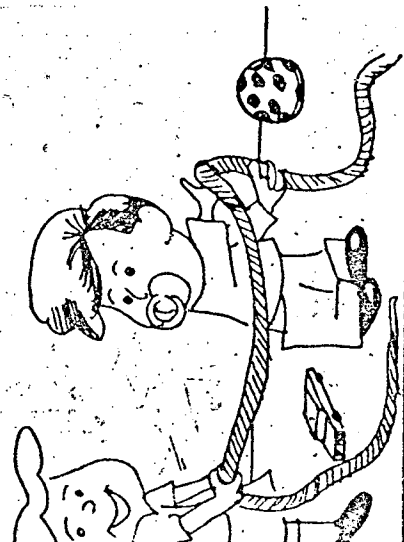
Escola: Creche Primavera

Diretor(a): Julia



* MEU DIA A DIA

Meu dia a dia é cheio de atividades quando estou no creche, quando estou em casa preciso de atenção e ser estimulado. Tenho que ser protegido com carinho dos pais.



DESENVOLVIMENTO

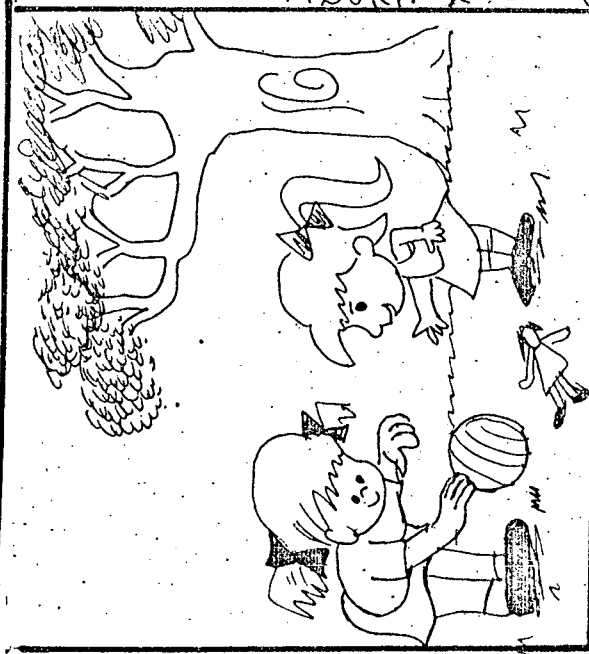
com positivos problemas

eu um brinquedo não avião, não outro, mas jogo as (mensagens) para ser estimulado a ler, conversar, etc.

conhecimento

creche: estamos estimulados a crianças mãe foi orientada a sobre a mensalidade estimulando

FIGURA 4 - verso do FOLDER de MARIO



* MEU CRESCIMENTO

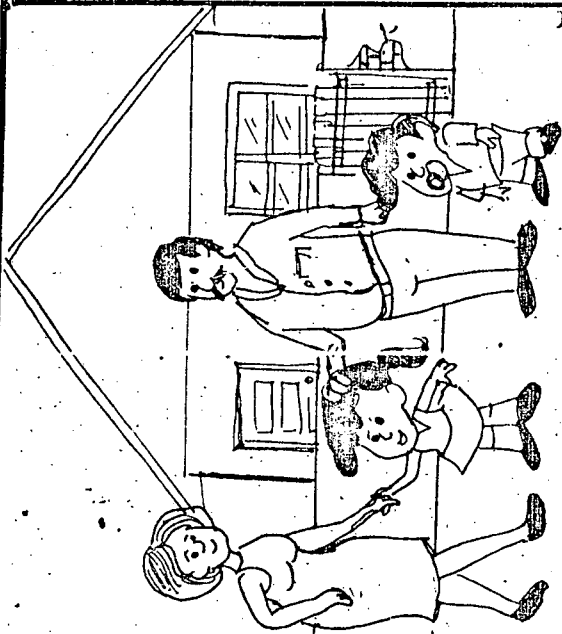
Pontos positivos / problemas

- Tenho problemas
- Estou crescendo. Bem, muito peso e minha altura está boa.

metas (orientações)

- Fazer "jornais" para acabar com os problemas.

acompanhamento



* EU E MINHA FAMÍLIA

Pontos positivos / problemas

- A mãe não está sempre presente no lar.

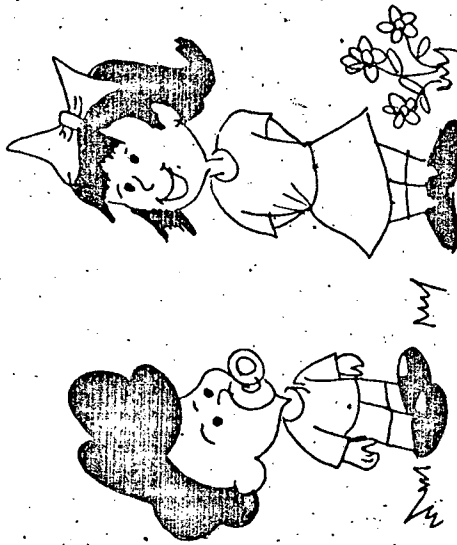
metas (orientações)

É importante que a mãe fique junto a criança para que seu desenvolvimento seja normal.

acompanhamento

A mãe foi visitada e orientada de sobre a importância de seu papel no desenvolvimento da criança.

MEU CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO



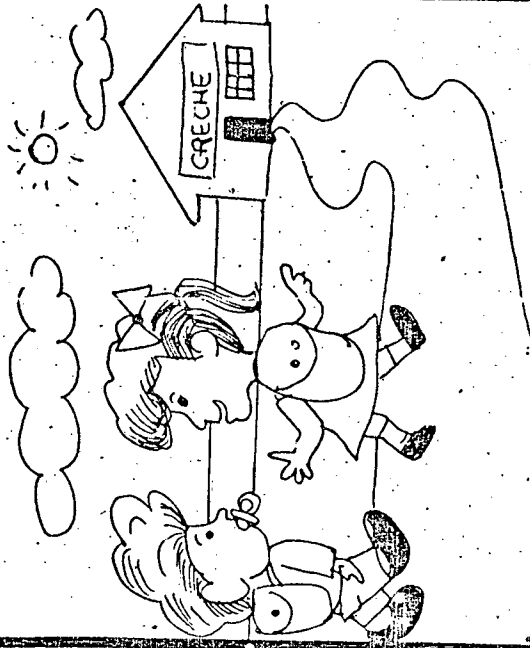
Aluno(s): Júlia

Nascimento: Quater mai I

Matrícula: Inacur #

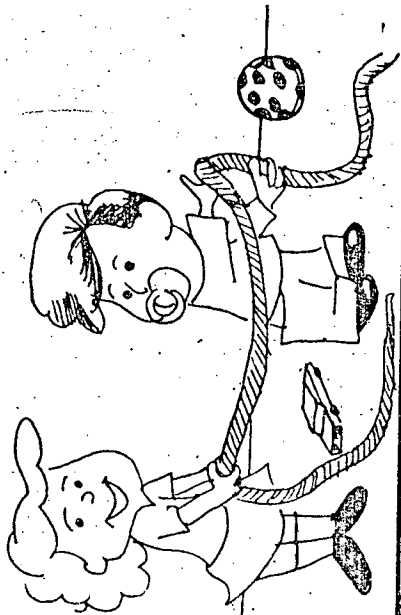
Escola: Creche Primavera

Diretor(a): Glúcia



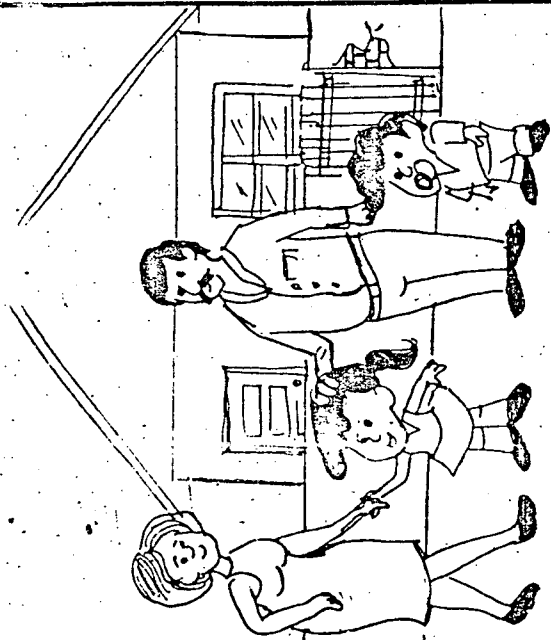
* MEU DIA A DIA

Meu dia a dia é cheio de atividades no creche, por isso quando estou em casa sinto falta para o meu desenvolvimento.



* MEU DESENVOLVIMENTO

- crianças positivas / problemas
- Gratos me desenvolvendo bem. Porém, tenho alguns problemas no português (aíndas) mas graças a essas orientações
- Corrigir o português, melhorar a escrita e andar com mais segurança os desafios
- Acompanhamento
- Meu papel: A professora está corrigindo o português e incentivando a criança a andar para melhorar suas habilidades



* EU E MINHA FAMÍLIA

temos positivos / problemas

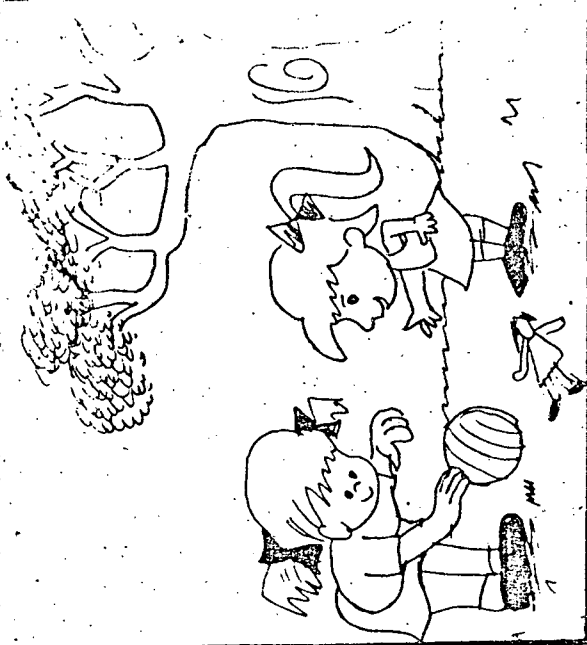
- A mãe não está sempre presente no lar.

Mães (orientações)

É importante que a mãe fique junto a crianças para que seu desenvolvimento seja normal.

acompanhamento

A mãe foi visitada e orientada sobre a importância de seu papel no desenvolvimento do criança.



* MEU CRESCIMENTO

temos positivos / problemas

- Não nascemos bem!
- Tenho problemas.
- Minha alimentação não está correta.

Mães (orientações)

- Condição Ossina (quando nasce)
- realizar a higiene de imediato para evitar com os pedras para família.
- iniciar comer o leite de sol ao mesmo momento

no geral: sobre a alimentação correta.

A mãe foi orientada sobre os problemas com a alimentação de como resolvê-los.

vez que a própria creche deseja dar continuidade aos trabalhos, através da aplicação do folder, como atividade de rotina na creche.

Objetivo específico nº 2

Trabalhar situações de saúde/doença identificadas junto ao pessoal da creche, em relação as crianças de 4 meses a 5 anos

A idéia central era de identificar os problemas de saúde nas crianças da creche, com a colaboração dos professores e funcionários. Para isso fixamos na sala de lanche dos funcionários os objetivos propostos no nosso projeto assistencial e solicitamos aos mesmos que se integrassem aos nossos objetivos. Diariamente fazíamos visitas às salas de aula e os professores nos procuravam para solicitar nossa avaliação a medida em que os problemas iam surgindo. No decorrer do estágio nos defrontamos com as seguintes situações: 15 crianças apresentaram pediculose, 7 rubéola, 7 resfriado comum, 5 verminose, 4 impetigo, 4 acidentes comuns com pequenas escoriações, 3 escabiose, 1 hérnia inguinal, e 1 criança apresentou otite supurada. Para cada problema identificado realizamos fichas de leitura que constam no capítulo sobre revisão de literatura.

As informações sobre as doenças, cuidados e prevenção foram repassados aos professores e funcionários em 3 reuniões. A primeira ocorreu no dia 06/10/93 pela manhã, com a presença

dos professores deste período. A discussão foi sobre impetigo. A segunda, realizada no dia 03/11, com todos os professores da creche, teve duração de 20 minutos tendo sido abordados temas sobre escabiose e pediculose. A participação dos professores foi expressiva, fazendo perguntas e relatando suas experiências, fato este que enriqueceu a discussão.

No dia 23/11/93 as 19hs, houve na creche reunião com os pais das crianças na creche e nesta oportunidade a diretora cedeu-nos espaço para que transmitissemos informações sobre as seguintes doenças: escabiose, rubéola, doença respiratórias (resfriados comum e pneumonia) e verminose. Utilizamos na ocasião desenhos e cartazes, explicativos, bem como um folheto elaborado por nós, contendo informações sobre a prevenção da verminose (anexo 2), o qual foi distribuído entre os presentes. Surgiram várias dúvidas principalmente com relação à transmissão destas doenças, que foram esclarecidas no decorrer da exposição. O tempo gasto para a realização desta atividade ficou em torno de 40 minutos. O conhecimento sobre as doenças que não foram discutidas nestas reuniões, foram repassados, aos pais e professores através de contatos diários.

As crianças com problema de saúde foram encaminhadas ao posto para consulta médica, e quando havia necessidade acompanhávamos o seu tratamento. Realizamos visita domiciliar a 2 crianças com rubéola.

Passaremos a relatar as duas visitas realizadas às crianças com rubéola citadas anteriormente.

Família Martins

Visitamos a família Martins por termos sido informados que Daiana, de 24 meses, matriculada na creche estava possivelmente com rubéola. Depois de procurarmos por cerca de 40 minutos, encontramos sua residência. A família morava em casa de madeira com três peças, onde residem 6 pessoas. A fossa era séptica e as condições de higiene eram precárias, havendo presença de vetores.

Encontramos a criança com sua mãe, abatida, chorosa, com febre, exantema pelo corpo e diarreia. Estava sendo medicada com soro reidratante preparado com água filtrada, chás e antitérmico prescrito pelo médico. A mãe nos disse que havia levado a criança ao posto e que o médico não havia diagnosticado a doença.

Há cerca de 20 dias um irmão da criança havia tido rubéola e a mãe estava grávida de três meses e não conhecia os riscos da doença ao embrião.

Orientamos sobre a necessidade de ferver a água, proteger os alimentos, oferecer líquido em abundância à criança e esclarecemos que caso não melhorasse deveria procurar o posto de saúde para consulta com pediatra. Foi orientada sobre os riscos da rubéola na gravidez e a importância de iniciar pré-natal. No dia seguinte a mãe levou a criança ao posto de saúde para consulta. Dias após a criança tornou a frequentar a creche e a mãe nos informou que havia sofrido abortamento.

Família Gomes

Esta família é composta por 7 pessoas, a mãe, 5 filhos e uma amiga. Os pais eram separados. Moram em casa de alvenaria com quatro peças, em terreno plano e seco sendo a fossa séptica. As condições de higiene eram boas. Realizamos visita a esta família porque uma das três crianças que frequentavam a creche estava com rubéola. Ao chegarmos no domicílio encontramos a criança chorosa, irritada, com exantema pelo corpo e queimadura no braço esquerdo por chá quente. Haviam sido aplicado pomada hipoglós na área afetada. A mãe mostrava-se bastante nervosa e preocupada com a situação.

Além desse fato, o ex-marido tinha falecido e ela ia viajar para Lages para acompanhar seu sepultamento. Uma amiga preparava clara de ovo em neve para aplicar na queimadura. Orientamos a mãe que seria importante levar a criança ao Posto de Saúde para avaliação do grau da queimadura e que não deveria aplicar pomadas e outros "remédios" caseiros pois poderia complicar o quadro. Repassamos também informações sobre a rubéola.

No retorno da criança a creche, observamos que a região onde havido sofrido a queimadura estava com bom aspecto. A mãe nos informou que não levou a criança ao médico, uma vez que ela havia se recuperado bem.

Entendemos que o objetivo proposto foi cumprido uma vez que houve identificação dos problemas de saúde na creche e foram feitas reuniões com os pais, funcionários, e professores e realizados encaminhamentos a outros serviços e visitas domici-

liares às crianças com problemas de saúde.

Objetivo específico nº 3

Atualizar o esquema de vacinação das crianças da creche

Realizamos inicialmente a revisão da literatura sobre o esquema vacinal do SUS. Em seguida explicamos aos professores o nosso objetivo. Através de bilhete (anexo3) enviado aos pais, solicitamos as cadernetas de vacinação das crianças. Faz-se necessário explicar que das 90 crianças matriculadas no início do ano letivo, 11 haviam desistido. Ao longo do estágio as cadernetas foram chegando, tendo sido a ajuda dos professores muito importante neste sentido. Em alguns casos foram enviados por mais de 2 vezes a solicitação as famílias.

Das 79 crianças, 53 atenderam ao pedido, correspondendo a um percentual de 67%. Das cadernetas avaliadas, 12 estavam com o esquema vacinal incompleto. Como forma de devolver aos pais o resultado de nossa análise, enviamos 2 tipos de comunicação na primeira (anexo4) informamos qual vacina que estava atrasada e solicitamos sua atualização. Na segundo bilhete (anexo5) confirmamos que o esquema vacinal estava em dia e parabenizamos a família por isto.

Na creche constatamos que em momento algum era controlado a situação vacinal das crianças. Em comum acordo com a diretora ficou determinado que durante a matrícula das crianças seria exigida a caderneta de vacinação e o esquema vacinal em

dia. Deixamos com a diretora um quadro guia contendo as vacinas e a idade em que as crianças deveriam recebê-las.

Não foi possível articular junto ao Posto de Saúde da comunidade a manutenção do esquema de vacinação, pois este não presta este tipo de serviço de maneira contínua a população, por tratar-se de CSI.

Considerando-se o nº de cadernetas de vacinação avaliadas, entendemos que este objetivo foi alcançado em sua totalidade.

Objetivo específico nº 4

Oferecer subsídios à equipe da creche sobre temas relacionados a saúde/creche

Desenvolvemos este objetivo simultaneamente com as demais atividades, pois, à medida que surgiam os problemas, iam encaminhando sua resolução.

Como nos objetivos anteriores, iniciamos este como uma revisão de literatura sobre creche. Em contatos feitos com o Secretária da Educação do estado de Santa Catarina, obtivemos um manual contendo informações sobre parâmetros indicados para a estrutura, organização e funcionamento de uma creche. Comparando estes indicadores com a creche em estudo não constatamos anormalidades. Em relação a parte operacional detectamos a falta de um auxiliar de professor na turma do berçário, o qual estava em licença médica. Este problema sobrecarregava a professora do ber-

gário que não dispunha de tempo para aplicação da parte pedagógica as crianças. Os pais queixavam-se de que seus filhos tinham que ficar em outra sala (maternal II) e por isso choravam e não queriam ficar mais na creche.

Ao discutirmos com a diretora, em exercício, o problema, a mesma nos informou que estava tentando resolvê-lo junto a Secretaria Municipal de ensino, porém tinham lhe dito que não havia disponibilidade de pessoal. A questão foi resolvida da seguinte forma: a auxiliar de professora do período da tarde passou a fazer 40 hs semanais, suprimindo assim a falta de funcionário do período da manhã.

Outro problema detectado na creche foi a presença de rompimento da tubulação do esgoto, causando vazamento no pátio da creche. Este foi resolvido através de solicitação de conserto junto a prefeitura, feito pela diretora da creche.

Um outro problema encontrado estava vinculado a alimentação havia repetição do tipo de refeição servido as crianças que recebiam a mesma no almoço e jantar. Tratando-se de crianças na faixa etária de 11 meses a 24 meses sabe-se que a variação do cardápio evita a monotonia e permite melhor aceitação da alimentação. Em relação a formulação do cardápio a diretora nos informou que não existia nutricionista responsável pelo mesmo na prefeitura, mas que havia na creche um modelo a ser seguido. Levamos o problema à nossa supervisora e esta articulou junto ao GÁPEFAM uma análise do cardápio. Explicamos a diretora e aos funcionários o que seria feito e enviamos a nutricionista o cardápio das refeições servidas as crianças no período de 25/10 a

29/10, para que esta fizesse uma avaliação. Repassamos cópia desta análise (anexo 6) a diretora e esta ao funcionário da cozinha o qual introduziu as modificações.

A falta de articulação entre a creche e o posto de saúde do bairro foi identificada como outro problema. As crianças que necessitavam de atendimento médico não eram encaminhadas ao referido posto e muitas vezes ficavam sem frequentar a creche por vários dias até conseguirem atendimento. Faz-se necessário explicar que faz parte do regimento da creche que as crianças com problemas de saúde, somente puderam frequentar a mesma caso apresentem atestado médico explicando que não se trata de doença contagiosa. (anexo 7)

Levamos o problema ao conhecimento da coordenadora do posto e esta prontificou-se a solicitar junto à Secretaria Municipal de Saúde um encaminhamento para que as crianças fossem atendidas. Na semana seguinte retornamos ao posto e a coordenadora nos informou que a referida secretaria não havia dado resposta ainda mas mesmo assim ela nos autorizou a iniciar o encaminhamento das crianças da creche para aquele Posto de Saúde. Ficou então acertado que as crianças seriam encaixadas no horário da pediatra, que atende a partir das 7:30 da manhã. Em conjunto com a diretoria da creche, elaboramos um formulário de encaminhamento, (anexo 8), fizemos várias cópias e deixamos um no Posto de Saúde para que os funcionários soubessem do que se tratava.

Nesta ocasião também conseguimos junto ao Posto de Saúde uma caixinha com material para curativo contendo: um fras-

co com povidine tópico, um frasco de soro fisiológico, gazes esterilizados e esparadrapo. Ficou combinado que o material seria trocado pelos funcionários da creche.

Um último problema detectado foi a falta de acompanhamento odontológico às crianças da creche. Contactamos com a dentista do Posto de Saúde que prontificou-se a fazer uma visita a creche, porém tivemos que solicitar autorização a coordenadoria do posto e esta, a Secretaria Municipal de Saúde. Feitas estes contatos e autorizações à visita ficou marcada para o dia 11 de novembro. Avisamos a diretora, professores e funcionários que aprovaram a iniciativa. No dia combinado as 9hs a dentista veio a creche e realizou escovação dentária com flúor e trabalho educativo junto às crianças (anexo 9) com exceção da turma do berçário. Não foi possível manter um trabalho de acompanhamento odontológico na creche, de forma continuada, pois a dentista realiza este tipo de atividade na escola do bairro, estando sem horário disponível. Este tipo de atividade exige maior planejamento e já estávamos praticamente no final de ano letivo. Sugerimos à diretora da creche que solicitasse esse tipo de serviço junto ao Posto de Saúde no início do próximo ano letivo.

Tendo em vista, que no decorrer do estágio foram resolvidos os problemas identificados com a participação da diretora, professores e funcionários da creche e através de outras instituições como Posto de Saúde do bairro, Secretaria de Obras da P.M.F. e GAPEFAM, concluímos que este objetivo foi alcançado e de certa forma até além das nossas expectativas.

IX. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E NÃO PROGRAMADAS

No decorrer do estágio surgiu a oportunidade de participamos da Festa da Saúde promovida pelo GAPEFAM, juntamente com a escola local, fazendo a articulação entre creche e a comunidade. Em conjunto com o creche, confeccionamos cartazes contando a história da creche, salientando sua inauguração, as dificuldades, a ampliação da creche e a sua atual situação de funcionamento. Neste trabalho foi fundamental a ajuda de uma funcionária da creche que ali trabalha desde sua fundação que facilitou dando informações sobre as atividades iniciais da instituição.

No dia do Festa da Saúde, dia 11 de dezembro os cartazes foram expostos ao público e nos revezamos juntamente com a diretora e funcionário para atender a população e prestar esclarecimentos.

X. AVALIANDO O MARCO CONCEITUAL E O PROCESSO DE ENFERMAGEM

Visamos neste capítulo fazer uma análise dos conceitos do marco e o processo de enfermagem utilizados durante a prática assistencial. Esclarecemos que foi a primeira vez que tivemos contato com estes conceitos, que representam as crenças, valores e visão de mundo dos seus autores, mas que em muitos momentos coincidiam com as nossas próprias crenças e valores, facilitando assim o desenvolvimento deste.

Passamos a analisar as seguintes conceitos utilizados:

Família saudável - Este conceito nos ajudou nos contatos que tivemos com as famílias. Através deste constatamos o quanto as famílias precisam interagir, perceberem-se como família e lutarem pelo direito de serem famílias saudáveis.

Ambiente: através deste entendemos que a família está diretamente ligada ao ambiente em que vive. Em momento algum podemos vê-la separada deste. Este fato ajudou-nos a compreender as crenças e valores desta comunidade e as transformações que sofrem durante a construção de sua história de vida.

Criança saudável: compreendemos que a criança somente pode ser saudável quando interage em uma família e ambiente saudável. A creche, que em determinado momento passou a ser parte

de seu ambiente, fornece condições para seu desenvolvimento saudável.

Comunidade da creche: foi importante pois analisamos a creche dentro do contexto da comunidade, como instituição que necessita articular-se com outras instituições na comunidade. Orientou-nos na prática a atingir os objetivos propostos para este projeto assistencial.

Houve necessidade de acrescentamos aqui o seguinte conceito que não constava inicialmente do mesmo estudo.

Assistência de enfermagem: consiste no desenvolvimento de reflexões, decisões e atividades específicas com a comunidade escolar, onde a Enfermagem, através do cuidar, busca favorecer a promoção da saúde e prevenção da doença para tornar/mante-lá saudável. (GAPEFAM, 1992)

Como componentes do cuidar foram adotados os de Patrício (1991) adaptados de Leininger: confortar; comprometer-se; prevenir; contornar, agir para; adotar atitude com respeito à; ter sensibilidade; ter consideração; trocar idéias; coordenar para enfrentar com; facilitar; ser generoso para; alertar para; esclarecer; informar; orientar; reforçar; demonstrar interesse; empenhar-se; fazer favor; gentilezas; ouvir atentamente; amar; valorizar; estar presente; proteger; estar aberto à outra pessoa; dispensar atenção; respeitar; aceitar; lutar com; estimular; desafiar; socorrer; amparar; supervisionar; executar ações técnicas/física; compreender; trocar experiência; calar; meditar com; limitar; aliviar a dor; fazer por; dedicar-se; promover

conhecimento; vigiar; dialogar; demonstrar; estar dando importância; preservar a integridade e individualidade do outro; demonstrar sentimentos de ternura (tocar, acariciar, abraçar), executar medidas de prevenção de doença e de promoção à saúde, incluir cuidados de promoção de afetividade entre seus membros; tratar; reabilitar problemas físicos; respeitar características individuais (potencialidades e limitações, valores, crenças e objetivos); demonstrar confiança e desenvolver a auto-confiança, esperança e coragem nos demais; dar presentes; auxiliar na busca de recursos e identificar e lutar pelos seus direitos, ajudar as pessoas a usarem a sua liberdade e a aceitarem responsabilidades pela própria existência; auxiliar as pessoas a identificar e a utilizar seus recursos individuais, familiares e comunitários.

O Processo de Enfermagem

1. Incluindo a comunidade da creche (família, professores e servidores) e posto de saúde no projeto.

Neste primeiro passo do processo de enfermagem tivemos a finalidade de interagir propositalmente a fim de que todos participassem do projeto. Isto ocorreu principalmente no período anterior ao início do estágio, através de contatos no posto de saúde, da exposição do nosso projeto na creche e quando apresentamos o projeto aos pais e professores em reuniões.

2. Conhecendo a Realidade

Objetivamos levantar dados sobre as crianças e seu contexto social e familiar, a creche e os funcionários. Esta etapa ocorreu em todo o desenvolvimento do projeto assistencial, porém foi mais intensa na aplicação do instrumento quando avaliámos o crescimento e desenvolvimento das crianças, nas reuniões com professores e na identificação dos problemas..

3. Definindo a situação

Esta etapa também estava acontecendo a todo momento a medida em que surgiram os problemas de saúde e os dados da aplicação do instrumento. Tornou-se ainda mais presente quando elaboramos o folder para apresentar as famílias e a creche os resultados da avaliação do crescimento e desenvolvimento.

4. Agindo sobre a situação

Esta também ocorreu concomitantemente com outras etapas do processo, porém evidenciou-se mais após a definição da situação.

5. Redefinindo a situação

A situação era avaliada a cada encontro e isto nos auxiliava na busca de outros caminhos para a resolução dos problemas.

O processo de enfermagem desenvolvido neste projeto assistencial confirmou a idéia de que suas etapas podem ser sequenciais ou simultâneas, retornando-se às etapas anteriores, porém com maior profundidade.

XI. AVALIANDO O PROJETO

Realizar este projeto significou para nós um crescimento individual e profissional muito grande. Fez-nos ver uma outra visão de enfermagem, aquela que trabalha integrada aos recursos da comunidade, visando o bem estar do ser humano/família.

Prestar assistência de enfermagem em uma creche comunitária foi uma experiência totalmente nova e gratificante. No início nos sentimos um tanto deslocados, talvez por estarmos acostumados ao ambiente, hospitalar. Percebemos que os funcionários e professores também ficavam constrangidos com a nossa presença. À medida que fomos expondo os nossos objetivos e atuando na creche as pessoas passaram a colaborar conosco.

"E quando me disseram que vinham estagiárias para cá, eu pensei, lá vem um bando de chatos pra pegar no nosso pé. Agora que acostumamos com vocês, sentimos falta quando vocês não vem."

(funcionário da creche)

Com relação às crianças, de início ficavam "ouricadas" com a nossa presença e as maiores perguntavam o que estávamos fazendo e se íamos voltar no dia seguinte. Com o passar do tempo, elas nos cercavam para dar beijinhos e abraços, contar sobre as coisas que ganharam de presente, mostrar "machucados" dizer

que estavam tomando medicação para isso ou para aquilo. Pediam para que ficássemos com eles na sala de aula, etc.

Tivemos maior contato com as famílias nas visitas domiciliares. Elas aprovavam nossa permanência na creche e lamentaram quando dissemos que nosso estágio estava terminando:

"Foxa, que pena que vocês
Vão embora, agora que nos
Estávamos acostumando com vocês."

Apenas uma mãe que não chegamos a conhecer, disse a professora que nossa presença era dispensável, pois "quem sabe da saúde de seu filho era ela".

A medida que desenvolvemos nosso plano assistencial iam surgindo situações que exigiam nossa intervenção. As articulações com outros serviços como posto de saúde, odontóloga, nutricionista do GAPEFAM, mostrou-nos a importância de agir em conjunto com outros profissionais, serviços e entre as pessoas.

Sabendo da intenção da diretora da creche em continuar a aplicação do "folder" as crianças, assim como o controle do esquema de vacinação das crianças percebemos que nosso trabalho não foi em vão, e que conseguimos deixar uma "semente" do serviço de enfermagem nesta creche.

XII. REFLETINDO NOSSA EXPERIÊNCIA

Este trabalho possibilitou uma experiência muito rica e importante na nossa vida profissional, porque conseguimos relacionar a teoria com a prática, e estabelecer uma interação afetiva com as crianças, professores e família. Salientamos, ainda, a importância da utilização do marco conceitual e de um processo de enfermagem, para prestar assistência de enfermagem a família, pois ele direcionou nosso trabalho, facilitando assim a sua execução. Enfrentamos este desafio e acreditamos que os resultados obtidos foram, não apenas satisfatórios e gratificantes, como também, contribuíram de forma significativa para a enfermagem.

Com este trabalho atendemos os objetivos da VIII unidade curricular de desenvolver um projeto assistencial junto à uma clientela específica. Para dar assistência em uma creche comunitária, desenvolvemos os objetivos proposto no início do trabalho. É importante ressaltar que para manter uma criança saudável é necessário que a família em que ela vive também seja saudável. Através da convivência com estas famílias constatamos que muitas vezes torna-se difícil uma família ser saudável sem condições adequada de moradia, alimentação, educação e saneamento básico. Acreditamos que nesta comunidade a enfermagem tem muito

que fazer, pois trata-se de uma comunidade marginalizado em termos de recursos.

O desenvolvimento deste trabalho significou para nós, acadêmicos um crescimento profissional que nos fez nos refletir sobre a finalidade do ser humano, e o quanto podemos ajuda-lo no processo saúde/doença. Obrigou-nos a pensar sobre a cidadania destas pessoas que muitas vezes nem sabem que tem direitos e, que devem se organizar para lutar por moradia, saneamentos, saúde e educação para seus filhos.

Por fim sugerimos que:

- Outros grupos de estágio atuem nesta comunidade, pós há muito o que fazer e aprender;
- A creche mantenha um intercambio maior com o posto, visando a saúde das criança da creche;
- As lideranças, comunitárias lutem para a ampliação do serviço de saúde nesta comunidade;
- O currículo do curso de graduação de enfermagem contemplo maior carga horária a enfermagem na saúde comunitário.

XIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Assistência a criança com infecção respiratória aguda. Programa de saúde materno - Infantil. Controle de infecção respiratório agudas. OPAS/OMS. Julho de 1991.
2. AUGUSTO, Mariana. Comunidade infantil creche. Rio de Janeiro: gera Guanabara koogan, 1985. 164p.
3. BECK, Milena G; GONÇALVES, Francisca A; MARIOT, Geraldine. A saúde vai a escola: avaliação de crescimento e desenvolvimento do pré-escolar. Florianópolis: UFSC, 1993. Trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem.
4. BRUNNER, Suddarth. Nova Prática de enfermagem. Rio de Janeiro: 3. ed, 1985. vol 5, p. 1376.
5. ENCICLOPÉDIA ilustrada. Medicina e saúde. Abril Cultural. Vol 3 p 716.
6. ----- . Abril Cultural. Vol. 5, p.1376.

7. ECKERT, Elizabeta Roseli, HENSE, Denise, PENNA, Cláudia M.M.
A família buscando saúde: um estudo com familiares sobre o conhecimento e utilização dos recursos existentes em sua comunidade. Florianópolis: UFSC/GAPEFAM, 1991. Relato de Pesquisa.
8. FUNDAÇÃO LEGIÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA. Programa "Primeiro a criança" Orientações Básicas para o atendimento em creche. Estado de Santa Catarina. Coordenadoria Pedagógica. 1985.
9. FERNANDES, Francisco, GUIMARÃES, marque F, LUFT, Celso Pedro,
Dicionário Brasileiro globo. Porto Alegre: Globo, 1984.
10. GAPEFAM. Referencial Teórico, Florianópolis: UFSC, 1992. Mi-
meo. 3p.
11. LEÃO, E. Pediatria ambulatorial. Belo Horizonte: Imprensa
Universitária, 1993.
12. MARCONDES, Eduardo. Pediatria Básica. São Paulo. SAVIER,
1991. vol 1.
13. PIZZO, Gildo. Creche, organização, a montagem e funcionamen-
to. Rio de Janeiro. Francisco Alves, 1984. 258p.
14. PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Repensando o pensar: análise
Crítica de um referencial teórica de Enfermagem a família.

Florianópolis: UFSC, 1992. Dissertação de Mestrado em Assistência em Enfermagem (Curso de Pós Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.

15. SCHMITZ, Edilza Ribeiro. A enfermagem em pediatria e puericultura. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989. p. 1 a 24 e 345 a 346.

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS E SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - VIII FASE CURRICULAR.

0. PROCESSO DE VIVER DA CRIANÇA DE 4 MESES A 2 ANOS NA
CRECHE/FAMÍLIA.

1- Identificação da criança e sua família.

- 1.1 - Creche:
- 1.2 - Turma :
- 1.3 - Professora :
- 1.4 - Nome da criança :
- 1.5 - Apelido :
- 1.6 - Nome da mãe :
Nome do pai :
- 1.7 - Data de nascimento :
- 1.8 - Local de nascimento:
- 1.9 - Procedência:
- 1.10- Endereço Atual :
- 1.11- Período de permanência da criança na creche:

2- Histórico da criança e família

- 2.1- Situação sócio econômica familiar:
- 2.2- Estado civil dos pais:
- 2.3- Idade dos pais:
- 2.4- Profissão dos pais:
- 2.5- Escolaridade:
- 2.6- Nº de filhos:
- 2.7- Metas da família:
- 2.8- Saúde da família:

3- Saúde da criança

3.1 - A gravidez foi planejada:

3.2 - Fez pré-natal:

3.3 - Tipo de parto/problemas:

4- História de vida da criança

4.1 - Metas da família para a criança:

4.2 - Doenças e acidentes que a criança já teve:

4.3 - Tratamento recebido:

4.5 - Atualmente faz algum tratamento:

5- Admissão da criança na creche

5.1 - Preparo da criança para entrar na creche:

5.2 - Reação da criança ao entrar na creche:

5.3 - Reação atual da criança em relação a creche:

5.4 - Opinião da família sobre a creche:

6- Interação familiar

6.1 - Relação da criança com a família:

6.2 - Como a mãe vê a criança (comport. motor, afetivo, social e motor)

6.3 - Com quem a criança se relaciona melhor:

6.3.1 - em casa:

6.3.2 - na creche:

6.4 - Como a família percebe a criança o tempo em que a criança permanece na creche:

6.5 - Como se dá a educação da criança na família:

6.6 - Interação da criança com outros familiares/pessoas:

6.7 - Interação da criança na creche:

7 - Quais as instituições que a família utiliza:

7.1 - Opinião sobre os recursos oferecidos pela comunidade:

8 - Ambiente da criança e família

8.1 - Habitação (posse, tipo de construção, nº de comod. e pessoas, higiene da casa)

8.2 - Terreno (se plano, montanhoso, umido, seco, etc.)

8.3 - Saneamento:

8.4 - Luz:

8.5 - Presença de animais:

9- Rotina de vida da criança

9.1 - Descrever o dia padrão da criança:

9.2 - Quem cuida da criança em casa:

9.3 - Nº de refeições e tipo de alimentos que a criança recebe diariamente:

em casa:

na creche:

9.4 - O que sabem sobre a importância da alimentação:

pais:

professores:

9.5 - Como se dá a alimentação:

em casa:

na creche:

10- Hidratação (água, sucos, chás, etc.)

11- sono da criança

11.1 - Com quem dorme/ onde dorme

11.2 - Horário de dormir:

em casa:

na creche:

11.3 - Como dorme:

11.4 - Problemas ligados ao sono;

11.5 - Estratégias para dormir:

11.6 - Segurança no sono (se dorme em berço ou chão)

XXXX -

12 - Eliminações

12.1 - Se usa fraldas:

12.2 - Frequência e características das fezes:

12.3 - Teve diarreia, eliminou vermes, constipação.

12.4 - Característica e frequência da urina e controle esfinteriano

13 - Crenças e valores, cuidados da família, hábitos, aspectos que chamam atenção:

- Prática de saúde:

- Opinião sobre vacinação, amamentação, etc.

14 - Crescimento e desenvolvimento da criança

14.1 - Crescimento

14.1.1 - Exame físico:

• Peso: estat.: PC: PT: PABD:

- Inspeção:

• Cabeça:

• Olhos:

• Ouvidos:

• Boca:

• Pescoço:

• Torax:

• abdômen:

• Dorso:

• Pele:

• membros:

• Órgãos genitais:

• Exames de laboratório:

• Exames de outros profissionais:

• Observações:

14.2 - Desenvolvimento motor:

14.3 - Desenvolvimento cognitivo (intelectual, social e linguagem)

Verminose

É uma doença causada por vermes, de vários tipos. Os vermes vivem no intestino das pessoas doentes, onde põem ovos. Esses ovos são eliminados com as fezes. O vento, as moscas e encurtadas espalham os ovos contidos nas fezes que estão no chão e esses ovos vão para a água, frutas e verduras, podendo chegar às pessoas quando estas ingerem esses alimentos.

Para evitar a verminose devemos:

- Usar a privada nunca evacuar no chão.
- Andar sempre calçado.
- Fazer o tratamento das pessoas que tem vermes.
- Ferver a água.
- Lavar as mãos ao lidar com alimentos.
- Lavar frutas e verduras em água corrente.
- Combater as moscas.
- Higiene pessoal.
- Evitar por as mãos na boca / cortar as unhas.

Então podemos adquirir vermes da seguinte forma:

- Bebendo água contaminada não fervida.
- Comendo verduras mal lavadas.
- Colocando as mãos sujas na boca.
- Aspirando poeira dos locais contaminados.

Anexo - 03

Srs Pais

Somos estudantes de enfermagem e estamos atuando na creche, gostaríamos que os Srs nos eviasse a caderneta de vacinação de seu filho para que possamos avaliar o seu estado vacinal

Obrigada.

Jaci e Leticia.

anexo 4

Senhores Pais,

Através de observação feita na caderneta de vacinação de seu filho constatamos que o mesmo está com a(s) vacina(s)..... em atraso.

Sabendo-se que o esquema básico de vacinação protege as crianças contra paralisia infantil, Difteria, Tetano, Sarampo, Coqueluche (tosse comprida) e Tuberculose. Pedimos a gentileza de que a Sra leve seu filho ao Posto de Saúde mais próximo de sua casa, para que seu filho receba a vacina em atraso.

Atenciosamente

JACÉ e LERÍCIA

(Acadêmico de Enfermagem
da UFSC)

Senhores Pais

Através de observação feita na caderneta de vacinação de seu filho, constatamos que ele está com o esquema de vacinação em dia. Este fato demonstra o amor, carinho e dedicação que os senhores têm por seus filhos.

PARENTES.

JACI e LETICIA

Cardápio sexo 6

25/10 → 8:30 → mamadeira
10:30 → sopa de fígado de galinha, arroz e batata
13:30 → frutas
16:30 → sopa de verduras

26/10 → 8:30 → mamadeira c/ farinha láctea
10:30 → sopa, fígado, ovo, arroz, macarrão, batata, azeite
13:30 → fruta
16:30 → sopa de verduras

27/10 → 8:30 → mamadeira de milho
10:30 → sopa, frango, batata, arroz, azeite
13:30 → frutas
16:30 → sopa de verduras

28/10 → 8:30 → vitamina (fruta e leite)
10:30 → canja de galinha
13:30 → fruta
16:30 → sopa de verduras

Avaliação do cardápio

As refeições oferecidas às 8:30 e 13:30 estão adequadas, possuindo o leite que é um alimento essencial à criança com outro alimento que aumenta o valor energético (ex. farinha láctea, milho). O oferecimento de fruta diariamente é importante porque regula o trânsito intestinal além de oferecer algumas vitaminas e minerais.

Deve-se dar uma importância às principais refeições (10:30 e 16:30 hrs) pois não está em que as crianças digam ingerir em maior quantidade, portanto, a qualidade é um fator ~~importante~~ a observar. No cardápio possui a repetição seguida do mesmo gênero; por exemplo o fígado, a carne. Estes poderiam ser repetidos na semana, mas alternadamente.

No dia 26/10 possui uma concentração de alimentos do mesmo grupo. O arroz, o macarrão e a batata são alimentos que oferecem porcentagens maiores de carboidrato e pouco dos outros nutrientes com esta razão deve ser trocado um desses gêneros por uma raiz; o fígado possui alta concentração de Vit A não havendo necessidade da ingestão do ovo que também as possui, visto também que no dia anterior foi oferecido o fígado.

A oferta de leite, fruta, 1 tipo de carne como fonte de proteína animal, raiz e carboidrato está correto, só que a distribuição não está adequada. Sugiro que tire um alimento como fonte de carboidrato da refeição oferecida às 10:30 e passe para a sopa de raiz às 16:30 e nesta tire um tipo de raiz e acrescenta às 10:30, fazendo apenas uma troca.

A quantidade e o tipo de alimento que se tem a oferecer às vezes dificulta a confecção de um cardápio adequado, mas, alternando os dias e oferecendo preparações diferentes com o mesmo alimento, leva a um equilíbrio no cardápio, tira a impressão de monótono.



Anexo 7
PREFEITURA MUNICIPAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
DIVISÃO DE EDUCAÇÃO PRÉ-ESCOLAR

REGIMENTO DA PRÉ-ESCOLA - CRECHE

Apresentação

Sendo a Pré-escola pública um direito da criança e da família trabalhadora, hoje a Rede Municipal está constituída por 42 unidades pré-escolares, sendo 12 Creches e 30 Núcleos de Educação Infantil (NEI) e atende aproximadamente 2.400 crianças pertencentes as camadas de baixa renda.

A unidade pré-escolar é um espaço destinado a favorecer o desenvolvimento da criança em todos seus aspectos e a ampliar seus conhecimentos. Sendo assim, o conhecimento sobre a criança, a forma como vive e sua história, são transmitidos pela família, num primeiro momento. Através das visitas que as famílias fazem à unidade, elas conhecem o ambiente, os profissionais, a rotina do trabalho e o que acontece com a criança durante o período de permanência diária. Durante estes contatos, a família passa a assumir as normas e regras de funcionamento da escola, seus deveres e direitos perante a instituição.

O Regimento é entendido como um documento que contém as regras básicas para a organização e funcionamento da Unidade Escolar, bem como suas necessidades comuns. Sendo assim, um Regimento Único é imprescindível para a estruturação do cotidiano pré-escolar.

Tendo clareza da importância da participação das pessoas envolvidas na elaboração das regras e normas que regem o funcionamento da pré-escola, foram realizadas reuniões com Diretores, pais e funcionários das Unidades Escolares, com a participação de aproximadamente 767 pessoas. As reuniões tinham o objetivo de discutir e decidir sobre as questões do Regimento. Em seguida, as questões foram sistematizadas e apresentadas aos representantes das Unidades Escolares a elaboração final do Regimento.



PREFEITURA MUNICIPAL

Para que o Regimento da Pré-escola constitua num documento legítimo, dinâmico e flexível, resultado do trabalho participativo de todos, de forma a assegurar os objetivos educacionais que a Unidade Escolar se propõe, as regras e normas básicas ficaram assim contempladas:

I - Da Matrícula

Art. 1º - As crianças que já frequentam o estabelecimento terão garantia de vaga desde que rematriculem-se no prazo determinado, apresentem a documentação necessária no ato da matrícula e tiverem assiduidade igual ou superior a 75% no ano.

Parágrafo Único: Se na documentação apresentada for constatado que a declaração de trabalho foi falsa, cancela-se a matrícula.

Art. 2º - Nos critérios para a seleção de crianças serão dadas prioridades para crianças oriundas de famílias de baixa renda e cujas mães desenvolvem serviços remunerados e crianças da comunidade ou cujos pais trabalham na mesma.

Art. 3º - Os filhos dos servidores municipais terão prioridade desde que se inscrevam no período estipulado.

Parágrafo Único: Na disputa de vagas entre filhos de funcionários terá preferência aquele com menor renda.

Art. 4º - Não será permitida a inscrição de crianças em fase de gestação.

II - Da Transferência

Art. 5º - A transferência da criança para outra Unidade Escolar só será possível desde que se tenha vaga.



PREFEITURA MUNICIPAL

III - Das Vagas

Art. 6º - As turmas de crianças distribuídas nas Unidades Escolares, terão o máximo de:

- Berçário : 15 crianças
- Maternal I : 15 crianças
- Maternal II : 15 crianças
- I Período : 20 crianças
- II Período : 25 crianças
- III Período : 25 crianças

IV - Do Horário de Funcionamento

Art. 7º - Sendo o horário de atendimento às crianças, das 7 às 19 h, será permitida a entrada até 8:15 e/ou 13:15 h.

Art. 8º - A saída de crianças deverá ser até 19 h.

Art. 9º - Imprevistos acontecem e é necessário ter o BOM SENSO nos casos a parte. No entanto, os atrasos regulares não podem se tornar hábito. Nesses casos, deve-se conversar com os responsáveis e advertir sobre as implicações dos atrasos.

Parágrafo Único: Se após a advertência, os atrasos continuarem, deverá ser aplicada uma punição de: a cada 2 atrasos mensais 1 dia de suspensão da criança.

V - Da Frequência

Art. 10º - No início do ano letivo será dado o prazo de uma semana para a criança comparecer à escola antes de chamar a lista de espera.

Art. 11º - A frequência regular é importante para o acompanhamento da criança nas atividades realizadas. Neste sentido, a presença da criança deverá ser de 75% dos dias letivos.



PREFEITURA MUNICIPAL

Art. 12º - A falta injustificada dificulta o bom andamento dos trabalhos e às vezes até chega a impedir que outras crianças frequentem a escola. Antes de desligar a criança por falta injustificada será dado um prazo de uma semana, desconsiderando, neste caso, os 75% de frequência obrigatória.

Art. 13º - No caso de expulsão de criança, deverá ser encaminhado um relatório à Divisão de Educação Pré-escolar e a expulsão somente se efetivará após parecer da equipe técnica.

VI - Das Doenças Infecto-Contagiosas

Art. 14º - A realidade social em que se encontra a maioria da população é bastante difícil. A preocupação dos pais com os problemas de subsistência e o ritmo de vida nem sempre permite suprir todos os cuidados necessários para com a saúde de seus filhos e a escola não pode ficar alheia a esta realidade.

Sendo assim, nas 6ªs feiras deve-se olhar a cabeça das crianças e quando for constatada a presença de lêndias e/ou piolhos deverá ser solicitado aos pais, as devidas providências até 2ª feira. Se após o comunicado, a criança continuar com piolho na 2ª feira, suspende-se a criança até resolver o problema. → e

Art. 15º - Quando se constatar que alguma criança esteja com sarna, deve-se comunicar aos pais solicitando que façam o tratamento em casa, sendo que a criança deve retornar após autorização médica para frequentar a escola.

Art. 16º - Crianças que estiverem com diarréia, febre e vômito deverão ser aceitas na escola somente com autorização médica.

Art. 17º - Serão medicados na escola as crianças que apresentarem
Receita Médica.



PREFEITURA MUNICIPAL

Art. 18º- Crianças que necessitem de dieta especial deverão trazer a Receita Médica recomendada (e os ingredientes específicos que a escola não tem).

VII - Da Reunião de Pais

Art. 19º- A interação família-escola visa proporcionar um conhecimento das famílias além de possibilitar aos pais conhecer sobre a proposta pedagógica da escola. A Reunião de Pais (e a reunião por turma) é um momento privilegiado e uma oportunidade às famílias saberm e refletirem sobre o que as crianças fazem e aprendem na escola, onde os professores colocam os avanços e limitações das crianças, apresentam seus trabalhos (exposições de desenhos...) além de responderem as dúvidas e críticas dos pais. Nesse clima de debate e crescimento é importante envolver as famílias na escolha dos temas e horários das reuniões, para facilitar a presença dos pais, evitando, assim, reuniões de cobrança somente. Neste sentido é importante realizar Reuniões de Pais mensalmente.

Parágrafo Único: Se a Reunião de Pais assumir um caráter educativa, não há necessidade de punir a criança quando da ausência dos pais na reunião e sim conversar com eles sobre a importância de suas presenças na Reunião.

VIII - Das Disposições Finais

Art. 20º- O Regimento Interno específico de cada Unidade Escolar não deverá ferir os artigos contidos neste Regimento.

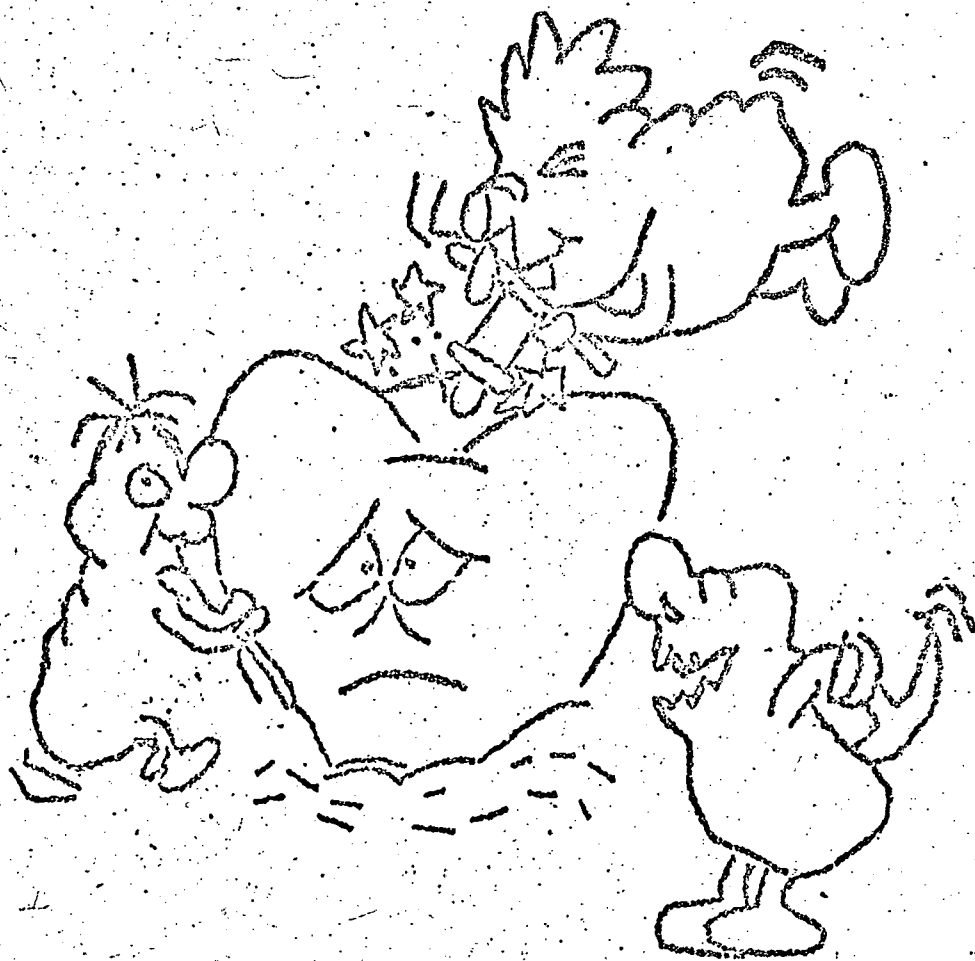
aux 8

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
CRECHE PRÓMORAR

Através do presente, encaminhamos o menor _____
_____, para atendimento no Posto de
Saúde Monte Cristo.

Atenciosamente,

auxo-9



POBRE DENTINHO,
OS BICHINHOS ESTÃO
ACABANDO COM ELE