

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Graduação em Enfermagem

PRATICANDO E REFLETINDO SOBRE O CUIDADO A CRIANÇA
DE 0 A 5 ANOS NUM CENTRO DE SAÚDE II

Alunas: Adriana Vieira

Luciane Avila

Miriane Paim

N.Cham. TCC UFSC ENF 0175

Autor: Vieira, Adriana

Título: Praticando e refletindo sobre o



972518470 Ac. 241029

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

supervisora: Astrid Eggert Boehs

orientadora: Marcia Del Castanhel

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0175
Ex.1

Florianópolis, julho de 1993.

"O que existe dentro de nós, é um misto de alegria e satisfação, embasado na certeza de que venceremos.

Somos agora algo mais que outrora e menos de que seremos amanhã"

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua constante presença em nosso ser.

Aos nossos familiares que nos apoiaram e incetivaram em todos os momentos.

A nossa supervisora, pela dedicação prestada durante a execução deste trabalho.

A nossa orientadora, por ter aceitado colaborar com nosso trabalho, e ter se empenhado para que o mesmo tivesse êxito.

Aos funcionários do CSII que mostraram-se amigos e companheiros durante o estágio prático.

Aos clientes do CSII que mostraram-se receptivos.

Ao nosso digitado, que com eficiência e paciência, tornou possível a leitura desse trabalho.

A todas as pessoas que nos depositaram confiança, estiulando-nos incentivando-nos.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVOS.....	8
3. REVISÃO DE LITERATURA	10
4. REFERENCIAL TEÓRICO	32
4.1. Alguns pressupostos da teoria	33
4.2. Alguns pressupostos pessoais.....	33
4.3. Principais Conceitos.....	34
4.4. Modelo do Referencial Teórico	36
5. METODOLOGIA.....	38
5.1. Caracterização do local de estágio.....	38
5.2. Planejamento das ações.....	40
6. CRONOGRAMA	45
7. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS	48
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
9. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA E REFERENCIADA.....	81
10. ANEXOS	84
ANEXO I	85
ANEXO II	89
ANEXO III.....	90

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Alcântara apud Marcondes 1992, a criança é um ser mais vulnerável do que o adulto. Esta vulnerabilidade se revela na mortalidade mais elevada do que os adultos e maior ainda no primeiro mês e no primeiro ano de vida. A vulnerabilidade da criança exige assistência vigilante e preventiva.

O do desejo que a criança seja normal é que ela realize tão bem quanto possível as finalidades da criatura humana que ela é enquanto criança, e o que deverá ser quando adulta.

É com os olhos não só no seu presente, mas principalmente seu futuro que devemos assisti-la: seu futuro próximo com as medidas a curto e médio prazo e seu futuro remoto para o qual, enquanto sob nossos cuidados, devemos prepará-la através das várias fases evolutivas cada qual com caracteres próprios de normalidade a fim de desabrochar na normalidade do adulto.

A saúde da criança no Brasil nós leva a inevitáveis reflexões. Já que é no contato com a população infantil que afloram de forma mais nítida as relações que se dão entre os indivíduos e entre estes e o ambiente em que vive (LEÃO-CORREA-VIANA, 1993).

Sabemos que é grande o número de crianças brasileiras carentes e sem condições dignas de vida e que é alto também o percentual de brasileiros que moram em condições

sub-humanas. Como reflexo, temos altas taxas de mortalidade infantil em nosso meio. Sabe-se através das fontes especializadas e meios de comunicação que muitas das crianças que morrem atualmente no Brasil, são vítimas de doenças causadas ou agravadas pela desnutrição.

Sobre a criança recaem as conseqüências dos desajustes sociais, culturais e familiares. Assim, ela necessita de uma atenção de saúde prioritária e integral por expressar um grande contingente populacional e se encontrar em um processo contínuo de crescimento e desenvolvimento que a torna mais frágil a todos os tipos de agressões.

Este quadro de desajustes sociais é entre outros motivos, oriundo de um intenso fluxo migratório do campo para a cidade. Em Santa Catarina esta migração, através do censo de 1990 pode ser analisada pelo IBGE. Na região norte e litorânea onde predominam as maiores cidades, as taxas de crescimento foram de 2,83 e 3,00, respectivamente, enquanto que a região serrana a taxa foi de 0,72. Isto indica uma migração da população desta área para as grandes cidades como Florianópolis, Joinville, Blumenau e outras. (IBGE, 1991)

Esta migração se faz sobretudo através da família. DURAHM (1984) refere que a migração é um processo familiar no qual quem já está na cidade ajuda outros membros a se estabelecer e achar moradia e emprego. Daí, podemos verificar que na vida dos brasileiros a família é importante.

Vários trabalhos de pesquisa e relatos de experiência realizados em Santa Catarina demonstram a importância da família na vida cotidiana e no cuidado à saúde. Entre outros pode-se citar Cartana 1988, Elsen 1984. Uma vez que a família é importante no cotidiano das pessoas, ela interfere diretamente nas questões de saúde e doença com os seus próprios conhecimentos, crenças e valores. Trabalhos como de Boehs, Monticelli e Elsen (1991), Cartana (1988), apresentam dados de pesquisa realizados em Florianópolis.

Morley (1992) quando discorre sobre a assistência de saúde dos países não desenvolvidos ou em desenvolvimento, refere a importância da equipe de saúde em conhecer os costumes locais, mantendo-os quando possível, evitando uma atitude superior e desencorajante que reduz a confiança da clientela.

Dentro da situação brasileira estão sendo feitos esforços no sentido de aperfeiçoar a assistência à saúde com a implantação do Sistema Único de Saúde desde 1990. Este sistema prevê uma hierarquização de assistência, na qual os níveis de menor complexidade remetem o usuário para os de maior complexidade denominado referência. O sistema inverso remete o usuário de volta ao nível de menor complexidade.

A porta de entrada neste sistema se faz nos Centros de Saúde que são de diferentes níveis. Assim temos o Centro de Saúde I e o Centro de Saúde II. Os Centros de Saúde I são unidades simples que atendem a população local. Tipos de serviços prestados — Atendimento Médico (Clínico Geral), Odontológico e de Enfermagem. Os Centros de Saúde II são unidades mais complexas oferecem serviços do Centro de Saúde I mais as ações complementares de atenção à saúde: Assistência à mulher, assistência à criança, nutrição, laboratório e vacinação.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), foi implantado em Florianópolis no ano de 1992 através da Secretaria Municipal da Saúde. Esse visa reduzir a morbimortalidade na faixa de 0 a 5 anos de idade.

Dentro deste quadro da criança na realidade brasileira e dentro da atual conjuntura do Sistema de Saúde, resolvemos focar o nosso trabalho de conclusão de curso cuidando da criança de 0 a 5 anos e família no Centro de Saúde II do Balneário, município de Florianópolis baseado na teoria transcultural de Leininger.

A escolha desta área se deve à nossa afinidade com crianças e experiências nesse campo durante a vida acadêmica, profissional e pessoal, bem como a relevância da mesma diante da atual situação em que se encontra a criança brasileira. Além do interesse em verificar a importância e a contribuição da Enfermagem nessa área levando em consideração a família da criança, suas crenças e seus costumes, e ainda a consciência da relevância da prevenção e da participação na assistência primária de saúde.

Com este projeto pretendemos contribuir para levar ao local de trabalho, a reflexão sobre o cuidado a nível profissional e popular prestado à criança e família em conseqüência contribuindo para a qualidade da assistência prestada. Além disto, este projeto foi uma importante contribuição para a nossa formação profissional.

2. OBJETIVOS

Geral:

Cuidar da criança de 0 a 5 anos inserida no Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança num Centro de Saúde II e domicílio, utilizando um referencial teórico.

Específicos:

1. Aplicar a metodologia no cuidado de Enfermagem à criança de 0 a 5 anos inserida no PAISC (Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança) no Centro de Saúde II e domicílio.
2. Promover cuidado de Enfermagem de caráter coletivo no Centro de Saúde II.
3. Introduzir de forma sistemática o levantamento e busca de faltosos da vacina de crianças de 0 a 5 anos no Centro de Saúde II do Balneário.

4. Atualizar o esquema vacinal de crianças de 0 a 5 anos no Centro de Saúde II.
5. Promover reuniões de estudos com a equipe do Centro de Saúde II.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo abordaremos o Sistema Unificado de Saúde (SUS) para melhor compreensão da inserção do nosso trabalho. Em seguida, enfocaremos os temas, imunização, alimentação da criança e avaliação do crescimento e desenvolvimento, uma vez que estes se constituem os enfoques prioritários do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança.

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, complementaridade 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. São geridos pela secretaria estadual de saúde, de preferência através de um fundo estadual de saúde. A nível federal, os recursos são provenientes do orçamento da seguridade social e outros recursos da união, que constam da lei de diretrizes orçamentarias. Tais recursos são divididos em duas parcelas: uma parcela é para o investimento e custeio das ações federais e a outra parcela, vai para as secretarias de saúde estaduais e municipais, de acordo com os critérios previamente definidos em função da população, necessidades de saúde e rede assistencial. As ações desenvolvidas são feitas segundo as necessidades do local, mediante o conhecimento da realização assistencial à saúde no local e características principais do perfil epidemiológico da população. A assistência à saúde compreende atividades de vigilância epidemiológica, 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 Centro 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". Quando a assistência necessitada é prestada no local, a consulta deve ser marcada pelo telefone (utilizar o cartão de agendamento) para o CSII mais próximo. Se o CSI não tiver imunização, o usuário deve ser encaminhado ao CSII mais próximo (sem agendamento). O usuário deve ser informado sobre a consulta de pediatria no CSII e ter sua consulta marcada pelo CSI quando desejar. 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 ginecológica e 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. Daí a necessidade dos profissionais de saúde em centrar sua atenção neste tema.

Aleitamento materno

Até alguma 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.

Técnicas de amamentação

Horário - A criança deve ser amamentada sempre que tiver fome e durante o tempo que quiser.

Posição - A posição deve ser a mais cômoda possível (sentada ou deitada)

Alternância - Oferecer os dois seios em cada mamada começando sempre pelo que foi oferecido por último na mamada anterior.

Sucção - A criança deve sugar abocanhando o mamilo e toda ou parte da auréola.

- Afastar o peito do nariz da criança com o auxílio dos dedos.

Manuseio dos cuidados e problemas mais comuns durante amamentação

"Meu leite está secando, é pouco ou fraco"

- Reafirmar que a cor do leite é transparente devido á composição química do leite humano. Se a criança molhar várias vezes durante o dia a fralda de "xixi" é sinal de boa ingestão do leite..... a criança e notificar no gráfico, com isso saber se a curva está ascendente.
- Recomendar a mãe para repousar em algumas mamadas e ingerir bastante líquidos.

"Meu peito está marcado" - Fissuras

- Preveni-las no pré-natal.
- Manter espaço entre o mamilo e o sutiã e sempre que for possível expor as mamas ao ar e ao sol.
- Sucção correta do seio
- Não usar pomadas ou antissépticos, que podem dificultar a cicatrização.
- Os analgésicos não são eficazes.
- Lembrar a mãe que a presença de Sangue na boca do bebê não tem problema.

"Meu seio está duro e/ou empedrado" - engurgitamento

- Deve ser prevenida através da técnica de alimentação correta.
- Recomendar a mãe o uso de sutiã com alças largas que suspenda bem os seios.
- Começar as mamadas pelo seio mais túrgido e se a turgência for muito grande, fazer esvaziamento do seio antes de oferece-lo a criança.
- Usar compressas úmidas e quentes várias vezes ao dia.
- Procurar ajudar a mãe a resolver problemas emocionais que possam estar interferindo com o "refluxo de descida" do leite.

Mãe que trabalha ou vai recomeçar a trabalhar fora de casa

- Dar o seio em livre demanda sempre que estiver com a criança.
- Ordenhar o leite e deixar em recipiente limpo. O leite pode ser conservado por até 24 horas em lugar fresco. Este deve ser oferecido em colher.
- Quando estiver no trabalho, a mãe deve esvaziar as mamas a cada 2 ou 3 horas.

Alimentação no 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 (maça, 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 vísceras, 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 voltando-se a oferece-la após uma ou duas semanas.

Segundo Sakae (1992), 10 meses: introdução da clara de ovo cozida.

12 meses: já pode ser oferecida a "comidinha", isto é à partir dessa idade a criança já pode comer o mesmo preparado de toda a família.

Contra indicações do aleitamento materno segundo ALBUQUERQUE (1986).

Por parte da mãe:

1. Doença materna:

- estado geral materno comprometido (ITC, febre, eclampsia).
- T.B bacilifera
- Forma leptomatosa da hanseníase
- Psicose puerperal ou doença mental sévera
- DNT materna grave
- hepatite B
- Neoplasias

- AIDS

2. Drogas:

- Por causarem leves problemas: laxativos e reserpina.
- Por inibirem a produção de leite: L.dopa, estrogênos e prostágenos, diuréticos.
- Por seus efeitos tóxicos são totalmente contra indicados: agentes antineoplásicos, iodo radioativo, betabloqueadores, anticoagulantes, propilbiuraul, metronidazol, clorofenicol, tetraciclina.

3. Fumo e álcool:

- Quando a mãe fuma mais de 20 cigarros por dia o leite do peito pode ter concentração danosa de nicotina. Bebida alcoólica só com moderação.

Por parte da Criança

- Doenças congênitas ou não, que afetem o sistema nervoso central, impedindo a sucção.
- Mal formações congênitas tipo lábio leporino e fenda palatina.

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

1º mês:

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

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

3º mês:

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

4º 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

5º mês:

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

6º 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)

7º mês:

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

8º, 9º mês:

Idem ao anterior, aumentando a consistência da sopa

10º mês:

Idem ao anterior + ovo inteiro

11º mês:

"comidinha"

Observações:

1. Em torno do 4º ao 6º mês, a criança tem suas necessidade calóricas, proteicas, vitamínicas e de minerais aumentadas, ao mesmo tempo que suas reservas vão se tornando insuficientes. O leite do peito a partir do 6º 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

1º ao 3º → 90 - 180 ml

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

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

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

> 1 ano → livre

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

No final do 1º ano de vida e durante o 2º 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 2º 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.

Alimentação Pré-Escolar segundo SAKAE (S/d).

Sendo as necessidades nutricionais individuais variáveis, tanto por motivos constitucionais, como ambientais, não é garantida de que determinada criança ingira alimentação. Supostamente adequada, com base em dados teóricos e populacionais, esteja recebendo nutrição ótima. Assim é de extrema importância que o estado nutricional de qualquer criança seja constantemente avaliado.

Dieta similar ao do adulto, sendo em média 5 refeições ao dia. A dieta deve ser rica em proteínas e calorias (carne e/ou ovos, legumes, verduras, frutas e água). O leite através de várias formas e apresentação não deve ser aquecido (iogurte, queijo, etc...)

Imunização

Outra das prioridades do PAISC e 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, doença de Hodgkin e outros; pacientes portadores de HIV assintomáticas e doentes (contra indicação da BCG). É aconselhável,

também, o adiamento da vacina no caso de tratamento com imunossupressores; doenças agudas febris graves, para não haver confusão com os efeitos adversos da vacina, no caso da vacina antipoliomielítica, 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 01 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 relações são locais e pouco freqüentes, 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 mantêm-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, 11 m, 29 d) para efeito de programação Campanha é de 0 a 4 anos. A 1ª fase 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 diarreia severa e/ou vômito persistente, não se efetua a vacina, porém em época de campanha, não há contra-indicação.

Triplíce

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 6 a, 11 m 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 ou 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 aplicação 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+diluyente 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 após 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 imunodepressão 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 deohterial* à

produção de toxina. É apresentada 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. Administra-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 intervalo 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 administração, 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.

Segundo Whaley & Wong (1985) o crescimento implica mudança em quantidade, ocorre crescimento quando as células se dividem e sintetizam novas proteínas. Este

aumento em número e tamanho das células reflete-se em um aumento de tamanho e peso de todo o organismo ou de qualquer uma de suas partes.

O desenvolvimento e o crescimento e expansão são gradativos. Também envolvem uma mudança; neste caso de um estado menos avançado para outro de maior complexidade. Desenvolvimento é o surgimento e a expansão das capacidades do indivíduo, no sentido de proporcionar-lhe cada vez mais mecanismos que lhe facilitem seu funcionamento. O desenvolvimento é atingido através do crescimento, maturação e aprendizado.

Os fatores que influenciam no crescimento e desenvolvimento são: Fatores ambientais, Alimentação, Higiene de vida e corporal, Condições socio-econômicas e culturais, Condições físicas afetivas, Fatores genéticos e Fatores endócrinos.

Os Parâmetros do Crescimento são:

Peso: é um excelente indicador das condições de saúde e nutrição da criança. O método de pesagem deve ser preciso para não oferecer dados incorretos.

Os Parâmetro 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 $Nx2+8$ (n° idade em anos)

Estatura: é uma medida fiel de crescimento de uma criança. Uma lentidão no crescimento da estatura indica o começo de uma desnutrição dois ou três meses antes. Ao contrário do peso que pode variar muito e rapidamente a estatura é uma medida estável e regular.

Os Parâmetro 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 1º quadrimestre

Após 12 meses $Nx2+80$ (n° idade em anos). No primeiro semestre há um crescimento de 15 cm e no segundo semestre 10 cm.

O Centro Nacional de Estatísticas para a Saúde (NCHS) USA, possui uma escala de peso e altura diferenciada para meninos e meninas de 0 a 10 anos. Com peso e altura mínimo médio e máximo. Há também o padrão de Santo André para peso e altura. Ele foi desenvolvido através de um estudo na cidade paulista de Santo André com familiares de alto nível sócio-econômico.

O crescimento não se limita aos aumentos de peso e estatura, os seguimentos e órgãos do corpo também estão sujeitos ao processo de crescimento, e são os seguintes

Perímetro Cefálico: tem por objetivo detectar uma anomalia cerebral. Este pode ser particularmente grave no período de crescimento rápido.

Parâmetro do PC segundo NCHS:

Idade	meninas	meninos
0	34,3	34,8
1 mês	36,4	37,2
3 meses	39,5	40,6
6 meses	42,4	43,8
12 meses	44,3	45,8
18 meses	41,1	48,4
24 meses	48,1	49,2
30 meses	48,8	49,9
36 meses	49,3	50,5

Quadro 1 - Perímetro Cefálico em cm de meninas e meninos de zero a três anos de idade de acordo com Padrão de Santo André.

IDADE	MENINAS				MENINOS			
	MÉDIA	D.P	TOL.-	TOL. +	MÉDIA	D.P.	TOL.-	TOL. +
0 ANOS	34,26	1,10	32,19	36,32	35,07	1,21	32,81	37,33
3 MESES	39,13	1,91	35,56	42,70	39,91	1,20	37,65	42,16
6 MESES	41,75	1,18	39,54	43,96	42,76	1,39	40,17	45,36
9 MESES	43,44	1,42	40,78	46,10	44,78	1,36	42,22	48,55
12 MESES	44,80	1,33	42,31	47,29	45,84	1,45	43,13	48,55
18 MESES	46,24	1,45	43,51	48,97	47,29	1,50	44,48	50,11
2 ANOS	46,98	1,43	44,31	49,66	47,93	1,39	45,33	50,53
3 ANOS	47,87	1,62	44,83	50,90	48,90	1,68	45,77	52,04

Perímetro torácico: essa medida é utilizada devido sua relação com o perímetro craniano (PC). Segundo Stefane apud Schmitz (1989) até 6 meses PC é superior a PT, aos 6 meses ambos são iguais e, acima de 9 meses PC é inferior a PT.

Quadro 2 - Perímetro torácico em cm de meninas e meninos de zero a três anos de idade segundo padrão de Santo André.

IDADE	MENINAS				MENINOS			
	MÉDIA	D.P	TOL.-	TOL.+	MÉDIA	D.P.	TOL.-	TOL.+
0 ANOS	32,02	1,45	29,30	34,74	32,52	1,25	30,18	34,85
3 MESES	38,62	2,06	34,77	42,47	39,86	2,10	35,92	43,80
6 MESES	42,38	2,10	38,44	46,32	43,31	2,26	39,08	47,55
9 MESES	44,38	2,25	40,16	48,59	45,75	2,15	41,72	49,78
12 MESES	46,24	2,33	41,87	50,61	47,12	2,38	42,66	51,58
18 MESES	47,55	2,30	43,23	51,86	48,78	2,28	44,51	53,05
2 ANOS	48,71	2,41	44,20	53,23	49,76	2,31	45,52	54,10
3 ANOS	50,44	2,43	45,88	54,99	51,84	2,56	47,03	56,64

Estágios do desenvolvimento 0 a 6 anos:

Muitos especialistas no campo do desenvolvimento infantil estimam convenientemente classificar o comportamento da criança em estágios etários aproximados ou em termos que descrevam as características de certo grupo etário. Os limites da idade desses estágios são convencionalmente arbitrários e, não podem ser aplicados a todas as crianças com o mesmo grau de exatidão. Entretanto essa classificação proporciona parâmetros convenientes para descrever as características associadas a maioria das crianças em fases nas quais surgem mudanças diferenciais no desenvolvimento e devem ser realizadas tarefas específicas de desenvolvimento. Também é importante que as enfermeiras conheçam a existência de problemas de saúde, características peculiares a cada fase do desenvolvimento.

Segundo Waley e Wong (1985, as fases do desenvolvimento se dividem da seguinte forma:

Período Pré-natal: da concepção ao nascimento.

Embrionário: da concepção até 8 semanas.

Fetal: 8 a 40 semanas.

A rápida taxa de crescimento e a total dependência fazem deste período um dos mais cruciais no processo de desenvolvimento. A relação entre a saúde materna e certas manifestações do recém-nascido enfatiza a importância da assistência pré-natal adequada para a saúde e bem estar da criança e da "gestante".

Segundo Marcondes (1992) as fases e estágios do desenvolvimento são:

1º período pré-natal:

embrionário → 1º trimestre

fetal precoce → 2º trimestre

fetal tórdio → 3º trimestre

2º período pós-natal

neonatal → 0 a 28 dias

infância:

lactente → 29 dias a 2 anos exclusive

pré-escolar → 2 anos a 7 anos exclusive

escolar → 7 anos a 10 anos exclusive

Estágios

1º trimestre: controla os músculos oculares, olhar vesgo, acompanha um objeto em movimento num ângulo de 180°. É através da boca que ele experimenta e adquire conhecimentos. Está atenta a ruídos. O sono e alimentação tem seus horários disciplinados.

2º trimestre: controla os músculos cervicais, colocada em posição sentada vira a cabeça. Os estímulos visuais começam a se acentuar. Começa a ter o sorriso social. Inicia o controle dos músculos da boca

2º semestre: mantém-se sentada, amadurece o controle das mãos e da coordenação oculomanual. Controla a musculatura de pernas e pés, engatinhando e ficando em pé com auxílio. Emite as primeiras palavras.

2º ano: fica em pé sem auxílio. Começa a andar. Aumenta o seu vocabulário e começa a se comportar como membro da unidade familiar. Há um aumento da complexidade de suas emoções.

3º ao 7º anos: aprimoramento das atividades adquiridas, imita as atividades dos adultos com o qual convive, melhora sua adaptação social. Inicia a sistematização de conhecimentos e aprendizagem dos símbolos gráficos.

O período de lactente caracteriza-se por um rápido desenvolvimento motor cognitivo e social. Através da reciprocidade com aquele que lhe assiste (a mãe) o lactente estabelece a confiança básica no mundo e os alicerces para as futuras relações interpessoais. O crítico primeiro mês de vida, embora faça parte do período de lactente, muitas vezes é diferenciada devido à vida extra-uterina e ao ajustamento psicológico da mãe.

O período de pré-escolar caracteriza-se por intensas atividades e descobertas. É um período de acentuado desenvolvimento físico e da personalidade. Nesta idade, as crianças adquirem a linguagem e estabelecem relações sociais mais amplas, aprendem os papéis "standards", ganham autocontrole e domínio, desenvolvem consciência progressiva e dependência e independência e começam a desenvolver o auto conceito.

O esquema a seguir é utilizado para fazer a avaliação do desenvolvimento lactente e pré-escolar.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Durante a vida acadêmica fomos levadas a conhecer e compreender a influência cultural na vida das pessoas. Percebemos que o agir de cada homem se baseia no ambiente e relações culturais que o cercam. Assim o profissional da saúde que cuida deste homem deve levar em conta este fato.

Assimilando tal noção, tornou-se imprescindível para realizar o projeto assistencial da 8ª fase curricular, buscar um referencial que contemplasse estas questões. Por isto optamos pela teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger.

Leininger, enfermeira e antropóloga americana, desenvolveu sua teoria através de experiências e estudos a partir dos anos 50. Apoiava-se na idéia de que as crenças, valores e práticas podem influenciar os estados de saúde e desta forma as enfermeiras não poderiam ajudar as pessoas se não compreendessem os valores e crenças das mesmas. Enfatiza que o cuidado precisa ser explicado através de uma perspectiva transcultural, e que este é a essência da enfermagem. Afirma que a estrutura social e os fatores ambientais influenciam o cuidado e a saúde.

Explica que o cuidado realizado pela família, refere-se ao cuidado popular e que o cuidado prestado pela enfermagem, através de seu embasamento científico, é o cuidado profissional.

4.1. Alguns pressupostos da teoria

- O cuidar humano é um fenômeno universal mas as expressões, processos e padrões de cuidar, variam entre as culturas.
- Atos de cuidar e procedimentos de cuidar são essenciais ao nascimento, desenvolvimento, crescimento e sobrevivência humana e para uma morte tranqüila.
- O cuidar é a essência e a dimensão unificadora intelectual e prática da profissão de Enfermagem.
- Não pode haver cura sem cuidado mas pode haver cuidado sem haver cura.

4.2. Alguns pressupostos pessoais

- O enfermeiro ao fazer o cuidado a criança, precisa levar em conta o seu conhecimento profissional (cuidado profissional) e o cuidado realizado pela família. (popular)

- O cuidar do enfermeiro que, para ser realizado com eficiência, deve considerar todos os fatores que compõem o universo do indivíduo, família ou grupo, que influenciam em sua saúde.
- É imprescindível ao enfermeiro avaliar o cuidado que realiza no seu cotidiano, para avançar no seu nível de atuação.

4.3. Principais Conceitos

1) Homem

Ser singular que faz parte de uma estrutura social identificado por sua cultura, tendo muitas necessidades e tendo o direito de ser compreendido nos seus valores, crenças e práticas e de executar cuidados próprios de sua cultura. (LEININGER, 1978)

2) Cultura

São valores, crenças, normas ou modos de vida praticados que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões e ações de forma padronizada. (Baseado em, LEININGER, 1985)

O cuidado existe em todas as culturas, mas a estrutura do cuidado é diferente em cada uma delas. Compreendemos que é preciso conhecer o cuidado realizado pela família da criança de 0 a 5 anos para poder realizar o cuidado profissional.

3) Família

É um sistema que integra a estrutura social e se interrelaciona com os sistemas econômico, cultural, tecnológico, educacional e outros. A sua composição varia de acordo com a estrutura social na qual se insere. (LEININGER, 1985)

4) Saúde

É o estado percebido ou cognitivo de bem estar que capacita o indivíduo ou grupo a efetuar atividades e a alcançar objetivos ou padrões de vida desejados. (LEININGER, 1985)

5) Enfermagem

Quando o indivíduo, família ou grupo não tem condições satisfatórias que o capacitem a efetuar atividades e alcançar objetivos ou padrões de vida desejados, a Enfermagem aí atua através do cuidado a ser realizado, levando em consideração a cultura do indivíduo, família ou grupo e utilizando as três formas de intervenção: repadronização (quando o cuidado realizado pela família, precisa ser modificado), acomodação (quando se acrescenta ao cuidado já realizado, outros cuidados) e preservação (quando o cuidado não precisa ser modificado). (LEININGER, 1985)

6) Cuidado

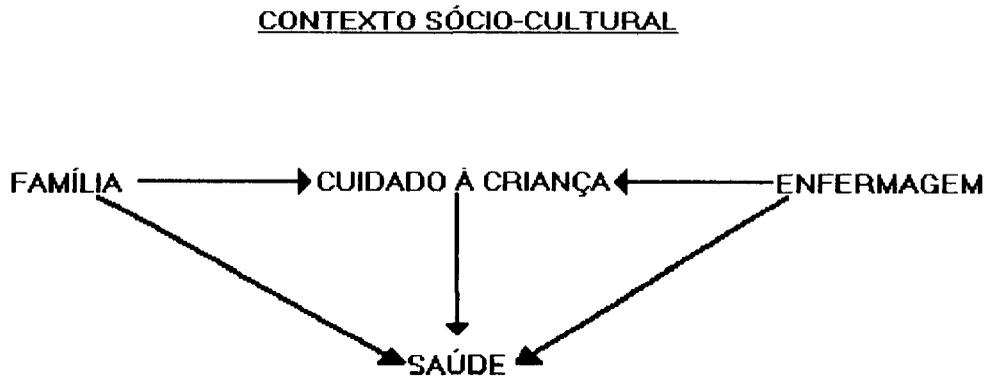
Se refere as atividade de assistência, apoio ou facilitadoras para com o indivíduo, família ou grupo, com necessidades evidentes ou antecipadas para amenizar ou melhorar a condição de vida humana. No cuidar, são utilizados os seguintes componentes: prever, dar atenção, comprometer-se, trocar idéias, ouvir, empatia auxiliar, ações técnicas e físicas, esclarecer, refletir com, ações de educação a saúde, socorrer, sustentar (nutrir), apoiar, confortar, capacitar, procurar informações, agir para, ter afeição por, assistir alguém, envolver-se com, sentir por, disposição para, conhecer a realidade do outro, coordenar, supervisionar, ternura, tocar, compreender, promover harmonia. (LEININGER, 1985 adaptado por BOEHS e PATRÍCIO, 1988)

7) Cuidado Popular

Reflete crenças, valores, práticas e recursos locais, sendo que a maioria dessas práticas foram desenvolvidas através de experiências de vida diária e relacionam-se com a estrutura social (parentesco, religião, economia, política). (LEININGER, 1985)

8) Cuidado Profissional

São serviços de cuidado ou cura, organizados e interdependentes, que venham sendo identificados com ou oferecidos por vários profissionais de saúde. (LEININGER, 1985)



4.4. Modelo do Referencial Teórico

- Definição

O cuidado à criança é influenciado pela família a qual utiliza recursos aprendidos em seu meio sócio-cultural. Refere crenças, valores, práticas e recursos locais, sendo que a maioria dessas práticas foram desenvolvidas através de experiência de vida diária e

relaciona-se com a estrutura social. A enfermagem também atua nesse cuidado através de serviços de cuidados organizados e interdependentes os quais são identificados e oferecidos por profissionais de saúde. A junção desses cuidados família-enfermagem se constitui em uma contribuição para a situação "SAÚDE".

5. METODOLOGIA

5.1. Caracterização do local de estágio

Nosso estágio foi realizado no Centro de Saúde II do Balneário no Bairro do Estreito. Este bairro está delimitado aos fundos com a praia do Balneário a direita com o Bairro Jardim Atlântico e a frente com o Bairro de Fátima, Coloninha e Canto que são também localidades do Bairro Estreito.

Quando citamos "Centro de Saúde" significa que neste local a comunidade tem acesso direto aos Serviços perto de suas casas. Para esse ser considerado "II", deve possuir as quatro especialidades médicas básicas: clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetria, como também oferecer serviços de odontologia, imunização, atendimento de Enfermagem, consultas e atendimentos nos programas básicos de saúde, vigilância epidemiológica, materno infantil e a saúde da mulher. O Centro de Saúde é porta de entrada para o Sistema de Saúde. Em 1988 foi modificado o quadro geral da organização de saúde em nosso país. Com a promulgação da constituição brasileira, entrou em vigor o Sistema Único de Saúde (S.U.S). A lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 regulamenta os princípios e diretrizes de ações do SUS, o qual define que em todo o território nacional seja

aplicada a mesma doutrina e a mesma lógica organizativa, referindo-se ao mesmo tempo as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Em 1992 a Secretaria Municipal de Saúde implementou em (9) nove CS II da grande Florianópolis entre outros, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). O Centro de Saúde do Balneário vem mantendo este programa desde esta data, sendo que a enfermeira do local destina 2 (dois) dias da semana para a consulta de enfermagem a criança sadia.

Este trabalho é efetuado de forma integrada com as consultas médicas. Exemplificando, um recém nascido de 15 dias é primeiramente consultado pela pediatra. Ao completar 1 (um) mês é realizada consulta de enfermagem, aos 2 (dois) meses consulta médica e assim por diante. Em caso de necessidade a enfermeira encaminha a criança a consulta médica ou a pediatra encaminha para consulta de enfermagem ou visita domiciliar.

Além deste programa, o CSII do Balneário atua com o Programa de Saúde da Mulher, Programa de Imunização, consultório de Clínica Geral, Laboratório de Análises, Farmácia, Odontologia e Nutrição.

A área física do Centro de Saúde, dispõe de 1 sala para recepção, 1 sala para triagem e técnicas de enfermagem, 1 sala de vacinas, 1 sala para enfermeiras e nutricionistas, 3 consultórios (1 para odontologia, 1 para pediatria e 1 para ginecologia), 1 laboratório que funciona independente, realizando diversos tipos de exames: hemograma, uréia e creatinina, glicemia, colesterol, sódio e potássio, conveniado com o SUS. Também há 1 banheiro e uma copa.

O quadro de funcionários está composto desse modo:

Limpeza: 1 funcionário a tarde

1 funcionário pela manhã

Atendente de Enfermagem:

2 funcionários pela manhã e 1 a tarde

Auxiliar de Enfermagem: 1 pela manhã e 1 a tarde

Técnico de Enfermagem: 3 pela manhã e 1 a tarde

Enfermeiro: 1 pela manhã e 1 a tarde

Nutricionista: 1 pela manhã

Médicos:

pediatra - 1 pela manhã (2ª a 6ª)

ginecologista - 1 pela manhã (2ª, 4ª, 6ª)

1 a tarde (2ª a 6ª)

clínico geral - 2 a tarde

Odontólogo - 1 pela manhã e 1 a tarde

Bioquímico - há 2 que distribuem-se em turnos de 6 hs/diárias

O Centro não atende somente demanda local que é de aproximadamente 60%. Os outros 40% vem de localidades próximas como: Bairro de Fátima, Coloninha, Jardim Atlântico, Barreiros, Três Riachos, Morro do Geraldo, segundo dados internos do Centro de Saúde II. O motivo da grande demanda, se dá pelo fato do Centro de Saúde ser bem localizado e de fácil acesso através de transportes coletivos.

5.2. Planejamento das ações

Objetivo nº 1

Aplicar a Metodologia no cuidado de enfermagem à criança de 0 a 5 anos e sua família no Centro de Saúde II e domicílio.

A metodologia do cuidado ou processo de enfermagem baseia-se no referencial teórico de Leininger, adaptado ao sistema Weed já que este não apresenta na literatura um processo de enfermagem completo apenas delimitou algumas diretrizes para a prática.

O Sistema Weed compõe-se de 4 passos: Dados Subjetivos, Objetivos, Avaliação e Plano.

1.1. Coleta de dado (Subjetivos e Objetivos)

- Compreende dados relacionados às características sócio-culturais, condições de saúde, cuidados que a criança recebe a nível popular bem como dados do exame físico.

1.2. Análise

- Com base nos dados levantados, identifica-se as necessidades evidentes e/ou antecipadas para as quais há necessidade de cuidado de Enfermagem.

1.3. Plano

- O plano de cuidado é traçado para atender as necessidades detectadas na ANÁLISE. A implementação se fará através de técnicas específicas de Enfermagem, atividades de educação à saúde, ouvir, empatia, proporcionar conforto, atenção, troca de idéias, reforço e outros componentes do cuidar. Procurar-se-á fazer manutenção do cuidado já conhecido, ou seja, preservação, acomodação — quando um cuidado adicional é introduzido ao existente e a repadronização — quando é necessário fazer uma mudança dos padrões do cuidado existente.

1.4. Avaliação

- Através da visita domiciliar onde serão constatados os dados fornecidos na consulta, verificados como estão sendo realizados as orientações recebidas e também através das consultas posteriores.

A) Estratégia

A coleta de dados foi feita através do sistema Weed (SOAP), utilizando o instrumento de consulta (anexo I e III). Estes dados foram registrados na folha de evolução do prontuário individual do SUS. As necessidades evidentes e antecipadas foram listadas

em ordem de prioridade no item ANÁLISE. A implementação do cuidado será feita, utilizando-se os componentes do cuidar a nível individual ou grupal e foram registrado no item PLANO. A avaliação foi feita através da visita domiciliar e através de consultas posteriores. Critérios para a visita domiciliar eram os seguintes:

- Família de crianças residentes no Balneário, Canto, Coloninha, Bairro de Fátima, Jardim Atlântico.
- Famílias de crianças com renda baixa e/ou satisfatória.
- Crianças desnutridas com diarreia de repetição, com doença infecto-contagiosa.
- Crianças indicadas pelos profissionais do Centro de Saúde II.

B) Avaliação

Este objetivo seria considerado alcançado, se cada aluna realizasse no mínimo o cuidado de Enfermagem completo com visita domiciliar ou retorno a 3 crianças. Além disso deveria aplicar a metodologia do cuidado de Enfermagem da Criança de 0 a 5 anos numa média de 3 consultas para cada aluna por semana.

Objetivo nº 2

Promover cuidado de enfermagem de caráter coletivo no Centro de Saúde II.

A) Estratégia

- Através de atividades na sala de espera com clientes que aguardam ser atendidos no Centro de Saúde II. Os temas foram selecionados de acordo com o interesse da clientela.

B) Avaliação

- O objetivo seria alcançado se semanalmente fossem realizado (3) três atividades na sala de espera.

Objetivo nº 3

Introduzir de forma sistemática o levantamento e busca dos faltosos da vacina de crianças de 0 a 5 anos no Centro de Saúde II do Balneário.

A) Estratégia

- feito visita ao CSII do Saco Grande II que adotou o aprazamento como forma de arquivamento para conhecer a sistemática e discutir a implementação.
- mudança do arquivamento dos cartões de ordem alfabética para aprazamento.
- reunião com os funcionários de cada turno para explicar e trocar idéias sobre a nova forma de arquivamento dos cartões.

B) Avaliação

- esse objetivo seria considerado alcançado se o sistema de arquivamento de cartões por aprazamento, for introduzido e aceito neste CSII.

Objetivo nº 4

Atualizar o esquema vacinal de crianças de 0 a 5 anos no Centro de Saúde II.

A) Estratégia

- feito levantamento dos faltosos através dos cartões de vacinação utilizando o fichário por aprazamento.
- incentivado a vacinação durante a consulta de enfermagem.
- feito aplicação de vacinas.
- feito visita aos faltosos do ano de 1993.

B) Avaliação

- O objetivo seria alcançado se fossem realizadas visitas ou outra forma de comunicação, a todos os atrasados de 1993 residentes do Balneário, Canto, Jardim Atlântico e Bairro de Fátima.
- se cada aluna realizasse no mínimo 10 vacinas.

Objetivo nº 5

Promover reunião de estudos com a equipe de enfermagem do Centro de Saúde II.

A) Estratégia

- levantado o interesse junto a Enfermeira e funcionário, verificando necessidade da equipe.
- organizado debates sobre assuntos levantados em horário propício.

B) Avaliação

- O objetivo seria alcançado se forem feitos 2 (duas) reuniões de estudo durante o período de estágio.

6. CRONOGRAMA

MÊS MARÇO		ATIVIDADES			
DIA	SEMANA	ELABORAÇÃO DO PROJETO	APRESENTAÇÃO DO PROJETO	PERÍODO DE ADAPTAÇÃO	ESTÁGIO
01	S	XX			
02	T	XX			
03	Q	XX			
04	Q	XX			
05	S	XX			
08	S	XX			
09	T	XX			
10	Q	XX			
11	Q	XX			
12	S	XX			
15	S	XX			
16	T	XX			
17	Q	XX			
18	Q	XX			
19	S	XX			
22	S	XX			
23	T	XX			
24	Q	XX			
25	Q		XX		
26	S		XX		
29	S		XX		
30	T			XX	XX
31	Q			XX	XX

MÊS ABRIL		ATIVIDADES					
DIA	SEMANA	PERÍODO DE ADAPTAÇÃO	ESTÁGIO	OBJ Nº 1	OBJ Nº 2	OBJ Nº 3/4	OBJ Nº 5
01	Q	XX	XX			XX	
02	S	XX	XX			XX	
05	S		XX	XX		XX	
06	T		XX	XX		XX	
07	Q		XX	XX		XX	
08	Q		XX	XX		XX	
09	S		XX	XX		XX	
12	S		XX	XX		XX	
13	T		XX	XX		XX	
14	Q		XX	XX	XX	XX	
15	Q		XX	XX	XX	XX	
19	S		XX	XX	XX	XX	
20	T		XX	XX	XX	XX	
22	Q		XX	XX	XX	XX	
23	S		XX	XX		XX	
26	S		XX	XX		XX	
27	T		XX	XX	XX	XX	
28	Q		XX	XX	XX	XX	
29	Q		XX	XX		XX	XX
30	S		XX	XX	XX	XX	

MÊS MAIO		ATIVIDADES				
DIA	SEMANA	ESTÁGIO	OBJ Nº 1	OBJ Nº 2	OBJ Nº 3/4	OBJ Nº 5
03	S	XX	XX		XX	
04	T	XX	XX	XX	XX	
05	Q	XX	XX	XX	XX	
06	Q	XX	XX	XX	XX	
07	S	XX	XX		XX	
10	S	XX	XX		XX	
11	T	XX	XX	XX	XX	
12	Q	XX	XX	XX	XX	
13	Q	XX	XX	XX	XX	
14	S	XX	XX		XX	
17	S	XX	XX		XX	
18	T	XX	XX	XX	XX	
19	Q	XX	XX	XX	XX	
20	Q	XX	XX		XX	
21	S	XX	XX	XX	XX	
24	S	XX	XX		XX	
25	T	XX	XX	XX	XX	
26	Q	XX	XX	XX	XX	
27	Q	XX	XX	XX	XX	
28	S	XX	XX		XX	
31	S	XX	XX	XX	XX	XX

MÊS JUNHO		ATIVIDADES						
DIA	SEMANA	ESTÁGIO	OBJ Nº 1	OBJ Nº 2	OBJ Nº 3/4	OBJ Nº 5	ELAB. DE RELATÓRIO	ENTREGA RELATÓRIO
01		XX	XX	XX	XX			
02		XX	XX	XX	XX			
03		XX	XX	XX	XX			
04		XX	XX		XX			
07		XX	XX		XX			
08							XX	
09							XX	
10							XX	
11							XX	
14							XX	
15							XX	
16							XX	
17							XX	
18							XX	
21							XX	
23							XX	
24							XX	
25							XX	
28							XX	
29							XX	
30							XX	XX

ATIVIDADES	MÊS		JULHO				
	01	02	05	06	07	08	09
	Q	S	S	T	Q	Q	S
APRESENT. DE RELATÓRIO						XX	XX

* REUNIÃO COM A SUPERVISORA TODA 6ª FEIRA

7. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

A seguir, faremos o relato da execução dos 5 (cinco) objetivos que havíamos proposto. O processo de execução de cada objetivo, os resultados obtidos, as reflexões que cada objetivo suscitou. Também relatamos objetivos executados e que não haviam sido propostos.

O processo de execução de cada objetivo proporcionou direta ou indiretamente às acadêmicas, um maior conhecimento que certamente constarão na nossa vida profissional.

Objetivo nº 1

Aplicar a metodologia no cuidado de enfermagem à criança de 0 a 5 anos, inserida no PAISC e sua família no Centro de Saúde II e domicílio.

Com relação a este objetivo, durante a execução deste projeto, foram realizadas 33 consultas, as quais constam no quadro a seguir:

Quadro 4 - Distribuição das consultas segundo endereço, motivo da consulta e problemas encontrados na criança

NOME DA FAMÍLIA	IDADE	SEXO	ENDEREÇO	MOTIVO DA CONSULTA	PROBLEMAS ENCONTRADOS PELAS ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM
CAMELO	3m	M	Barreiros	ACD	não há problemas.
COELHO	4m	F	Barreiros	ACD	IRA leve e queda na curva do C e D.
GAIVOTA	4m	F	Bairro de Fátima	ACD	déficit alimentar dermatite seborreica monilíase perianal
CONDOR	4m 8d	M	Estreito	ACD	dermatite de fraldas constipação intestinal
PAVÃO	5m 22d	M	Balneário	ACD	erro alimentar miliária rubra dermatite seborreica
GATO	7m	F	Balneário	ACD	micose erro alimentar vômitos frequentes
ANTA	3m 12d	M	Serraria	ACD	sem problemas
PONEI	2m 12d	M	Bairro Ipiranga	ACD	dermatite amoniacal cólicas intestinais
MACACO	6m 24d	M	Balneário	ACD	rejeição alimentar
ELEFANTE	4m 14d	F	São José	ACD	sem problemas
AVESTRUZ	5m	F	Barreiros	ACD	erro alimentar IRA leve
CÃO	7m 5d	M	Balneário	ACD	anemia
ONÇA	6m	F	Balneário	ACD	déficit ponderal DNPM atrasado neces. de introdução novos alimentos
PAPAGAIO	15d	M	Balneário	ACD	dúvidas em relação ao peso do bebê
ARARA	10m	M	Capoeiras	ACD	dermatite amoniacal miliária rubra nec. introdução novos alimentos
LEÃO	5m 6d	F	Balneário	ACD	alimentação precária miliária rubra assimetria de pregas dermatite amoniacal esquema vacinal em atraso
PUMA	2m	M	Gov. Celso Ramos	ACD	monilíase oral e perianal esquema vacinal em atraso
LEOPARDO	6m 9d	F	Jardim Atlântico	ACD	erro alimentar dermatite amoniacal
PERIQUITO	1m 6d	M	Serraria	ACD	DNPM atrasado conjuntivite dermatite de fraldas
BEIJA-FLOR	23d	F	Balneário	ACD	monilíase oral lesões impetiginosas dermatite de fraldas
TARTARUGA	5m 8d	F	Barreiros	ACD	erro alimentar
CABRA	3m	M	São José	ACD	IRA leve erro alimentar dermatite de fraldas DNPM atrasado
JACARÉ	7m	F	Balneário	ACD	não há problemas
GARÇA	4m	F	Estreito	ACD	não há problemas
FLAMINGO	3m	F	Estreito	ACD	não há problemas
GANSO	3m	M	Jardim Atlântico	ACD	não há problemas
TIGRE	3m	M	Estreito	ACD	não há problemas

EMA	9m 9d	M	?	ACD	DNPM atrasado erro no banho de sol dermatite amoniacal
HIENA	4m	M	Estreito	ACD	constipação intestinal IRA leve esquema vacinal em atraso
GIRAFA	3m 6d	F	São José	ACD	esquema vacinal em atraso dermatite amoniacal
SABIÁ	3m 3d	F	Estreito	ACD	esquema vacinal em atraso estrabismo dermatite seborreica dermatite amoniacal
BOI	6m	F	Balneário	ACD	não há problemas
CANÁRIO	2a 3m	M	Bairro de Fátima	ACD	IRA leve queda na curva C e D miliária rubra erro alimentar verminose

Legenda:

ACD = acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

IRA = infecção respiratória aguda.

DNPM = desenvolvimento neutropsicomotor.

Denominamos as famílias por nome de animais, a fim de resguardar a sua privacidade. As respectivas consultas foram agendadas de acordo com o PAISC → Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, já existente nesta instituição.

Durante o primeiro ano de vida de uma criança, muitas são as dúvidas que permeiam a mente dos pais com relação aos cuidados a serem realizados com os mesmos. São dúvidas com relação a alimentação, higiene, estimulação e outros. Em decorrência disto é que a grande maioria das crianças consultadas são lactentes e os problemas mais encontrados estão os três citados acima.

Na família SABIA, por exemplo, a mãe oferecia 150 ml de LV+50 ml de água para uma criança de 3 meses completos, onde nesta fase o leite não deveria mais ser diluído. Neste caso, nossa intervenção veio repadronizar este cuidado que a mãe prestava, a fim de oferecer o alimento de maneira correta, ou seja, o cuidado da mãe foi repadronizado já que não era o ideal para a criança nesta fase.

Já na família PUMA, fez-se acomodação do cuidado à criança, com relação à higiene, visto que a mãe realizava todos os cuidados com monilíase perianal, mas não utilizava medicação própria para este cuidado, havendo por isso, recidiva do quadro várias vezes. Sendo assim, o cuidado realizado foi mantido, mas houve necessidade de introduzir mais alguns como o uso de violeta genciana que, segundo a mãe, durante o uso, a criança não apresenta a monilíase perianal, mas teve que parar o tratamento pela falta da

medicação no posto e não ter dinheiro para comprá-la. Oferecemos, portanto, o devido medicamento já que o mesmo havia chegado no posto e a médica havia fornecido a receita em consultas anteriores.

Na família LEOPARDO, a criança apresenta um desenvolvimento neuropsicomotor além do esperado, já que a tia realizava atividades diárias de estimulação com a criança. Neste caso, preservou-se os cuidados já realizados, apenas incentivando-os.

Infecções respiratórias agudas, eram situações encontradas com frequência durante a realização do estágio, devido ser esta uma das doenças comuns na época do ano em que foi realizado o estágio, e também por ser uma das grandes causas de busca à assistência.

A maioria das crianças consultadas residem no Balneário do Estreito e as outras são de locais adjacentes e distantes do Centro de Saúde, mas que procuram o mesmo devido ao fácil acesso por meio de transporte coletivo e por já terem residido no local e gostarem do atendimento do posto.

De um modo geral, os pais desconhecem a importância da caderneta de saúde e seu manuseio. Muitas relatam que receberam a caderneta na maternidade, mas não foi lhes explicado a utilidade da mesma. Portanto, um dos nossos cuidados perante estas dúvidas, foi de explicar aos pais a importância da caderneta e seu manuseio, explicando os pontos importantes em relação ao crescimento, desenvolvimento da criança que devem ser registrados na mesma, bem como o controle do esquema vacinal e anotações de intercorrências que surgiram durante os primeiros anos de vida da criança.

Com relação à alimentação, era nítido o quanto as crenças influenciavam. Acreditava-se que "quanto mais grosso o mingau, mais alimentava a criança" ou que as outras alimentações como bolachas, iogurte, pão, eram mais importantes do que o leite. Várias mães relataram que o "leite materno não sustentava o seu bebê; era fraco, ruim e em quantidade insuficiente". Nota-se este tipo de comportamento na família PERIQUITO, onde a mãe introduziu a mamadeira, pois segundo ela, após as mamadas de leite materno a criança chorava muito e a vizinha e a mesma concluíram que o choro era devido a fome da criança, pela quantidade insuficiente de produção do leite materno. Então, a vizinha aconselhou a introdução da mamadeira, fornecendo-lhe a receita. Outro exemplo é a

família GAIVOTA, cuja mãe adicionava uma quantidade de farinha no leite, além do necessário. Quando lhe foi explicado a composição correta, referiu que a mamadeira ficaria muito rala e, sendo assim, a criança não aceitaria. Nestes casos, foi orientado e explicado a importância da diluição correta de farinha no leite.

Verificou-se também nestas consultas, que muitas mães, ao realizarem os afazeres domésticos, deixam seus filhos por longos períodos em berços ou carrinhos, não favorecendo sua estimulação. No momento em que mais a criança poderia ser estimulada, descobrir a si mesma e o mundo que a cerca, encontram-se limitadas para realizarem tais atividades, já que permanecem imobilizadas. Foi trocado idéias sobre conciliar a estimulação do filho com os afazeres domésticos e refletiu-se de que esta é a idade ideal para estimulá-los, para que tenham um desenvolvimento sadio.

Enfim, após realizarmos a consulta à criança, percebemos claramente que a família, até certo ponto, precisa do cuidado profissional para nortear seu cuidado popular no que diz respeito à criança, já que muitas são as dúvidas que estas possuem, centralizadas principalmente nos três itens que citamos anteriormente (alimentação, estimulação e higiene).

A enfermagem tem aí sua atuação, utilizando o cuidado, segundo o referencial de Leininger, através de três formas de intervenção, considerando a cultura do indivíduo. Dessa forma, contribui dentro do possível, a capacitar a família a cuidar da criança, preparando-a para seu futuro próximo com as medidas a curto, médio e longo prazo.

Foi elaborado um instrumento (em anexo) para execução das consultas e que embora estando presente durante as mesmas, muitas vezes não pode ser utilizado em sua totalidade, pois no CSII, já havia outro instrumento (anexo III) o qual a enfermeira do posto já fazia uso e era mais fácil segui-lo.

A metodologia utilizada em todas as consultas, foi o Sistema Weed juntamente com o referencial de Leininger. A seguir, para ilustrar, descreveremos a consulta da criança "LEOPARDO", residente no Jardim Atlântico, com idade de 6 meses e 9 dias.

S → criança trazida ao posto pela tia para ACD. Mãe trabalha fora do lar e quem cuida da criança é a tia. Refere que a alimentação é composta por mamadeira com 250 ml de água

+ 4 colheres de sopa de leite glória + 1 colher sopa rasa de aveia. Alimenta-se com LM durante a noite, logo quando a mãe chega em casa. Toma suco de laranja. Gosta de sopinha de verduras, caldinho de feijão. Eliminações intestinais e urinárias normais. Toma banho de sol todos os dias pela manhã, no horário das 9 às 10 hs. Dorme pouco durante o dia. Refere dúvidas quanto ao aparecimento de manchas na face da criança. Relata que a criança já senta sem apoio, engatinha, estranha pessoas diferentes, imita sons. Faz uso de pomada a base de óxido de zinco e talco em caso de assadura perineal.

O → peso - 9.000 gr estatura= 67.3 cm PC=45 cm

Criança contactuante, eupneica, chorosa, respondendo a estímulos. Sentando sem apoio, respondendo quando chamada, transfere objetos de uma mão para outra, levantada pelos braços, ajuda com o corpo.

Presença de manchas esbranquiçadas ao redor da boca. Presença de lesões hiperemiadas em região perineal. Esquema vacinal atualizado.

A → DNPM compatível com a idade. Ganho ponderal em 1 mês e 7 dias, de 420 grs. Curva ascendente.

- Criança muito bem estimulada, apresentando atividades em relação ao DNPM, além do esperado.
- Criança consumindo leite abaixo da concentração ideal.
- Dermatite amoniacal em região perineal, provavelmente pelo uso contínuo de talco no local.
- Manchas na face provavelmente em decorrência da diminuição da temperatura, ocasionando ressecamento da pele.

P → Explicando à tia a curva ponderal e importância da estimulação.

- Orientada sobre a necessidade de introdução de novos alimentos como gema de ovo, frutas e outras verduras.
- Refletido com a tia, sobre o aumento na concentração do leite e explicado a importância do mesmo.

- Trocado idéias sobre a higienização do períneo que deve ser com água morna a cada troca de fraldas e cuidados com a fralda como lavagem, passagem e exposição ao sol.
- Orientada a passar um creme hidratante na pele da criança, afim de evitar ressecamentos e conseqüentes manchas.

Durante o período de estágio, foram realizados o cuidado a 5 (cinco) famílias, a qual relatamos a seguir, utilizando nomes fictícios de seus membros, a fim de resguardar a privacidade das mesmas.

Quadro 5 - Distribuição das famílias, as quais realizamos a visita domiciliar, segundo nome, estado civil, cor, idade dos pais, idade da criança e religião.

NOME	ESTADO CIVIL	COR	IDADE DOS PAIS	IDADE DA CRIANÇA	RELIGIÃO
Gaivota	junto	G1 - Branca G2 - Branca	G1 - 26 G2 - 26	4m	católica
Beija-Flor	casado	B1 - Branca B2 - Branca	B1 - 25 B2 - 26	23 dias	católica
Canário	junto	C1 - Branca C2 - Negra	C1 - 19 C2 - 22	2 a 3m	católica
Pardal	junto	P1 - Branca P2 - Branca	P1 - 27 P2 - 35	8m	católica
Arara	Solteira	A1 - Branca	A1 - 26	10m	católica

Legenda:

1 - mãe

2 - pai

Com relação às famílias as quais realizamos a visita domiciliar, verificou-se que a maioria dos pais viviam juntos, sendo apenas 1 mãe solteira e outra casada. Dentre os casais abrangidos neste trabalho, observou-se que apenas 1 componente de um casal era de cor negra e os demais pertenciam à cor branca.

Com relação à idade dos pais, a faixa etária era entre 19 e 35 anos, e a média de 25 anos. No que diz respeito à idade da criança, todos menos a criança da família CANÁRIO, eram lactentes. Em relação à religião dessas pessoas, constatou-se que 100% eram católicos, mesmo relatando não praticarem a mesma.

Quadro 6 - Distribuição da famílias com relação ao nome, endereço, ocupação dos pais e condições de moradia

NOME	ENDEREÇO	OCUPAÇÃO	CONDIÇÕES DE MORADIA
Gaivota	Bairro de Fátima	G1 - Faxineira G2 - Catador de papelão	- 4 cômodos - terreno plano com sujidades - terreno de posse
Beija-Flor	Balneário	B1 - Do lar B2 - Serv.gerais supermercado	- 7 cômodos - terreno plano e limpo - casa própria
Canário	Bairro de Fátima	C1 - Do lar C2 - Carregador de caminhão no CEASA	- 4 cômodos - terreno plano com sujidades - terreno de posse
Pardal	Balneário	P1 - Do lar P2 - Vigilante	- 4 cômodos - terreno plano com sujidades - casa própria
Arara	Capoeiras	A1 - Balconista	- 9 cômodos - terreno plano e limpo - casa própria

Legenda:

1 - mãe

2 - Pai

Traçando-se o perfil da população alvo quanto a situação sócio-econômica, percebeu-se que a maioria das famílias vivem em condições de moradia desfavoráveis. Quanto à ocupação das mães, verificou-se que a maioria delas eram donas de casa, sendo apenas 1 faxineira e 1 balconista. Os esposos, constituíam um grupo muito eclético no que se refere à ocupação. Um era vigilante, outro carregador de caminhão no CEASA, auxiliar de serviços gerais de um supermercado e catador de papelão, sendo que todos recebiam uma baixa renda. Com relação ao endereço, a maior parte morava ou ao redor ou regiões circunvizinhas ao Centro de Saúde II.

Das famílias citadas acima, foram selecionadas 3 (três) para relato, já que as mesmas apresentavam situações que inspiravam cuidados, bem como subsídios para estudo e atendimento dos critérios estabelecidos para a visita domiciliar.

Família GAIVOTA

A família GAIVOTA, conhecemos através da mãe, que foi ao Centro de Saúde do Balneário levar a filha ao retorno com o médico. A médica verificou que a criança, que já havia nascido de baixo peso, tinha um déficit alimentar, dermatite seborreica, monilíase perineal, e a mãe apresentava dificuldade na compreensão das orientações que lhe eram fornecidas.

Pedimos para que a mãe marcasse um dia que melhor lhe conviesse e de preferência um horário em que seu esposo estivesse, já que segundo a mãe, este era agressivo e a maltratava.

A primeira visita, tinha como objetivo geral, reconhecer as condições sócio-econômicas e culturais da família, com base na prevenção de problemas relacionados à criança e verificar como a mãe estava realizando as orientações fornecidas. Como objetivos específicos iríamos conversar com a mãe para conhecer sua visão de saúde/doença; detectar problemas relacionados ao saneamento básico e meios de subsistência; verificar quem cuidava e como eram prestados os cuidados à criança; trocar idéias com a mãe sobre a maneira correta de cuidar de si e da criança; investigar sobre o relacionamento familiar.

Jás as visitas posteriores tinham como objetivo o acompanhamento familiar, fortalecendo nossas afirmações sobre os cuidados e verificando se os mesmos estavam se auto cuidando.

A primeira visita foi marcada para dia 15 de abril às 9 horas. Fomos em 2 (duas) acadêmicas. Ao chegarmos no quintal da casa, a mãe estava na vizinha e, ao nos ver, veio nos receber e mostrar a casa. (Era de madeira (não pintada), possuía 4 cômodos sendo 1 sala, 1 cozinha, 1 banheiro e 1 quarto.) Possui luz própria e esgoto a céu aberto. O berço da criança estava no quarto com os pais. As condições de higiene das roupas, casa e louças eram precárias. As louças estavam amontoadas de um dia para o outro. As roupas da criança e do casal encontravam-se sujas no chão, sujeitas a passarem bichos. Havia teias de aranha por todos os cantos da casa. Essas eram mantidas porque, segundo a mãe, se as tirasse, corria o risco de apanhar do marido, pois esse acreditava que as teias

trariam dinheiro. Conversamos com a mãe e refletimos com ela sobre a importância de que haja uma boa limpeza no meio em que vivem e caso contrário estariam colocando em risco quem vive nesse meio. Aproveitamos para perguntar a mãe, o que ela acha que é saúde e o que é doença. Ela disse que para ela doença, é quando precisa do médico e gastar dinheiro com remédio e saúde é quando está tudo bem; referindo assim, que só procura o médico em caso de doença. Chegamos portanto a concluir que, por esse motivo, vários retornos solicitados pelos médicos, não eram realizados. Neste caso, explicamos a mãe da importância do acompanhamento mensal à criança ou sempre que a médica pedisse, pois sendo assim, teria uma noção melhor do desenvolvimento que a criança vem apresentando.

A dermatite seborreica e a monilíase perineal, haviam desaparecido após orientações da enfermeira e acadêmicas de enfermagem.

Observamos a mãe na higiene da mamadeira da criança, que estava com 4 meses, e ao tirar o mingau, este saía com dificuldade por ser muito espesso. Perguntamos como era o preparo da mesma e ela disse que era com 100 ml de LV + 50 ml de água + 2 colheres de sopa cheia de maizena + 1 colher sopa rasa de açúcar; afirmando fazer deste modo, por a criança não gostar de mingau ralo e crê que quanto mais grossa, mais alimenta a criança. A médica, no dia da consulta, forneceu-lhe a receita correta da mamadeira a qual o esposo é quem lê, já que a mesma é analfabeta. A mãe refere neste caso, que pelo fato do marido querer fazer economia, mentia-lhe ao citar a quantidade reduzida de farinha.

Preparamos a mamadeira junto com a mãe, mostrando para ela a colher com que deveria medir a quantidade de farinha e açúcar, bem como o leite que não deveria mais ser misturado com água. Mostramos para mãe que, mesmo a mamadeira ficando rala, o importante para a criança era o leite. A criança aceitou bem a mamadeira. Mãe refere ainda que, durante a noite, oferece leite materno e no horário do almoço, fornece a sopa.

O relacionamento familiar é conturbado. O esposo é agressivo e bate na mulher com cabo de vassoura e mangueira de borracha. Segundo a mãe, sua gravidez não foi planejada, pois parou de tomar anticoncepcionais orais porque achava que não engravidaria. Quando soube da gravidez, quis abortar, mas o marido não deixou.

Ao chegarmos na casa, o marido encontrava-se na estrada arrumando sua carroça para trabalhar. Sua renda, segundo a esposa, é de 50 mil cruzeiros por dia.

O esposo, ao nos ver, entrou em casa e nos cumprimentou. Brigou com a esposa pois a casa encontrava-se suja e desarrumada. Sentou-se, pegou a criança no colo brincando com a mesma.

Explicamos ao esposo o nosso interesse em acompanhar a sua família e ele nos informou que estava com medo de que fôssemos tirar sua filha. Nós o tranquilizamos. Após ele sair para trabalhar, a esposa nos informou que as surras que leva são por pouca coisa. Muitas vezes, refere provocar a briga por ter ciúmes dele com as três mulheres que já viveu. Refere dar ouvidos ao que a vizinhança diz e relata que quando o marido chega do serviço, "ela já começa a falar". Segundo a mãe, ele não é muito de discutir, já vai surrando. Com a criança "ele é bem querido e eu, vendo que ele gosta muito dela, no início para me vingar, batia nela".

Refletimos com a mãe se talvez não fosse melhor não demonstrar seu ciúme e não dar importância ao que os vizinhos comentam e se possível, procurar uma creche para colocar a criança e com isso, procurar emprego para ajudar nas despesas da casa. Ser mais carinhosa com o cônjuge, também ajuda na relação.

Com as 3 (três) visitas posteriores, constatamos que as informações foram bem aceitas. A esposa encontrava-se em casa, onde estava limpando o seu quarto. O relacionamento familiar estava mais ameno, já que segundo a mesma, não estava mais ligando muito para as saídas dele muito menos para o que viessem lhe contar a seu respeito.

Na última visita feita por nós, ela encontrava-se muito feliz pois, conseguiu vaga na creche para a criança e uma casa para trabalhar como faxineira.

Esta família continua sendo acompanhada no CSII Balneário pela médica e enfermeira.

Família BEIJA-FLOR

A família BEIJA-FLOR, conhecemos pelo fato da mãe estar na última semana de gravidez, apresentando alguns sinais e sintomas de parto. Foi realizado os exames necessários e fornecidas orientações por nós e pela enfermeira.

Na chegada da mãe e criança da maternidade, o pai veio ao posto comunicar o nascimento da filha e pedir que fôssemos até a casa visitá-los, a fim de verificar as condições da criança e da mãe, bem como trocar idéias sobre os cuidados a serem realizados com a mesma. Concordamos realizar a visita domiciliar, traçando como objetivo geral, prestar cuidados ao recém-nascido e puérpera no domicílio e como objetivos específicos, em relação à mãe, verificar condições da mama, amamentação, loqueação, episiotomia; trocar idéia sobre o cuidado com as mesmas; ouvir seus anseios e sentimento com relação a esta fase. Em relação ao recém-nascido, verificar condições gerais, realizando exame físico.

Ao chegarmos na casa, fomos bem recebidos. A mãe nos relatou que o parto foi normal e correu tudo bem. Disse, que na maternidade, comentou com suas colegas de quarto, que tinha vontade de ver os pontos da episiotomia através de um espelho, mas, as mesmas lhe alertaram para não fazê-los pois iria infeccionar os pontos. Refletimos com ela sobre quais as formas de contrair uma infecção, demonstrando que desta forma não há riscos. Com relação às mamas, apresentavam-se com fissuras. Discutimos sobre fatores causais e cuidados a serem realizados, tais como: expor os seios as radiações solares por até 15 minutos entre 9 e 10 horas, contra indicação de uso de lubrificantes, pomadas e medicamentos tópicos, evitar higiene excessiva do mamilo, oferecer os seios ao bebê com areola macia, alternando-os durante as mamadas. Referiu também, constipação intestinal, para a qual orientamos dieta adequada rica em fibras, ingesta hídrica e deambulação na casa. Com relação a laqueação, esclarecemos dúvidas sobre o odor característico e quantidade e verificamos que estava tudo normal.

Sobre o recém-nascido, o mesmo apresentava-se em boas condições gerais. Os pais e avó paterna, estavam receptivos a receber informações e demonstravam interesse em obtê-las e com várias dúvidas sobre o cuidado geral ao recém-nascido (cólicas intestinais, higiene e coto umbilical). Discutimos com eles sobre os cuidados com o recém-nascido, seu comportamento nesta fase e suas necessidades.

Em certa ocasião a mãe relatou que seu marido estava desempregado e que por isto, estavam morando junto com sua sogra, sogro e seu irmão. Refere que são do Rio Grande do Sul e vieram para Florianópolis há pouco tempo. A mãe é órfã e seus parentes estão em Porto Alegre.

Ao chegarmos no local, vimos que a casa é ampla, arejada, iluminação solar direta com 6 cômodos. Tem luz elétrica, água da Casan, fossa asséptica e adequadas condições de higiene.

Pai refere que com a chegada da criança as atenções estão mais voltadas para ela e a criança. O pai demonstra preocupação excessiva com a mãe e criança, fazendo muitas perguntas e colocações.

As visitas posteriores deram seqüência aos cuidados realizados na primeira visita e foram intercalados com a consulta ao pediatra e consulta de enfermagem.

Nestas visitas seguintes vimos que a mãe estava consciente da importância da amamentação. A fissura mamilar em ambos os seios, havia agravado, devido a exposição aos raios solares em horários inadequados, mas com o reforço dos cuidados com a fissura mamilar, houve regressão, bem como o ingurgitamento mamário.

Com relação ao bebê, vem aumentando de peso e conseqüentemente, sua curva ponderal. Ocorreu infecção no coto umbilical, impetigo e monilíase oral, mas que mediante os cuidados específicos, regrediram.

Após conversarmos sobre o bebê, perguntamos como estava o relacionamento familiar e a mãe nos informou que estão enfrentando problema em relação ao desemprego do marido. Conversamos com o casal, trocando idéias e refletindo sobre sua situação, na busca de soluções.

Depois de uma semana, fomos fazer nova visita domiciliar, onde constatamos que o marido havia arranjado emprego em um supermercado, havendo melhora do relacionamento conjugal. Agora porém, os conflitos estavam centrados na relação nora/sogra devido a cobranças desta com relação aos cuidados com a casa, o que deixasse a mãe muito nervosa. Intervimos no sentido de ouvir a mãe, refletir junto com ela, trocar idéias e dar atenção.

Nesta e em outras situações o mesmo referencial teórico foi fundamental para guiar nosso cuidado, pois amparadas pelo conceito do cuidado, pudemos compreender melhor a situação sócio-cultural, sua visão a cerca do que entendiam por cuidados para prevenir e tratar a doença.

Esta família continua sendo cuidada pela enfermeira do CSII do Balneário.

Família CANARIO

Outra família que prestamos cuidados, foi a família CANÁRIO cuja mãe foi ao posto para acompanhar uma amiga que faria uma consulta de enfermagem. Em contato conosco, referiu dúvidas sobre amamentar durante a gravidez, já que encontrava-se no 6º mês de gestação e amamentava a filha de 1 ano e 3 meses, precisando assim de informações. Trocamos idéias com a mesma sobre a necessidade de uma visita domiciliar e a mesma aceitou.

Marcamos então a data da visita com o objetivo geral de reconhecer as condições sócio-econômicas e culturais da família, com base na prevenção de problemas relacionados à criança e como objetivos específicos, conversar com a mãe para conhecer sua percepção de saúde/doença, detectar problemas relacionados ao saneamento básico e meios de subsistência, verificar quem presta e como são prestados os cuidados às crianças, conversar com a mãe sobre as maneiras corretas de cuidado à criança e ainda, investigar o relacionamento familiar, já que no dia em que apareceu no posto, relatou que o marido a agride.

Ao chegarmos no local, vimos que a casa era de madeira, com 4 cômodos, água da Casan, situada em terreno plano com algumas sujidades. Utilizavam água proveniente da Casam e energia elétrica de um vizinho, o que eles denominam rabicho. O esgoto é a céu aberto.

Conversamos com a mãe a qual relatou que seu marido estava no serviço onde trabalha como carregador de caminhão no CEASA, ganhando 1 salário mínimo por mês; mas que segundo a mãe, não é o suficiente para sustentar os 2 filhos, ela e o pai. Portanto, o mesmo está a procura de outro emprego. Refere não terem dinheiro para

compra gás e desta forma cozinham na rua com álcool e dão banho nas crianças no tanque. Não possuem geladeira.

A mãe refere que o pai gosta mais do filho do que da filha e tudo o que compra é para ele. Relata ainda que o filho a "incomoda demais", chamando-a várias vezes "daquele bicho". Continua afirmando que o marido diz não gostar mais dela e "maldita hora que conheceu no baile", "de vez em quando ele bebe e bate em mim", diz.

Com relação à essa gravidez, ele queria que a mãe tirasse o filho, mas agora não e, segundo a mesma, tem que aturar o marido pois ele é quem traz a comida para casa.

Refere que os filhos, dormem no quarto com os pais, tomam banho todos os dias, suas roupas são lavadas em bastante água corrente. Refere fazer o possível para que a comida não falte. Diz não ferver a água e nem filtrar, pois se ela é da CASAN, já é muito boa, não precisando tratamento. Relata dúvidas sobre o aparecimento de vermes nas crianças, expelindo-os por via anal e oral.

Preocupa-se por estar no 6º mês de gravidez e restam dúvidas sobre doar a criança. Diz que se o marido arranjar um outro emprego, eles ficarão com a criança. Ela conversou com várias pessoas sobre o assunto, ouviu várias opiniões, mas ainda está confusa, porém refere que quer ficar com a criança.

Tem dúvidas se pode amamentar a menina durante a gravidez. Sente-se fraca, acha que está com anemia, por não se alimentar direito e refere já sentir algumas contrações. Refere já ter tido infecção urinária e quer marcar uma consulta com a ginecologista.

Nossa conduta diante de todos esses fatos foi de refletir com ela, trocar idéias e sobretudo ouvir. Orientamos sobre as dúvidas com relação aos cuidados com as crianças e com sua gestação.

Pelo fato do acompanhamento desta família se dar mais no final, não conseguimos outros resultados que seriam mais importantes e interessantes, por esgotamento do nosso período de estágio. Mas, para que a mãe pudesse fazer todos os exames necessários com ela e seus filhos, marcamos consultas para a mesma com o obstetra, e para os filhos, conseguimos uma vaga para consulta com a pediatra.

Utilização do marco referencial nas visitas domiciliares

Família BEIJA-FLOR.

Acompanhamos esta família, a pedido da mãe, que veio no CSII procurar ajuda, pois não se considerava capaz de efetuar atividades, alcançar objetivos no que diz respeito à nova realidade em que se encontrava: o nascimento do primeiro filho.

Trocamos idéias sobre a amamentação, auxiliando na técnica correta da mesma. Esclarecemos as dúvidas existentes sobre os cuidados com o recém-nascido, utilizando ações de educação em saúde.

Apoiamos e confortamos, quando a situação sócio-econômica criava situações conflitantes entre o casal envolvendo-nos com o caso.

Ao conhecermos esta realidade, refletimos com o casal as possíveis soluções, demonstrando atenção ao ouvir suas queixas, seus valores, suas crenças.

A mãe demonstrava dúvidas ao executar práticas de cuidados próprios de sua cultura. A mesma, tinha curiosidade de observar os pontos da episiotomia através de um espelho, mas segundo suas colegas de quarto na maternidade, este ato provocaria infecção no local.

Era questionado com a mãe sobre o porque dessa afirmativa e explicamos que não encostando o espelho no local, não haveria risco de contaminação e que seria importante ela observar-se no espelho para saber o que estava ocorrendo com seu corpo, bem como verificar o processo de cicatrização.

Com relação às crenças da sogra, estas influenciavam muito no cuidado com o recém-nascido, levando, várias vezes, a criar conflito entre o casal.

Esta situação, nós podemos compreender apoiadas no nosso conceito de homem o qual refere ser o mesmo um ser singular que faz parte de uma estrutura social, identificado por sua cultura, tendo muitas necessidade e tendo o direito de ser compreendido nos seus valores, crenças e práticas e de executar cuidados próprios de sua cultura.

Família CANÁRIO.

Percebemos que nesta família, os valores, crenças e práticas de executar cuidados próprios de sua cultura, estavam norteando os seus cuidados.

Com relação à gravidez, por exemplo, é muito forte o valor da mãe com relação a não abortar a criança. Segundo a mesma, a gravidez era indesejada, mas "tirar os filhos é que não vou". Sentimos também, que a mãe insiste em afirmar que o pai gosta mais do menino do que da menina, onde verificamos que isto é um valor que a mãe considera.

Outra situação que nos chamou atenção, foi com relação a situação da mulher, que diz ter que aturar o marido, por ele trazer comida para casa. Notamos que a mãe apresentava sua auto-estima muito afetada, considerando-se incapaz de alcançar objetivos desejados.

A mãe possuía muitas crenças com relação ao cuidado das crianças, fazendo-nos utilizar em todos os momentos os conceitos do marco referencial. Portanto, intervimos com atividades de assistência no momento em que as necessidades eram evidentes a fim de amenizar ou melhorar as condições da vida humana. Utilizamos os componentes do cuidar em todas as situações, não esquecendo de levar em consideração as crenças, valores, práticas, recursos locais e utilizando as três formas de intervenção: repadronização, acomodação e preservação.

Família GAIVOTA.

Nesta família que acompanhamos era de grande utilidade os nossos conceitos do marco referencial. Sentíamos a necessidade de cuidado nesta para que fosse amenizado ou melhorado a condição de vida humana.

Conhecemos outra realidade de vida, na qual as pessoas em que eles acreditavam que, estando vestida de branco, falava só verdades relacionadas a saúde, acreditavam também que teias de aranha espalhadas pelo teto da casa traziam dinheiro para quem ali habitava. Essas crenças nos auxiliaram para que através dela pudéssemos refletir para

repadronizar as questões que puseram em risco suas vidas. Como a mãe, apesar de sua aparente limitação intelectual, dava grande valor para quem vestia o branco, a deixamos capacitada para cuidar melhor da criança e de sua vida conjugal. Sugerimos que ela afastasse do seu lar coisas que estariam lhe trazendo malefícios, bem como à sua família.

Tivemos resultados positivos, retornando ao ambiente e notando que, além do aumento de afinidade que conseguimos com a família, verificamos que ações e informações eram bem aceitas, como por exemplo, ao vermos ela preparar a mamadeira, conforme a receita que havíamos feito junto com ela na 1ª visita. Praticamos aqui a acomodação, pois levamos em consideração os ingredientes para realizar a mamadeira, porém ensinamos a quantidade certa desses para manter a boa nutrição da criança.

Quanto à higiene da criança, elogiamos o que ela vinha realizando, preservando e reforçando os cuidados que ela executava e nos colocando a disposição para qualquer dúvida que surgisse.

Usamos o cuidado profissional e informado à família que esse cuidado é oferecido por vários profissionais de saúde, que ajudam as pessoas a efetuarem atividades e tentar alcançar padrões de vida desejados.

Na última visita, ao constatarmos que a mãe estava programando-se a realizar uma faxina, o pai trabalhando e a criança freqüentando uma creche, podemos observar que apesar da situação financeira atingir essa família como atinge a cada uma de nós, o ser humano tem capacidade suficiente de tentar modificar a situação em que se encontra para outra que mais lhe beneficie, porém, as vezes necessita do auxílio de outras pessoas para ter esta compreensão.

Não atingimos a meta de realizar 3 consultas por aluna semanalmente. Isto devido a greve do médicos que levou muitos a acreditarem que o Centro de Saúde II não funcionaria e também alguns dias de paralisação. Conseqüentemente, o plano de agendamento de consultas para as quartas-feiras foi abolido, pelo fato da demanda reduzida.

Apesar disso, acreditamos ter atingido o objetivo, visto termos realizado um número de consultas que permitiu utilizar o marco por nós escolhido, executando o objetivo proposto.

Objetivo nº 2

Promover cuidado de enfermagem de caráter coletivo no Centro de Saúde II.

Esse objetivo foi criado afim de que pudéssemos trocar informações com o público de uma maneira simples e dentro de sua linguagem acessível buscando com ele também, o saber popular.

Na sala de espera inúmeras oportunidades educativas se apresentam. Na conversação, os próprios clientes procuram resolver entre eles suas dúvidas e seus problemas. Nada melhor que um profissional com toda a sua carga teórico-prática para lhe ajudar a esclarecer essas dúvidas e lhe passar novas informações.

Silva (1992) em sua dissertação de mestrado sobre Educação em Saúde na Assistência de Enfermagem cita que o menosprezo pelo saber popular, pelas crenças e soluções populares, faz com que este não seja aproveitado, discutido ou desvendado. Sobressai sempre o saber técnico. Ao realizarmos essa atividade em sala de espera, verificamos como essas palavras foram uma afirmativa concreta.

Traçamos que, para alcançar esse nosso 2º objetivo, deveríamos fazer 3 (três) atividades de salas de espera por semana. Isso não foi possível pois segundo a enfermeira do Centro de Saúde e orientadora de nosso trabalho, eram muitas, e se tratando de um posto pequeno, com uma demanda repetitiva, a conversação tornaria-se cansativa. Acatamos a sugestão de fazer 1 (uma) por semana estabelecendo 1 (um) dia para que preparássemos o assunto.

O público que escolhemos para conversar foram aqueles que esperavam para a consulta com a pediatra e as gestantes, porém não impedimos que outras pessoas que ali estivessem, participassem da atividade.

Ao todo foram realizadas 6 atividades em sala de espera. Agendamos para as quintas ou sextas-feiras sendo 1 (uma) por semana, sendo que 3 (três) semanas foram prejudicadas devido a greve dos médicos.

Os assuntos foram: imunização, sinais de parto e cuidados com o recém-nascido, importância da estimulação no crescimento e desenvolvimento, importância do aleitamento materno e alimentação do lactente, sendo que no final de cada uma dessas atividades en-

fatizávamos sobre os programas oferecidos pelo posto. O número de participantes no total foram: 75 adultos e 38 crianças sendo 59 do sexo feminino e 16 do sexo masculino.

Convém salientar que este objetivo não foi alcançado de acordo com o planejado em termos quantitativos, mais foi válido visto que os participantes puderam expor suas idéias e dúvidas, refletindo e trocando idéias entre eles e conosco, aumentando assim seu conhecimento. Para nós possibilitou um grande aprendizado sendo que nas conversas, procurávamos verificar sempre em primeiro lugar o que eles percebiam e entendiam sobre o assunto proposto, para só depois entrarmos com o nosso conhecimento profissional. Procurávamos não impor mais sim refletir, trocar idéias, reforçar e elogiar o que já estava sendo feito e orientar para mudanças quando era necessário.

Assim, de acordo com o nosso referencial teórico utilizamos os componentes do cuidar para mantermos cuidado que a população já conhecia, ou acomodávamos ou repadronizávamos os cuidados.

E finalmente ocupamos um espaço de educação a saúde recomendado por Silva (1992) quando diz "na sala de espera inúmeras oportunidades educativas se apresentam brotando entre os clientes que, em suas conversas tentam resolver suas dúvidas seus problemas, interessam-se uns pelos outros e que geralmente não é acompanhado por um profissional".

Objetivo nº 3

Introduzir de forma sistemática o levantamento e busca dos faltosos da vacina, de crianças de 0 a 5 anos no Centro de Saúde II.

O arquivamento dos cartões de vacina, deve ser uma sistemática tal que proporcione a identificação da situação vacinal das crianças cadastradas, e mostrar de forma rápida os faltosos a cada mês.

A sistemática encontrada e utilizada por nós, foi o arquivamento por aprazamento. Este sistema permite:

- saber a quantidade de crianças com o esquema vacinal atualizado;

- saber a quantidade de crianças com o esquema vacinal em atraso;
 - saber a quantidade de crianças esperada para serem vacinadas em cada mês.
- Enfim, saber da eficiência da cobertura vacinal em cada mês.

O centro de saúde do Saco Grande II, implantou esta sistemática e por isso, fomos visitá-lo no início do estágio. Este centro localiza-se no município de Florianópolis.

Neste centro de saúde, vimos como era a sistemática, o seu funcionamento e a receptividade dos funcionários do local ao novo sistema. Discutimos sobre os resultados já obtidos, dificuldades e facilidades encontradas. As facilidades já foram citadas. As dificuldades são as seguintes: funcionários que respeitam o novo sistema por razões várias, entre elas a natural resistência a mudanças. Todo sistema novo até ser totalmente compreendido e acertado, encontra uma certa resistência e dificuldade de manipulação por parte do pessoal.

Para implantação desta forma de arquivamento no Centro de Saúde II do Balneário, conversamos com a enfermeira e esta permitiu a entrada do novo sistema, uma vez que participou recentemente de um treinamento onde se inteirou do mesmo. Arquivamos, em seguida por aprazamento todas as crianças que deveriam ser vacinadas em 1993. Os funcionários dos 2 turnos receberam explicações sobre o funcionamento e a manipulação do sistema, suas vantagens e desvantagens. Outrossim informaram que acharam interessante a troca de sistemática.

Durante este processo de adaptação à nova sistemática percebemos que alguns funcionários não colocavam o cartão no lugar certo e não anotavam a data correta para a próxima vacina. Imediatamente levantamos as dificuldades existentes entre os mesmos respondendo a todas saneando assim o problema.

A nova forma de arquivamento do cartão de vacina do Balneário, possibilitou a noção da grande quantidade de crianças que estavam com o esquema vacinal em atraso.

Embora tenha havido e possa ainda surgir dúvidas por parte dos funcionários com relação a nova sistemática, consideramos que este objetivo foi alcançado, visto que não se observou rejeição à mudança.

A execução deste objetivo, entre outras coisas que já foram referenciadas, proporcionam a nós acadêmicas a reflexão da importância da forma de registro, de

arquivamento na prestação do cuidado. E portanto, da atenção que o enfermeiro deve dispensar à cobertura vacinal.

Objetivo nº 4

Atualizar o esquema vacinal da criança de 0 à 5 anos no Centro de Saúde II.

Neste Centro de Saúde II após atualizar o cadastro vacinal, percebeu-se um grande número de faltosos.

A demora da não vacinação das crianças implica em um não cumprimento do esquema vacinal, expondo a mesma o risco de contrair as doenças preveníveis pela vacinação.

Sendo assim, fomos ao arquivo e fizemos o levantamento das crianças que apresentavam o esquema vacinal em atraso, referentes ao mês de janeiro de 1993 a maio do mesmo ano, já que a nossa proposta era de atualizar o esquema vacinal de crianças com atrasos no ano de 1993. No levantamento dos folhetos, foram encontrados o total de 124 crianças em atraso com as vacinas, sendo que 5 eram do Balneário, 36 do Canto, 6 do Jardim Atlântico e 3 do Bairro de Fátima e as demais eram de localidades distantes do Centro de Saúde II.

Resolvemos montar uma tabela contendo o nome da criança, local de moradia, tipo de vacina em atraso tipo de busca - visita domiciliar, telefone ou aerograma e resultado, afim de nortear o nosso trabalho. Já nesta fase, percebeu-se algumas dificuldades tais como, registros com dados insuficientes, data provável de vacina registrado de modo distorcido, entre outros.

Selecionamos para fazer a busca aos faltosos, as crianças residentes no Bairro de Fátima, Jardim Atlântico, Balneário e Canto; sendo que aqueles que tivessem telefone seriam contactados através dos mesmos. Crianças residentes no Balneário, Canto e Bairro de Fatima, receberiam a nossa visita a domicílio por estarem mais próximos ao Centro de

Saúde II. Já as residentes no Jardim Atlântico e demais localidades fariamos contatos ou pelo aerograma ou através do Centro de Saúde local.

Com relação ao contatos por telefone, vários pais alegaram terem vacinado seus filhos em outros centros de saúde. Foi portanto solicitado ao mesmos que viessem ao Centro de Saúde do Balneário para atualizarem o cartão, a fim de manter nossos registros atualizados. Outros afirmavam que devido à doenças como infecções respiratória, urinárias, alergias e outros, preferiam deixar a imunização para mais tarde por terem um certo receio da aplicação da mesma nessas situações. Também houve caso em que os pais esqueceram de vacinar mas prontificaram-se a trazer a criança ao posto. Em alguns casos, os números de telefones não correspondiam ao local solicitado. Os pais referiam gostar desse tipo de trabalho e agradeciam pela preocupação do posto.

Com relação à visita domiciliar, alguns pais também já haviam vacinado, sendo assim, checamos os cartões de vacina. Outros alegaram muitas vezes não terem vacinado por infecção respiratória aguda, infecções urinárias, alergias, febre e outros.

Havia ainda situações que por motivos de esquecimento, afazeres domésticos e outros, ao pais deixavam de levar os seus filhos ao Centro de Saúde fazer a vacina. Sendo que algumas crianças haviam se mudado para regiões distantes do Balneário.

Em certas ocasiões, os endereços estavam incompletos, nº de casa inexistentes, falta de informação no cartão.

Foi entregue à enfermeira, uma listagem com os faltosos do Jardim Atlântico e Serraria, já que se prontificou a comunicar aos CS locais.

Das crianças contactuadas até o término do nosso estágio, um pequeno número retornou ao posto para vacinação, mas aquelas que vieram, consideraram importante o trabalho da busca aos faltosos, agradecendo e elogiando o serviço.

No momento, a enfermeira está solicitando aerogramas para serem enviados aos pais de crianças de outras localidades.

Com todo este trabalho, constatou-se que os pais estavam carentes de informações sobre a imunização, importância de manter o esquema vacinal em dia.

As afirmações contidas no cartão devem ser precisas para facilitar o contato com o indivíduo, mesmo sabendo que somente uma pequena parte retorna ao posto.

Esse modo, proporciona a equipe de saúde, avaliar a repercussão na comunidade sobre o trabalho que esta desenvolve na área da imunização, levantando dados que favorecem a implementação desse cuidado.

Para que as crianças estivessem com o esquema vacinal sempre atualizado, durante a consulta de enfermagem verificávamos o cartão vacinal, incentivando a mãe, quando o mesmo encontrava-se em atraso e elogiando, quando em dia com o mesmo, respondendo as dúvidas que surgiram com relação à mesma. Exemplificando: na criança SABIÁ, a mãe referiu não querer mais a aplicação da vacina na perna, pois o local "incha", impedindo a mobilidade, deixando a criança chorosa. Neste caso, a mãe foi esclarecida sobre o motivo de aplicação da mesma na face antero lateral da coxa, em crianças menores de 2 anos.

Outras dúvidas que surgiram eram sobre a data da aplicação da vacina BCG, contra a tuberculose.

Na sala de aplicação de vacinas, no momento anterior da aplicação, trocávamos idéias sobre imunização, importância da mesma, ação e reação de cada vacina, conduta a ser tomada frente a estas reações, esquema vacinal, incentivando assim a manter o mesmo em dia. Veja a seguir o quadro contendo as vacinas que aplicamos durante a execução do projeto.

Quadro 7 - Número de vacinações aplicadas pelas acadêmicas durante o período de estágio

TIPO DA VACINA	0 ANOS	1 ANO	2 ANOS
ANTIPÓLIO			
1ª dose	25		
2ª dose	28		
3ª dose	24		
reforço		15	01
TRÍPLICE			
1ª dose	25		
2ª dose	28		
3ª dose	24		
reforço		15	01
ANTI-SARAMPO			
1ª dose	15	3	
reforço		7	01
TOTAL	169	40	03
TOTAL GERAL → 212			

Consideramos este objetivo alcançado, pois contactuamos com todas as famílias das crianças em atraso dos bairros os quais havíamos proposto e cada aluna realizou em média 70 aplicações sw vacina, num total de 366 vacinas.

Na imunização da criança, é preciso um conhecimento amplo do assunto por parte dos profissionais da área, para que possam informar aos pais sobre a programa de imunização, responder as dúvidas que surgirem, compreendendo crenças existentes, intervindo quando necessário, utilizando quando necessário, as três formas de intervenção: repadronização, acomodação e preservação.

Um ambiente adequado, profissionais que tenham embasamento sobre o assunto e uma programação que proporcione o incentivo à vacinação e esteja atenta aos faltosos, são imprescindíveis.

Objetivo nº 5

Promover reunião de estudos com a equipe de enfermagem de Centro de Saúde II.

Em relação a este objetivo específico, procurou-se primeiramente levantar o interesse e necessidade dos funcionários do Centro de Saúde quanto a escolha dos assuntos. A princípio, ficaram um pouco indecisos, e como nós achamos que os mesmos estavam meio confusos e com dúvidas sobre o nosso trabalho no posto em relação a necessidade de um acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, ou seja, da importância da consulta de enfermagem à criança normal, sugerimos que fosse realizada uma reunião de estudos sobre a importância do atendimento à criança normal, tendo-se constatado uma boa aceitação do assunto indicado.

Sendo assim, dia 14 de maio foi realizada a primeira reunião de estudos. Estavam presentes no momento 8 funcionários do Centro de Saúde. Em relação a este assunto, percebeu-se uma grande participação dos funcionários, os quais tiveram a oportunidade de esclarecer várias dúvidas e demonstraram-se satisfeitos em saber que havia este tipo de atendimento à criança no posto.

Na segunda reunião de estudos, o assunto sugerido foi "A Criança com Febre", já que é grande o número de crianças que apresentam-se febris diariamente no posto, havendo necessidade de maior compreensão do assunto por parte dos funcionários.

Nesta reunião foram abordados tópicos como: a criança com febre nos casos leve, moderado e grave, maneiras práticas de baixar a febre sem uso de medicamento, mecanismos de defesa em caso de infecção e outros.

Estiveram presentes nesta reunião, 6 funcionários. Após a apresentação destas reuniões, constatou-se que houve uma boa repercussão. Sentimos que os funcionários se envolveram mais com o nosso trabalho, participando junto conosco de várias atividades. Após a segunda reunião, realizamos uma confraternização onde lanchamos todos juntos e fomos parabenizados pelo nosso trabalho.

Constatou-se que este objetivo foi alcançado, pois conseguimos realizar duas reuniões de estudo, indo de encontro ao que havíamos planejado.

Objetivos realizados e não propostos

1) Procedimentos de enfermagem:

Durante a execução do projeto, realizamos procedimentos de enfermagem aos clientes do Centro de Saúde II, das mais variadas idades. Fizemos um total de 35 curativos, 115 verificações de pressão arterial, 34 testes de PKU e T4, 45 verificações de peso, 27 aplicações de injeções, 30 verificações de pulso, 80 verificações de temperatura corporal, totalizando 366 procedimentos de enfermagem, associa-se vários componentes do cuidar. (troca de idéias, reflexões, ouvir, orientações...)

2) Visita domiciliar:

Foi feita visita domiciliar a uma senhora da comunidade a pedido do seu filho a fim de verificar sua pressão arterial.

Esta senhora tinha história de hipertensão, problemas emocionais de fundo nervoso. Na ocasião, a mesma apresentava anorexia, constipação intestinal e abalos emocionais. O pulso e a pressão arterial estavam normais (pulso=80 bpm / PA=120/80Mm Hg). Refletida com a paciente sobre a importância da alimentação e as consequências da não ingestão dos mesmos. Orientada quanto aos cuidados com a constipação intestinal, dada atenção, escutando as queixas da mesma. Trocando idéias com os filhos sobre o estado geral da mesma. Discutido com a enfermeira do Centro de Saúde II sobre o caso.

3) Auxiliando nos problemas do cotidiano do Centro de Saúde II:

Atuamos nos registros, aberturas de prontuários e reuniões.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

→ Facilidades Encontradas

- A utilização do referencial teórico que norteou toda nossa atuação, mostrando-nos uma visão mais ampla da realidade de cada indivíduo.
- O uso do mesmo referencial, pela enfermeira do Centro de Saúde II, facilitando o nosso trabalho.
- A enfermeira do Centro de Saúde II, põe em pratica o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, resultando uma assistência de melhor qualidade à mesma, possibilitando nossa atuação no campo.
- A riqueza do campo escolhido, fornecendo-nos grandes oportunidades de aprendizado.
- A participação da médica conosco durante o acompanhamento das crianças, dando sugestões e trocando idéias sobre assuntos de interesse comum.
- A boa receptividade e companherismo dos funcionários do Centro de Saúde II.
- A boa aceitação dos funcionários do Centro de Saúde II, no que diz respeito à mudança do arquivo dos cartões vacinais.
- A receptividade por parte dos clientes.

→ Dificuldades Encontradas

- Apesar de conseguirmos realizar as consultas, a falta de espaço físico destinado às mesmas, tumultuava o ambiente.
- A sala para consulta de enfermagem, era utilizada também para consulta com a nutricionista, sendo que várias vezes, tivemos que esperar a realização da consulta da mesma.
- A demanda reduzida por motivos de greves e paralizações, fez com que abolíssemos as quartas-feiras de agendamento para as crianças, diminuindo o nº de consultas proposto por nós, semanalmente.
- Os dados insuficientes nos cartões de vacina, impossibilitou a realização da busca de alguns faltosos.

→ Sugestões

Ao Centro de Saúde II

- Como o mesmo dispõe de um espaço privilegiado de educação à saúde, sugerimos que os funcionários possam instituir um programa regular de atividade de sala de espera com assuntos de interesse dos clientes e proprietários na visão dos profissionais.
- A organização, pelo Coordenador do Centro de Saúde, de debates entre os funcionários, com assuntos de interesse comum, favorecendo a educação continuada dos mesmos.
- A realização de atividades que incentivem a vacinação, como a colocação de cartazes por todo Centro de Saúde II, a troca de idéias entre funcionários, e com clientes enquanto os mesmos esperam para serem atendidos.

Ao Curso de Graduação em Enfermagem

- Realizar maiores discussões sobre o marco referencial.
- Proporcionar aos alunos do curso, o conhecimento de projetos já realizados, informando-lhes o local onde os mesmos se encontram e incentivando a continuação dos mesmos.

Aqueles que querem dar continuação ao projeto

- Há muito o que ser feito nesta área que é rica e de vital importância para todos nós.

Os objetivos realizados neste trabalho, não se extinguem aqui, podem ser continuados e implementados, como o aprofundamento no trabalho com as famílias, imunização e própria consulta de enfermagem.

Reflexões sobre a experiência do cuidar

A utilização de um referencial teórico no trabalho do enfermeiro foi grande importância, pois adequou-se bem na nossa prática assistencial. Realmente a junção desses cuidados família → enfermagem, constituem em uma contribuição para a saúde. Através desse modelo, conseguimos ter uma noção de todo o contexto sócio-cultural da família, bem como o da enfermagem, atuando no cuidado à criança. O modelo proposto, nos deu uma visão ampla da influência do cuidado popular e do cuidado profissional na assistência à criança, mas, quando fomos para o campo de estágio, o mesmo tornou-se mais perceptível ainda para nós, visto que retrata a realidade como ela é.

O referencial de Leininger, nos proporcionou um grande aprendizado, favorecendo a execução deste projeto, ampliando nossos horizontes quanto ao cuidado profissional. Constatamos a importância da utilização dos componentes do cuidar, bem como das três formas de intervir: repadronização, acomodação e preservação.

Podemos verificar também que os conceitos de HOMEM, FAMÍLIA e ENFERMAGEM, propostos por Leininger, ganharam significado na nossa prática. Era fácil entender, por exemplo, o homem como um ser singular, fazendo parte de uma estrutura social, identificado por sua cultura, tendo muitas necessidades, e tendo direito de ser compreendido nos seus valores, crenças e práticas e de executar cuidados próprios de sua cultura.

A execução de procedimentos técnicos durante o período de estágio, fez somar à nossa experiência, procedimentos que ainda não tínhamos realizados, como o teste do pezinho, e procedimentos que, para nós já eram rotineiros, mas a oportunidade de fazê-los aprimorou a nossa destreza técnica e também em termos de fornecer ao cliente informações necessárias sobre o procedimento realizado.

O contato com as famílias, principalmente nas visitas domiciliares, foi muito significativo para cada uma de nós, ao vivenciarmos desta forma, o cuidado popular na intimidade do lar. O convívio com as família e a resposta das mesmas à nossa intervenção, proporcionou-nos um conhecimento imensurável, uma gratificação tamanha e a certeza de que a enfermagem deve investir nesta área.

Enfim, todas as atividades que realizamos no Centro de Saúde II durante a execução do projeto, possibilitou o aperfeiçoamento do que já fazíamos, e a oportunidade de aprender coisas novas.

Embora ainda sejamos acadêmicas, atuamos nos sentindo profissional, vendo as situações de atuação, buscando soluções, tomando decisões, administrando, e educando, entre outras ações.

Saimos desse campo, diferentes do que quando chegamos. Acrescentamos a nossa vida Acadêmica, uma série de experiências e conhecimentos o mais, buscados na teoria e fortalecidos na prática, que influenciarão à nossa vida profissional.

A realização de um projeto, como nos propôs a 8ª fase curricular, foi vital importância para a conclusão das nossas atividades acadêmicas, pois promove o amadurecimento dos conhecimentos técnico-científicos oferecidos durante o curso.

9. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA E REFERENCIADA

ABNT. Referências Bibliográficas. Fórum Nacional de Normatização. Ago 1989.

ALBUQUERQUE, Zuleica et alli. Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o Desmame. PAISC - Ministério da Saúde. 3ª edição. Nov 1986.

ALCANTARA, Pedro. Introdução ao estudo da pediatria. In: MARCONDES, Eduardo. Pediatria Básica. 8ª edição. São Paulo. Savier. 1992.

BOEHS, Astrid E.. Prática do cuidado ao RN e sua família baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria de desenvolvimento da família. Florianópolis. UFSC. 1990. Dissertação (mestrado m Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina

_____, CASTANHEL, Marcia S.. Cuidando de uma família na comunidade. Uma experiência utilizando referencial teórico. Florianópolis. 1992 (mimeo).

_____, PATRICIO, Zuleika. O significar do cuidar/cuidado. Trabalho apresentado à disciplina Estudo Independente no curso de mestrado em Assistência de Enfermagem. UFSC. JUN 1989.(mimeo)

CAMPESTRINI, Selma. Súmula Pediátrica. Curitiba. Editora Duca. 1991.

CARTANA, Maria do Horto Fontoura. Rede e suporte social das famílias. Florianópolis. UFSC. 1988. Dissertação (mestrado em enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.

DURHAM, Eunice R. A caminho da cidade. Editora Perspectiva. 3ª edição. 1984.

ELSEN, Ingrid, MONTICELLI, Mariza, BOEHS, Astrid E.. Mulheres falando sobre suas crenças e práticas no cuidado ao coto umbilical no recém-nascido. Revista de Enfermagem. Brasília. Vol.44M-1.p36-42. JAN/MAI. 1991.

LEÃO, Ennio. Pediatria Ambulatorial. Belo Horizonte. Imprensa Universitária. 1983. p 424.

LEININGER, Madeleine. Transcultural Nursing Concepts Theories and Pratices. New York. John Wiley & Sons. 1978.

_____. Teoria do cuidado transcultural diversidade e universalidade. Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem. 1985. Florianópolis. ANAIS... Florianópolis. Editora da UFSC. 1985 a. p.255-276.

_____. Care the essence of nursing and healt. In:Leininger, Madeleine. (ed). Care essence of nursing and health thorofare. Charles B. Slacks, 1984. Cap 1. p.3-15.

MANUAL DE TREINAMENTO. Florianópolis, 1992. Coordenadoria de Enfermagem.
Secretária de Saúde e Desenvolvimento Social.

MORLEY, David. Pediatria no mundo em desenvolvimento. São Paulo. Edições
Paulinas. 2ª edição. 1982.

SAKAE, Salete. Alimentação infantil. Texto elaborado pelo Serviço de Pediatria do
Ambulatório do Hospital Universitário. UFSC. (mimeo)

SCHMITZ, Edilza Maria R. et alli. A enfermagem em pediatria e puericultura. Rio de
Janeiro. 1989.

WHALEY, Lucelle F., WONG, Donna L. Enfermagem Pediátrica. Elementos
essenciais a intervenção efetiva. G-K. 2ª edição. 1989.

10. ANEXOS

ANEXO I

ROTEIRO CONSULTA CRIANÇA

Dados Subjetivos

I - Identificação:

Nome da Criança:

Nome dos Pais:

Endereço: Rua: n°: Bairro:

Ponto de Referência:

Religião:

II - Motivo da Consulta

III - Histórico do Problema Atual

a) Sinais e sintomas apresentados.

b) Como os mesmos se manifestaram/início.

c) Já apresentou antes? Alguém da família apresenta o mesmo?

d) Condições do apetite.

e) Características/modificações, eliminação intestinal e urinária.

f) Ingestão de líquidos (quantidade normal/modificações).

g) Atividades/comportamento (modificações).

h) Perguntas específicas ao problema.

i) Quais medidas (tratamento) que já foram tomadas? Cuidado profissional e cuidado popular.

j) Percepções a respeito do problema atual.

IV - História da Criança

a)Gestação

duração: medicamento utilizado

intercorrência: aceitação

tipo de parto/intercorrência

local

condições ao nascer: apgar:

choro: cianose.

peso

perímetro

estatura

problema na fase neonatal

b)Alimentação

aleitamento materno (até quando? Se parou, por que?)

percepções

aleitamento artificial

tipo de leite, fórmula

– outros alimentos (tipo/preparo)

número de refeições (horário e tipo)

aceitação/intolerância

líquidos (tipo/quantidade)

c)Hábitos de higiene

como é realizado o banho (forma/horário)

troca de fraldas (tempo/higienização do períneo)

luz elétrica

condições do sanitário

esgoto

destino do lixo

fornecimento de água

acesso a moradia

vizinhança

animal doméstico

insetos e roedores/conduas de controle

Dados Objetivos

I) Exame Físico

a - facies

b - aparência geral

c - pele (dor, integridade, hidratação, problema)

d - crânio = formato/fontanelas

simetria dos olhos

nariz) condições das narinas/coriza

pavilhão auditivo = implantação, sujidade, compreensão do
traques

boca = dentes, condições, laringe

pescoço = gânglios infartados se há

tórax = formato

simetria

ausculta pulmonar

ausculta cardíaca

anormalidades

abdômem = características, região umbilical, inguinal

anormalidades = hernamento

distensão

cicatrizes

nódulos

- Resultados de ausculta, palpação, percussão

genital =

grandes e pequenos lábios, clitóris, meato, intróito, perineo, quanto a higiene, integridade, anormalidades, processo infeccioso.

pênis, meato, tamanho, retratação do prepúcio, integridade, bolsa escrotal (integridade), presença de testículos.

Dorso

Características/anormalidades

Extremidades

- membros superiores

simetria

modalidade

queixas

- .. dedos-sinais de hipoxia crônica
- .. integridade/normalidade rede venosa

- membros inferiores
 - .. simetria
 - integridade/normalidade
 - queixas (ex.: dores)
 - anormalidades relacionadas à marcha e equilíbrio

- Reflexos
 - .. presença/características
 - compatível com a idade cronológica
 - (moro, babnsky, sucção, preensão, marcha)

ANEXO II

ROTEIROS DE VISITAS DOMICILIARES

Identificação

- 1) No registro do prontuário do SUS da criança
- 2) Nome da família
- 3) Número de visitas
- 4) Endereço com referência
- 5) Motivo da visita
- 6) Objetivos a serem atingidos baseado no plano da última consulta.
- 7) Dados objetivos
- 8) Dados subjetivos
- 9 A) Objetivos atingidos
- 9 B) Objetivos não atingidos

ANEXO III**SAÚDE DA CRIANÇA******* ROTEIRO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM - SISTEMA WEED *****

S - Razão da procura ao serviço

quem referiu.

AFETIVIDADE:

gravidez desejada, interação com a família, onde permanece, com quem fica, espaço para brincar, presença do pai, relacionamento com irmãos, avós, tios, etc...

HIGIENE:

freqüência, local, temperatura da água, lavagem de fraldas, utensílios, coleta de lixo, presença de insetos, roedores, destino do lixo, água usada, dejetos humanos.

ALIMENTAÇÃO:

sucção normal, fraca, aleitamento materno, freqüência, dificuldades, introdução ou não de alimentos.

ELIMINAÇÕES:

freqüência, cor, cheiro, horário.

SONO:

horário, troca o dia pela noite, posição, local, tranquilo, agitado, uso de acessórios, bico, fralda, etc...

CHORO:

Muito, pouco, normal.

BANHO DE SOL:

freqüência, local, tempo de exposição.

LAZER:

Brincadeiras, estímulos, conversas, afetividade.

O - CRESCIMENTO:

medida antropométrica, altura, PC, PT, FC, FR.

DESENVOLVIMENTO:

marcos de desenvolvimento esperados para a idade conforme caderneta de saúde.

IMUNIZAÇÃO:

situação vacinal

A - Analisar o crescimento e os demais dados, análise etc. para dar:

Orientações

Encaminhar se necessário

Garantir o retorno

Facilitar o acesso caso ocorram dúvidas ou intercorrências.