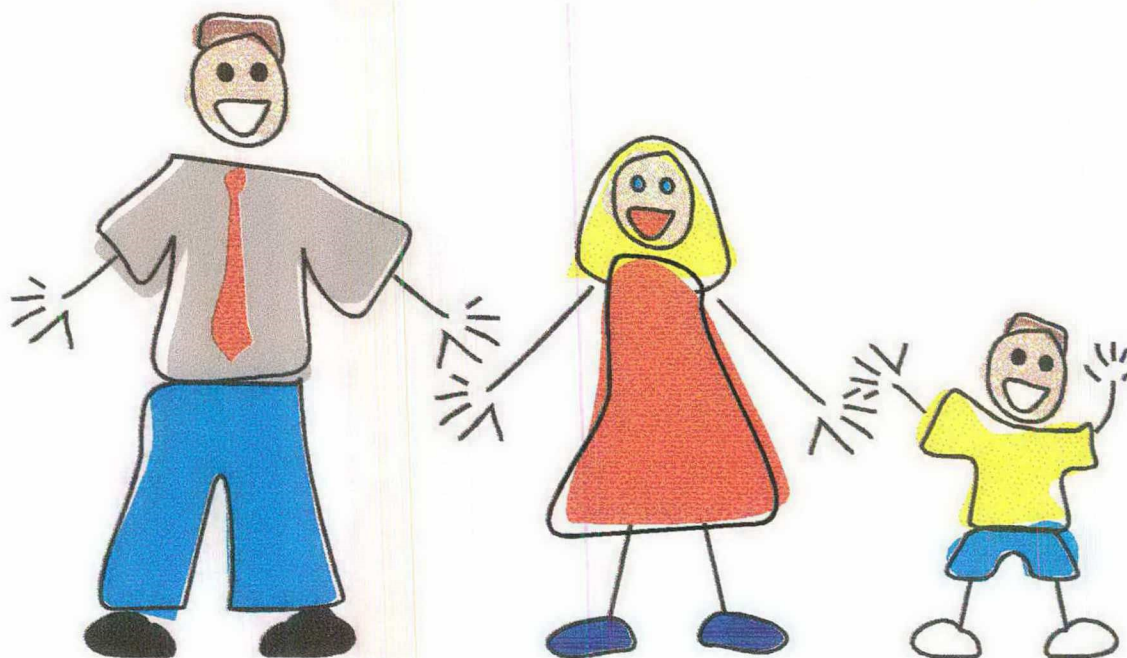


**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**EU EDUCO, VOCÊ ME EDUCA: JUNTOS EM BUSCA
DE UM CUIDADO HUMANIZADO ÀS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS E
SUAS FAMÍLIAS, INSERIDAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**

**JULIANA MOREIRA COELHO
PRISCILA JULIANA BOSCOLLO HELENO
VANESSA CRISTINA PROCHNOW**

**EU EDUCO, VOCÊ ME EDUCA: JUNTOS EM BUSCA DE UM CUIDADO
HUMANIZADO ÀS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS E SUAS FAMÍLIAS, INSERIDAS NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0291

Autor: Coelho, Juliana Mo

Título: Eu educo, você me educa : juntos



972493680

Ac. 241479

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0291

Ex.1

**Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação
em Enfermagem da UFSC, realizado na
Disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada**

**Orientadora Edilza Maria Ribeiro
Supervisora Cleusa Rosália Pacheco de Souza**

FLORIANÓPOLIS, Junho de 2001

“Quando entramos na Universidade e optamos por sermos enfermeiras certamente sabíamos que seríamos profissionais da saúde e que estaríamos envolvidas em processos que levariam o homem a ter mais qualidade de vida”.

RESUMO

O presente trabalho relata a experiência de acadêmicas, da oitava unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, num projeto de prática assistencial, no Centro de Saúde-Itacorubi, no Morro do Quilombo. Nossa prática foi realizada no período de 26 de março a 01 de junho de 2001. Definimos como objetivo desenvolver o cuidado de enfermagem, reflexivo e crítico, junto às crianças de 0 a 5 anos e suas famílias, num Centro de Saúde do Município de Florianópolis que agregava condições como: ter implantado a Estratégia da Saúde da Família(PSF), o Programa Capital Criança e estar incorporado ao Distrito Docente Assistencial. Como marco teórico utilizamos o referencial do educador Paulo Freire o qual nos possibilitou trabalhar a questão da educação e saúde em nossa prática através de um processo participativo e de conscientização. Buscamos então junto às famílias da comunidade o desvelamento da realidade, possibilitando alternativas viáveis para os problemas detectados, uma vez que essas famílias vivem num contexto social de risco, ou seja, cujos chefes de família são desempregados e envolvidos com uso de álcool/drogas e suas companheiras são responsáveis pelo sustento da família. Nossa principal atuação deu-se através de consultas de enfermagem à criança, visitas domiciliares, participações em reuniões educativas e entregas de cestas nutricionais. Buscamos também conhecer como as famílias da comunidade definem qualidade de vida e quais as mudanças ocorridas com a implantação do PSF. As famílias vincularam qualidade de vida principalmente com ter saúde, alimentação, moradia e banheiro. O PSF permanece pouco conhecido pela clientela. Sentimo-nos engajadas nos programas assistenciais desenvolvidos no Centro de Saúde do Itacorubi o que ampliou muito nossos conhecimentos referentes às práticas assistenciais. Vivenciar a realidade da saúde e do cotidiano das crianças e suas famílias com as quais trabalhamos foi de grande importância, pois nos permitiu uma maior aproximação do contexto sócio/econômico e cultural das mesmas. Percebemos que o desenvolvimento deste trabalho enriqueceu, em muito a nossa formação acadêmica, de enfermagem; acreditamos que estabelecemos laços interativos, baseados no respeito e no desejo de que as famílias ampliassem seus recursos de aprendizagem e mudança .

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, em sua infinita bondade e generosidade agradecemos humildemente pela nossa vida e pelas nossas conquistas.

À **nossa orientadora Edilza**, pela amizade, confiança, estímulo e tranquilidade presente durante a orientação deste trabalho.

À **nossa supervisora Cleusa**, pela confiança depositada em nosso trabalho ao nos tratar como colegas de profissão. Pela sua disponibilidade e seu exemplo de participação e luta em busca da integralidade da assistência.

À **Ivonete nosso terceiro membro da banca**, por participar de nossa banca examinadora e por proporcionar com suas contribuições o crescimento de nosso trabalho.

Aos **agentes comunitários de saúde**, pela receptividade e coleguismo, que facilitou a realização de nossas atividades em campo de estágio.

Às **crianças e suas famílias**, que foram fundamentais na realização deste trabalho.

Às **amigas Beatriz, Michele e Renata**, que nos proporcionaram momentos de descontração e estiveram dispostas a nos escutar e nos ajudar quando possível.

A **Todos**, que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.

Ao meu pai Rogério,

Um pai atencioso e companheiro de todas as horas. Obrigada pela sua presença em minha vida. Te amo Jú.

À minha mãe Idalécia,

A minha “pequeninha” que é um exemplo de força, minha melhor amiga, companheira de choros e risadas. Te amo.

Ao meu namorado,

Por ter encontrado no momento certo a pessoa certa. Obrigado por ser essa pessoa tão “Bruno” que me completa em todos os sentidos. Te amo Jú.

À Tia Rute,

Pela força e carinho presentes em todos os momentos desta minha caminhada. Obrigada.

À Leyla

Que mesmo estando longe, continua sendo a minha grande amiga.

À Rê, Jé, Nina,

As meninas com quem fiz minhas melhores festas durante minha vida acadêmica. Amo vocês.

À Van e à Pri,

Obrigada, acho que no final deu tudo certo. Boa sorte enfermeiras.

Ao Félix,

Meu amiguinho a tua vida é uma dádiva. Obrigado por existir. Te amo Jú.

Juliana

Aos meus pais Rosa e Jorge,

Por terem me dado o maior presente do mundo, a vida. Pelo carinho, confiança e incentivos dados durante todos os anos de minha existência. Sei que mesmo longe, sempre estiveram presentes. Amo vocês!

Aos meus irmãos Ricardo, Rodrigo e Gabriela,

Pelo carinho, força e por nossa amizade. Amo vocês!

Às amigas Beatriz, Jéssica, Juliana, Michele, Renata e Vanessa.

Por todos esses anos de convivência, mesmo com nossas diferenças descobrimos que podemos ser grandes amigas. Agradeço também pelos momentos de alegria, jamais esquecerei vocês, as superpoderosas. Adoro vocês!

Às amigas de Tabatinga Chrys, Cris, Mi, Neiva e Vânia,

Pela nossa eterna amizade!

Aos amigos José Augusto (Zé), Félix (Fé) e Alexsandro (Alex),

Pelos momentos de descontração e pela amizade de vocês. Adoro vocês!

A Carlos Jorge, Rute, Bruno e Henrique,

Sei o quanto foram fundamentais para a realização do nosso trabalho, a vocês o meu agradecimento. Muito Obrigada!

A Ju e Van,

Trabalhar com vocês foi maravilhoso, acredito que o fato de sermos diferentes foi o que nos fez crescer, adorei estar esse tempo tão perto de vocês!!

A Greice, Jairo, Idalécia, Rogério e Mara,

Por terem me acolhido durante os quatro anos de faculdade, muito obrigada pelo cantinho e pelo carinho!!

Priscila

Aos meus pais, Verônica e Erich,

Que mesmo à distância estiveram presentes durante toda a minha vida universitária, me apoiando e me incentivando com seu amor incondicional. Obrigada por tudo. Amo Vocês!

Aos irmãos Toni e André,

Pelo companheirismo, por me aturarem nos momentos de mau humor e por fazerem parte da minha vida. Amo Vocês!

À tia Genita,

Por estar sempre preocupada com o meu bem estar e pronta para me ajudar quando necessário. Você é minha segunda mãe!

À toda minha família,

Pelo apoio, pela confiança depositada em meu potencial e pelo carinho com que sempre me acolheram.

Às colegas de trabalho Priscila e Juliana,

Pela parceria e pelo companheirismo. Por todos os momentos que vivemos juntas no decorrer desse trabalho e pela amizade que com certeza ficou. Valeu! Vou sentir saudades!

À minha amiga Simone,

Pelos anos de convivência, por me ajudar a superar a saudade, os medos e as “neuroses”. Você é a minha irmã querida!

Às amigas Beatriz, Michele e Josimary

Pela amizade construída e cultivada durante todo o curso. Por me ouvirem, me aconselharem e ajudarem a superar minhas limitações. Vocês foram fundamentais para eu chegar até aqui. Adoro vocês!

Ao namorado,

Pelo apoio, ao compreender meus momentos de cansaço, de irritação e de ausência. Por me ajudar na finalização desse trabalho e por fazer parte dessa etapa de minha, me dando atenção e muito carinho.

Vanessa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Objetivos.....	12
1.1.1 Objetivo geral.....	12
1.1.2 Objetivos específicos.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 Encontrando a criança.....	14
2.2 Desnutrição.....	16
2.3 Verminoses.....	17
2.4 Sistema Único de Saúde (SUS).....	21
2.5 Estratégia de Saúde da Família (PSF) e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS).....	24
2.6 Programa Capital Criança.....	28
2.7 Distrito Docente Assistencial (DDA).....	30
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	32
3.1 O autor Paulo Freire.....	32
3.2 Principais conceitos de Paulo Freire.....	33
3.3 O método de educação de Paulo Freire.....	35
3.4 Outros conceitos utilizados.....	36
4 METODOLOGIA.....	38
4.1 Caracterizando o bairro onde ocorreu a prática assistencial.....	38
4.2 Local de atuação.....	39
4.3 População alvo.....	40
4.4 Metodologia da assistência.....	41
4.5 Plano de ação.....	42
4.6 Análise e interpretação dos dados da pesquisa.....	44

4.7 Cronograma.....	45
5 RELATO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL.....	46
5.1 Objetivo 1: reconhecer o atendimento de crianças de 0 a 5 anos e suas famílias.....	46
5.1.1 Estratégias e resultados.....	46
5.1.2 Analisando o alcance do objetivo proposto.....	54
5.2 Objetivo 2: implementar a integralidade das ações previstas pelo SUS/PSF e Programa Capital Criança.....	54
5.2.1 Estratégias e resultados.....	54
5.2.2 Analisando o alcance do objetivo proposto.....	68
5.3 Objetivo 3: identificar como as famílias definem qualidade de vida e mudanças na qualidade de vida decorrente da implantação do PSF.....	69
5.3.1 Estratégias e resultados.....	69
5.3.2 Analisando o alcance do objetivo proposto.....	74
5.4 Objetivo 4: incentivar e participar da capacitação dos agentes comunitários de saúde.....	74
5.4.1 Estratégias e resultados.....	74
5.4.2 Analisando o alcance do objetivo proposto.....	76
5.5 Objetivo 5: buscar aprimoramento profissional.....	76
5.5.1 Estratégias e resultados.....	76
5.5.2 Analisando o alcance do objetivo proposto.....	78
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
8 ANEXOS.....	88

1 INTRODUÇÃO

Somos acadêmicas da oitava unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, a qual requisita uma proposta de prática assistencial. Nos propusemos então, desenvolver nossa proposta junto a crianças de 0 a 5 anos e suas famílias, no Centro de Saúde - Itacorubi, na comunidade deste mesmo bairro, mais especificamente no Morro do Quilombo, que é considerado uma micro área integrada a Estratégia de Saúde da Família (PSF) do bairro.

A motivação para desenvolver esta prática, enfocando a criança e sua família surgiu quando cursávamos a quarta unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem e realizamos o estágio no Centro de Saúde. A idéia foi reforçada ao passarmos novamente pelo CS, no estágio de administração em enfermagem. Sem dúvida identificamo-nos com a dinâmica da saúde pública, a qual despertou em nós especial interesse com relação a clientela de 0 a 5 anos.

A criança de 0 a 5 anos de idade requer atenção especial da família, dos profissionais de saúde e afins, por estar em fase de crescimento e desenvolvendo no plano intelectual, social, e afetivo. E por ser um indivíduo susceptível a enfermidades. Esses desenvolvimentos estão estreitamente ligados uns aos outros, recebendo influências em comum. Ainda, a criança necessita de um permanente investimento, pois é um elemento de renovação da sociedade, e o fato de existir um grande volume de massas empobrecidas faz com que a criança continue a representar um fator de risco.

Consideramos ainda que nosso tempo de permanência em campos de estágio de saúde pública não foi suficiente para que pudéssemos aprender a integralidade da assistência e participar da dinâmica do trabalho dos profissionais. Assim, para que pudéssemos conhecer as reais situações da comunidade, praticar o cuidado em saúde pública, participar da atuação profissional interdisciplinar, buscamos retornar ao Centro de Saúde - Itacorubi e vivenciar a cotidianidade.

Escolhemos esse local pelo fato do mesmo oferecer a oportunidade de trabalhar com a Estratégia de Saúde da Família (PSF). O CS também aplica outro programa municipal de saúde, voltado ao atendimento de mulheres e crianças, denominado Capital Criança, além de estar integrado ao Programa Docente Assistencial (DDA) , constituindo-se motivações adicionais para efetuarmos nossa escolha de campo de prática.

Para desenvolver nosso trabalho na comunidade, buscamos o referencial teórico de Paulo Freire, cujos pressupostos teóricos subsidiaram a nossa prática assistencial. Optamos por esse referencial por acreditarmos que a educação em saúde ao ser humano e sua família é a essência da enfermagem em saúde pública.

Sem dúvida a ação comunitária, tem como ponto de partida o interesse do universitário que deve, acima de tudo, operar mudanças benéficas na sociedade. Dessa forma, esperamos não só contribuir, através do nosso trabalho, com ações transformadoras, mas também, através do relato da experiência, oferecer subsídios para a possível continuação deste trabalho.

1.1 Objetivos

Constituíram-se objetivos deste trabalho:

1.1.1 Objetivo geral:

Desenvolver o cuidado de enfermagem, reflexivo e crítico, junto à criança de 0 a 5 anos e suas famílias, no contexto da Estratégia da Saúde da Família e do Programa Capital Criança, de um Centro de Saúde do município de Florianópolis.

1.1.2 Objetivos específicos:

1.1.2.1 Reconhecer o atendimento de crianças de 0 a 5 anos e suas famílias enquanto cuidadoras das crianças num Centro de Saúde com PSF;

1.1.2.2 Implementar no cuidado em saúde da criança e família, a integralidade das ações previstas pelo SUS/ PSF e Programa Capital Criança, numa perspectiva de participação, interdisciplinariedade e transformação da realidade

1.1.2.3 Identificar como as famílias atendidas num PSF se definem como famílias, visão sobre qualidade de vida e mudanças na qualidade de vida decorrentes da implantação do PSF;

1.1.2.4 Incentivar e participar da capacitação dos agentes comunitários de saúde;

1.1.2.5 Buscar aprimoramento profissional.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo abordamos questões de saúde relacionadas ao nosso cliente ou a criança de 0 a 5 anos, e também questões das políticas públicas e programas nos quais estivemos atuando ou o SUS, PSF/PACS, DDA, Programa Capital Criança.

2.1 Encontrando a Criança

O desenvolvimento é a característica primordial da criança que cresce, se modifica e se afirma como indivíduo. Ao atender suas necessidades essenciais, dia a dia, se garante seu crescimento e desenvolvimento harmonioso e se prepara a criança para o futuro. O desenvolvimento significa também saúde. Não pode haver crescimento nem desenvolvimento satisfatório se a saúde da criança está afetada por problemas crônicos, como a desnutrição.

Para o pleno desenvolvimento as crianças necessitam, além da saúde, de amor e segurança, novas experiências, estímulos e de responsabilidades que gradativamente devam cumprir desde o início de sua infância.

“Na América Latina, um número importante de menores de cinco anos estão crescendo em condições sanitárias, culturais e sociais absolutamente deficientes e por isto não alcançarão seu desenvolvimento integral. As suas oportunidades de desenvolver-se são poucas porque vivem em áreas demasiado povoadas, com pouco espaço para jogar, ficam

Para evitar que estas crianças passem a integrar os grupos de extrema pobreza de seus países, o que constituem um grave impedimento para o progresso, é fundamental concentrar esforços em esgotar todos mecanismos que permitam entregar-lhes oportunamente, não só os conhecimentos necessários para conservar a saúde, sendo o estímulo necessário para desenvolver todo seu potencial genético.

Ainda na pobreza se pode melhorar a saúde, aprendendo a usar melhor os alimentos disponíveis, eliminar os insetos daninhos, tratar infecções comuns sem medicamentos caros ou ajudar a adquirir experiências variadas através de jogos e estimulação” (STEFANE, 1985).

Pais, educadores, profissionais de saúde e autoridades devem trabalhar para que as crianças alcancem a boa saúde geral e para seu desenvolvimento integral.

A infância é feita de uma sucessão de etapas de desenvolvimento, cada uma com suas particularidades. O desenvolvimento é um fenômeno contínuo: cada etapa prepara a seguinte, embora os limites que as separam sejam vagos. É também um processo global, onde a criança cresce, incorpora e se desenvolve no plano intelectual, social e afetivo.

A harmonia do desenvolvimento de todos esses componentes é tão importante quanto a aquisição de tantos centímetros a mais em tal e tal idade. É mais importante o equilíbrio do desenvolvimento global do que o desenvolvimento de um só componente.

Cada criança é única. O esquema do desenvolvimento comporta-se de maneira diferente, por causa das diferenças de caráter das possibilidades físicas, do ambiente familiar.

Os seis primeiros anos da vida são a etapa importante na qual a criança descobre o mundo que a rodeia, adquire as experiências básicas e elabora valores de referência. Este conjunto de noções orienta seu comportamento e atitude, permitindo-lhe formar sua personalidade e sua imagem guia para o seu futuro. A enfermeira(o) deve basear as atividades de educação para a saúde da criança e conhecimento do meio desta criança (STEFANE, 1985).

Na comunidade que assistimos vimos que dois quadros clínicos, afetaram particularmente a saúde das crianças, a desnutrição e a verminose. Por isso faremos uma revisão teórica desses temas.

2.2 Desnutrição

A desnutrição, em seu sentido mais restrito, geralmente é utilizado para descrever a subnutrição, que resulta principalmente da ingestão calórica insuficiente. A fome é um dos problemas de saúde mais graves e freqüentes no mundo. Os índices de mortalidade e morbidade infantis confirmam a severidade desse problema nos países subdesenvolvidos.

O diagnóstico deve ser fundamentado no histórico e exame físico. No histórico, devem ser observados fatores de risco social (baixo nível sócio-econômico, desagregação familiar, síndrome da privação social, negligência/maus tratos, peso ao nascimento, entre outros) e patologias associadas. Igualmente importante, é a avaliação do aporte nutricional, através do inquérito alimentar. Antropometria: peso, altura. Colocação e avaliação do peso e estatura no gráfico de crescimento National Center of Health Statistics (NCHS).

São duas as formas de desnutrição, a primária mais comum em países pobres que equivale a oferta inadequada de alimentos, e a secundária que se refere ao aproveitamento inadequado do alimento devido a distúrbios físicos (Waley, 1989, p.37 e 228).

As manifestações da desnutrição proteica-calórica (DPC) podem ser agrupadas em: *Universais*, que são as presentes em todos os desnutridos, de natureza bioquímica, os quais levam a uma desaceleração, interrupção ou involução do crescimento. *Circunstanciais*, são de natureza clínica e se combinam de diversas maneiras, dando os diferentes quadros clínicos, com 2 extremos definidos: o marasmo e o Kwashiorkor. O kwashiorkor, corresponde a uma deficiência protéica com suprimento adequado de calorias. É mais freqüente no pré-escolar. Se caracteriza por edema clínico, lesões de pele e cabelo, esteatose hepática, hipoalbuminemia, tecido celular subcutâneo ainda presente e freqüentemente diarreia. O quadro clínico de uma criança com kwashiorkor é: aspecto geral de extrema miséria, apatia mental, nunca sorri, choraminga, posição preferencial é encolhido, coberto e na escuridão, apresenta grande emagrecimento e lesões de pele como

eritema, descamação, escaras, xerose, entre outros. O marasmo, resulta da má nutrição, generalizada, tanto de calorias como de proteínas. Ocorre mais com frequência no lactente que apresenta intenso emagrecimento, aspecto de faminto, olhar vivo, irrequieto, choro forte e contínuo, fâcies senil. *Agregadas*, podem depender de uma doença primária que provocou a desnutrição e das complicações da desnutrição (MURAHOVSKI, 1998 p.125).

As conseqüências da desnutrição implicam em intercorrências que comprometem a utilização biológica de energia e proteínas, principalmente por doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas e doenças típicas da infância. O cérebro também sofre comprometimento, pois a desnutrição provoca uma redução persistente do tamanho do cérebro e do número de células cerebrais. A síntese do DNA encontra-se muito mais diminuída do que o grau de redução do número de células cerebrais, indicando transtorno do ciclo da divisão celular. Nota-se também transtornos no desenvolvimento dos sistemas neurotransmissores, que são compostos químicos que transmitem mensagens de uma célula nervosa para outra. O quadro de desnutrição em idades precoces conduz a várias anormalidades no desenvolvimento cerebral, mas a maioria dessas alterações são reversíveis, exceto pela redução do número de células cerebrais. As crianças que tiveram desnutrição proteico-energética grave durante seu primeiro ano de vida mostraram posteriormente distúrbios no rendimento escolar (NETO, 1996, p.78).

O tratamento da DPC inclui o fornecimento de uma dieta rica em proteínas de alto valor e/ou carboidratos, vitaminas e sais minerais. O desequilíbrio eletrolítico requer atenção imediata e, inicialmente, pode ser necessária a reposição parenteral de líquidos, a fim de corrigir a desidratação e restaurar a função renal. Os problemas concomitantes, como infecção, diarreia, infecção parasitária e anemia, necessitam de intervenção imediata para uma melhor recuperação (Whaley, 1989, p.229).

2.3 Verminoses

Há milhares de anos já existiam notícias sobre parasitas intestinais ou verminoses no homem. Na antiga Grécia descreveram-se ancilostomoses e ascaridíases. Apesar de não ser

prerrogativa dos meios sociais baixos, é nestas classes econômicas que encontramos a maior prevalência de verminoses (NÓBREGA, 1987. p.911).

As más condições higiênicas, condições sanitárias inadequadas com ausência de água e esgotos tratados, são claramente o pano de fundo para as parasitoses. A educação sanitária inadequada perpetua e agrava os ciclos evolutivos dos parasitas, levando o ser humano a entrar em contato cada vez mais com as patologias evitáveis. As más condições nutricionais e higiênicas favorecem o aparecimento de sintomas específicos e infestações maciças.

A sintomatologia em geral é inespecífica, geralmente ligada ao aparelho gastrointestinal- vômitos, diarreia, dores abdominais, obstipação intestinal, alteração de apetite e picas são sintomas geralmente considerados como características de verminoses. Outros sinais e sintomas que podem aparecer são alterações neurológicas, palidez e anemia. Apesar de que, raramente, as verminoses causam casos graves, a existência de um estado nutricional inadequado ou más condições de saúde prévia podem levar a quadros clínicos graves e de difícil solução. A prevenção através de cuidados higiênicos, educação e saneamento são fatores essenciais para o rompimento do círculo vicioso das verminoses.

Segundo WHALEY & WONG (1989), as responsabilidades da enfermagem relacionadas às infecções por vermes visam a: (1) identificação do parasita, (2) tratamento da infecção e (3) prevenção de infecção inicial e reinfecção. A identificação do agente causal é realizada por meios de exames laboratoriais de matérias contendo o verme, sua larva ou ovo embrionado. A maioria é identificada pelo exame de esfregaços fecais a partir das fezes de pessoas suspeitas de abrigarem o parasita.

As infecções comuns causadas por vermes são:

- *Tricuríase* : causada por *Trichuris trichiura*, manifestam-se em infecções leves onde são assintomáticas e infecções grandes manifestada por dor e distensão abdominal, diarreia e ovos em esfregaços fecais. É transmitida pelo solo, vegetais, brinquedos e outros objetos contaminados. São mais freqüente em climas quentes e úmidos, ocorre mais comumente em crianças desnutridas que vivem em condições de insalubridade. O tratamento é feito com Mebendazol por 3 dias.

- **Ancilostomíase:** causada por *Necator americanus*, em infecções leves em indivíduos bem nutridos não há nenhum problema, nas infecções maiores há anemia leve a severa, desnutrição, pode haver prurido e queimação (“coceira da terra”), seguidos de eritema e erupção papular na área anal. Presença de ovos em esfregaços fecais e hemocultura positiva em infecções grandes. O homem inicia a fase extrínscica liberando ovos no solo e, por sua vez, contrai a infecção pelo contato direto da pele com o solo contaminado. Sua prevenção se dá através da eliminação sanitária adequada das excreções humanas, calçar sapatos torna-se proveitoso, embora quando as crianças brincam em solo contaminado expõem muitas áreas da pele. O tratamento é feito com Hidroxinaftoato de befêmio ; Tetracloroetileno e Pamoato de pirantel, todos dose única.

- **Estrongiloidíase:** causada por *Strongyloides stercoralis*, em infecções leves é assintomática e em infecções grandes presença sinais e sintomas respiratórios, dor e distensão abdominal, náusea e vômito, diarréia- fezes volumosas e pálidas, amiúde com muco. Presença de larvas nas fezes e aspirado duodenal, às vezes no escarro. Sua transmissão se dá igual ao Helminto citado acima , exceto que a auto- infecção é comum. Crianças maiores e adultos afetados são afetados mais freqüentemente que crianças pequenas, as infecções graves podem levar a deficiências nutricionais graves. O tratamento é feito com Tiabendzol por 2 dias.

- **Triquinose:** causada por *Trichinella spiralis*, são infecções inespecíficas e generalizadas, apresenta gastroenterite durante a fase invasiva, mais tarde miosite, edema periorbital, dispnéia, febre, linfonodos aumentados e eosinofilia. É importante ficar atento a história de ingestão de porco mal cozida. O diagnóstico é feito através de biópsia de músculo. É transmitida pela carne de animais infectados (porco). A sua prevenção se dá através do cozimento adequado da carne, geralmente de porco. Raramente afeta lactentes e crianças pequenas, é mais comum na Europa e América do Norte. Seu tratamento se dá através de Corticosteróides para os sintomas, Tiabendazol mata os vermes nos intestinos sem nenhum efeito e feito sobre as larvas nos músculos. Não há tratamento para o comprometimento muscular.

- *Ascariíase (lombriga comum)*: causada por *Ascaris lumbricoides*, quando a infecção é leve apresenta-se de forma assintomática e quando a infecção é grande apresenta anorexia, irritabilidade, nervosismo, abdome aumentado, perda de peso, febre e cólica intestinal. Nas infecções graves pode ocorrer obstrução intestinal, apendicite, perfuração do intestino com peritonite, icterícia obstrutiva e comprometimento pulmonar-pneumonite. É diagnosticado através de exame microscópico das fezes à procura de ovos e parasitas. Sua transmissão se dá pela boca por meio de alimento, dedos, brinquedos e outros objetos contaminados. Para sua prevenção é necessário saneamento da comunidade. Atinge principalmente crianças pequenas de 1 a 4 anos de idade. Sua incidência prevalece em climas quentes e sua reinfecção é a regra. Seu tratamento se dá através de Pamoato de pirantel, dose única; Citrato de piperazina (inúmeras preparações por dia) por dois dias; Mebendazol por três dias.

- *Enterobíase (oxiuríase)*: causada por *Enterobius vermicularis*, Apresenta prurido intenso da área perianal, não há reação sistêmica, raramente apendicite. Para seu diagnóstico é feito o exame microscópico de *swabs* perianais. Sua transmissão se dá pela boca, pelos dedos depois de coçar-se ou por pijamas, roupas íntimas, lençóis ou outros objetos contaminados, pode-se respirar e ingerir ovos presentes no ar. A prevenção se dá a partir de medidas de higiene. Às vezes outros familiares são tratados junto com a criança atingida. Seu tratamento se dá através de Pamoato de pirvínio em dose única; Citrato de piperazina por oito dias ; Pamoato de pirantel e Mebendazol.

- *Giardiíase*: causada por *Giardia lamblia* , na fase aguda manifesta-se com diarreia explosiva, líquida e fétida; distensão abdominal acentuada, flatos e eructações fétidos, náusea, anorexia, vômitos, fadiga e cólicas epigástricas. Na fase crônica apresenta episódios breves e periódicos de evacuações de fezes amolecidas e fétidas, crescimento muito prejudicado e fadiga. Para seu diagnóstico é feito pesquisa de parasitas nas fezes com teste de flutuação com zinco- sulfato e exame do líquido duodenal. É transmitido pela água, por isso sua prevenção se dá através de níveis elevados de cloro para a destruição, a filtração da água é o melhor método de purificação e em situações de risco a água deve ser fervida por dez minutos ou purificada. Para seu tratamento é utilizado Hidroclorato de quinacrina por sete dias; Metrinidazol por sete a dez dias; Furazolidona por sete dias.

• *Toxocaríase Intestinal (larva migrans visceral)*: causada por *Toxocara canis* ou *Toxocara cati*, sua manifestação depende da reatividade do indivíduo afetado, pode ser assintomática exceto por eosinofilia. Diagnóstico específico e sua detecção no ser humano é difícil, é feita apenas através de biópsia dos órgãos. Suspeita-se por eosinofilia e títulos elevados de isoaglutinina. É transmitido por contaminação direta das mãos através do contato com o cão, gato ou objeto e ingestão de terra contaminadas. A prevenção se dá através de tratamento periódico de cães e gatos diagnosticados, devem-se manter cães e gatos afastados das áreas onde as crianças brincam; caixas de areias são áreas especialmente importantes de transmissão. Não se conhece qualquer tratamento específico à doença.

A função mais importante da enfermeira em relação a esses parasitas é a educação preventiva das crianças e famílias a respeito da boa higiene e hábitos de saúde. Deve-se enfatizar a importância da lavagem completa das mãos antes de comer ou segurar alimentos, depois de usar o banheiro, ou antes de colocar os dedos na boca. As crianças e pais devem ser aconselhados acerca da lavagem dos alimentos que provêm ou estiveram perto do solo, como frutas e verduras crus, ou que caíram no chão. As crianças devem ser desestimuladas a roer as unhas ou coçar a área anal nua.

2.4 Sistema Único de Saúde (SUS)

É uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988 baseado nas propostas da 8ª Conferência nacional de Saúde realizada em 1986. Com a promulgação da nova Constituição em 1989 e sua complementação com a Lei Orgânica da Saúde em 1990, compôs-se então um arcabouço jurídico bastante avançado, contemplando todas as principais diretrizes do que deveria ser a base legal do SUS.

É considerado um sistema único porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo Território Nacional, sob a responsabilidade das três esferas do Governo: *Federal*, o qual lidera o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e é responsável pela formulação, coordenação e controle da política nacional de saúde. *Estadual*, que coordena as ações da saúde do estado, elabora o Plano

Estadual de Saúde, corrigi distorções existentes, induz os municípios ao desenvolvimento das ações, controla, avalia e executa apenas as ações que os municípios não forem capazes de executar. *Municipal*, o qual programa, executa e avalia as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Distrito sanitário, 1994). Assim o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum.

O conceito de saúde definido pela 8ª conferência Nacional de saúde é basilar para se entender as diretrizes do SUS, pois sintetiza o pensamento do movimento sanitário: “Em sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e o acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1987).

As diretrizes oficiais explicitam os seguintes conceitos: *Universalidade*, garantia de acesso de toda e qualquer pessoa a todo e qualquer serviço de saúde, seja ele público ou contratado pelo Poder Público. *Equidade*, garantia de acesso de qualquer pessoa em igualdade de condições aos diferentes níveis de complexidade do sistema, de acordo com a necessidade que o caso requeira. Assim como a garantia de que as ações coletivas serão dirigidas por prioridades ampla e publicamente reconhecidas. *Integralidade*, refere-se tanto ao homem quanto ao sistema de saúde, reconhecendo-se que cada qual se constitui numa totalidade. Assim, cada pessoa constitui um todo indivisível e membro de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da mesma forma se constituem em um todo, não podendo ser compartimentalizadas; as unidades constitutivas do sistema configuram também um todo indivisível, capaz de prestar assistência integral. *Regionalização e hierarquização*, os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade crescentes, tanto a nível ambulatorial e hospitalar, dispostos numa área geográfica delimitada e com definição a ser atendida, com acesso a todo tipo de tecnologia disponível. *Resolutividade*, é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência. *Descentralização*, é entendida como uma redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários

níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada mais chance haverá de acerto, com isso reforçando também o poder Municipal sobre a saúde, que é o que se chama municipalização da saúde. *Participação dos cidadãos*, é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis, desde o federal até o local. *Complementaridade do setor privado*, a Constituição define que quando for necessário, é possível contratar serviços privados, por insuficiência do setor público (Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dos princípios e Diretrizes)./

A questão dos recursos humanos na implementação das diretrizes do SUS, desempenha um papel central, pois o atual modelo apresenta um descompasso entre a teoria e a prática. É necessário que os profissionais estejam dispostos a trabalhar em equipes multiprofissionais, tenham um profundo conhecimento de todos os determinantes sociais, econômicos, biológicos, psicológicos, ecológicos e culturais que definem o perfil epidemiológico da população, bem como um conhecimento sobre as estratégias de intervenção.

No Brasil, o problema dos recursos humanos não se restringe à formação. É na administração de tais recursos que se encontram os problemas mais sérios. Muitos recrutamentos ainda são feitos com critérios clientelísticos e influências políticas. Inexistem planos de cargo e salários unificados, as diferenças salariais são acentuadas e a distribuição de profissionais pelo país ainda é dispar, deixando várias regiões sem assistência.

A criação de um incentivo concreto para dedicação exclusiva ao serviço público de saúde, a união multiprofissional em trabalho de equipe e a participação do estado no cuidado com a saúde da população são requisitos importantes para o enfrentamento dos problemas encontrados na implementação prática das diretrizes do SUS.

2.5 Estratégia de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

O PSF é a estratégia prioritária das políticas públicas do Ministério da Saúde. Segue os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), portanto constitui-se como uma estratégia fundamental ao nível de atenção primária que é o pilar mais importante do SUS.

A Estratégia de Saúde da Família é uma estratégia de trabalho que tem como princípio a vigilância à saúde, apresenta uma característica de atuação inter e multidisciplinar e visa transformar o modelo de cuidado em saúde praticado na rede básica tradicional. O PSF visa melhorar o estado de saúde da população através de uma assistência voltada para a comunidade, buscando a promoção e a proteção da saúde até a identificação precoce e tratamento das doenças.

O objetivo do PSF é responder a demanda espontânea de forma contínua e racionalizada; dar ênfase na integralidade da assistência; tratar o indivíduo como um sujeito integrado à família, ao domicílio e a comunidade; otimizar a capacidade de resolver os problemas de saúde; promover a ação intersetorial; propiciar a vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade; otimizar a relação custo-benefício.

Antecedendo o PSF, foi institucionalizado no Brasil entre 1991 e 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado inicialmente nas regiões norte, nordeste e centroeste do país, com a finalidade de redução dos problemas de morbimortalidade da população e reorganização dos serviços públicos destas regiões. Os agentes comunitários de saúde (ACS) foram percebidos pelo Ministério com peça importante para a organização do serviço básico de saúde dos municípios pela sua atuação como elo de ligação entre comunidade e unidade de saúde e, atividade de mobilização da população para o cuidado da saúde, em atividades básicas de promoção e prevenção. O PACS consolidou-se em 1994 e impulsionou a formulação do PSF, hoje também nomeado como Estratégia de Saúde da Família (Relatório I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família, 1999).

O PACS se constituiu num instrumento de (re) organização do SUS, tanto pelo grau de articulação que desenvolveu com os diferentes níveis do sistema (estadual e municipal),

como pelo papel desempenhado pelos atores principais do programa, os agentes e comunidade (Corso & Schwerz, 1999).

Desde 1996, o PSF começa a ter uma melhor integração com o PACS o que aponta então para a fusão dos dois programas. O trabalho dos agentes comunitários em conjunto com os profissionais do PSF, já nos primeiros quatro anos de implantação da estratégia (PSF) reduziu a mortalidade infantil para 43%, o que mostrou que é possível melhorar com ações relativamente simples, ações de promoção, de educação, informação, ações de imunização, de saneamento e de combate a desnutrição.

O governo federal repassou em 1999, a 5.280 municípios brasileiros, através de seus programas prioritários em Atenção Básica de Saúde (ABS) : PACS e PSF, Combate a Carências Nutricionais (PCCN), Assistência Farmacêutica e Ações de Vigilância Sanitária, 2,5 bilhões, estimando-se uma cobertura de 92% pelo PAB, da população brasileira e um crescimento de 40% em relação os valores de 1996. No ano 2000 os recursos destinados somente ao PSF foram da ordem de R\$ 680 milhões, experimentando significativa ampliação e valorização. Tais investimentos apontam para as prioridades filosóficas/ econômicas da política governamental do setor saúde no país ou seja o SUS (Anais Reunião Técnica dos Pólos, 2000, p. 9-12).

Em finais do ano 2000 o Ministério da Saúde concretiza metas como a de produzir um contingente expressivo de trabalhadores de saúde para incorporar às equipes de Saúde da Família espalhadas por todo o país, atingindo um total de 10.500 equipes e aponta o ano 2002 como o do alcance de 20.000 equipes, prevendo uma cobertura populacional de 80 milhões de pessoas. O Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) alcançou no ano 2.000 um total de 145.000 agentes, ultrapassando a meta prevista para o ano de 2001 (Anais Reunião Técnica dos Pólos, 2000).

O PSF tem como características principais superar a fragmentação dos cuidados à saúde decorrentes da divisão social e da divisão técnica do trabalho em saúde; eleger a família e seu espaço social como núcleo básico central da abordagem no atendimento à saúde; humanizar as práticas de saúde e buscar a satisfação do usuário através do estreito relacionamento da equipe com a comunidade e do estímulo à organização comunitária para o exercício efetivo do controle social. Representa, assim, uma mudança substantiva no

sentido da vigilância à saúde, onde se espera um olhar multiprofissional e uma prática multisetorial.

O PSF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, famílias do recém-nascidos ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral ou contínua. Esta estratégia está estruturada a partir de uma unidade de saúde com equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por uma determinada população, a ela vinculada, onde desenvolve suas ações. A unidade de saúde da família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada a rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e seja assegurado a referência e contra referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerido maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.

Segundo Ministério da Saúde em sua publicação (Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, 1997), “uma equipe de saúde da família deve estar preparada para:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, através do cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo de processo saúde/doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma continuada e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio, e no acompanhamento ou atendimento nos serviços de saúde de referência ambulatorial ou hospitalar
- desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados"

Assim os princípios filosóficos do PSF apontam direções e permitem diagnósticos sobre as pautas de conduta dos profissionais da saúde. Os profissionais precisam assumir

uma nova ética na prestação dos serviços. Devem estar conscientes e comprometidos com mudança da realidade social da sua comunidade / população residente na área de abrangência das suas unidades de saúde; devem centrar sua atenção na família; devem ter vínculos com sua clientela; integrar suas ações, priorizar a promoção da saúde e prevenção de seus agravos orientando-se pela vigilância em saúde e prioridades apontadas pelos programas oficiais de saúde como o PACS e PSF, assumir funções na reorganização dos serviços municipais de saúde.

Segundo Vasconcelos (1999) a valorização da família nos serviços públicos comunitários pode ser efetivada de dois modos: a) abordagem aos problemas individuais, usualmente atendidos em sua rotina, mediante intervenção no nível de suas origens e repercussões familiares; b) apoio intensivo a famílias vivendo situações de crise que colocam em risco a vida de um de seus membros. Essas famílias podem ser identificadas por diferentes indicadores: presença de desnutridos, recorrência de patologias facilmente controláveis, fracasso escolar de seus membros, ocorrência de óbitos por causas tratáveis, envolvimento de crianças em atividades ilícitas, violência contra membros mais frágeis, percepção pelos vizinhos de negligência e crise interna, crianças saindo para viver na rua, presença de idosos com sinal de descuido, atritos freqüentes com a vizinhança, repetição de atitudes prejudiciais à comunidade local, doença incapacitante dos pais, desemprego prolongado e separação do casal. A presença desses indicadores apontam para a necessidade de apoio sistemático que se centra na dinâmica global da família e não apenas em membros isolados.

Para que uma equipe de PSF seja formada, é necessário no mínimo de um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cabe a esta equipe entender a família, o seu espaço social como núcleo básico da abordagem e não mais o indivíduo isoladamente; assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade, intervenção sobre os fatores de risco, humanização das práticas de saúde; criação de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade; desenvolvimento de ações intersetoriais através de parcerias; democratização do conhecimento do processo saúde, doença, da organização do serviço e da produção social da saúde; reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e organização da comunidade para efetivo exercício do controle social.. O trabalho dos profissionais do PSF é realizado em território definido, com a descrição de famílias, sendo

recomendado no máximo mil famílias ou quatro mil e quinhentas pessoas para cada equipe.

Para que haja a implantação do PSF no município, é necessário passar por um processo com etapas que devem ser seguidas de acordo com a realidade de cada região. As etapas são: sensibilização e divulgação; adesão; recrutamento; seleção e contratação de recursos humanos; capacitação das equipes; treinamento introdutório; educação continuada e/ou permanente e financiamento.

A elaboração de instrumentos de acompanhamento do trabalho que permita a avaliação permanente das ações de saúde da família, ainda é um desafio e é de responsabilidade do Ministério da Saúde. Os mesmos também foram pensados com o intuito de serem utilizados no sistema local de saúde, a fim de possibilitarem a reprogramação permanente de suas ações no enfrentamento dos problemas identificados.

2.6 Programa Capital Criança

O Programa Capital Criança nasce da vontade política de prevenir a mortalidade infantil no município de Florianópolis. Foi idealizado e implantado no município de Florianópolis e sua especificidade é priorizar ações básicas e coletivas de saúde de gestantes e crianças de 0 a 5 anos, de modo a promover a maternidade segura, aliada ao crescimento e desenvolvimento saudável do cidadão criança. Para alcançar seus objetivos um amplo processo de reorientação assistencial foi implementado. O Programa garante:

- Consulta Pediátrica Pré-natal: são proporcionados encontros de casais em grupos ou então consultas individuais para casais, conforme características da unidade de saúde. Os profissionais envolvidos são pediatra, clínico geral, médico de família, enfermeiro, dentista, assistente social e psicólogo, conforme a disponibilidade do Centro de Saúde. Em torno da 34ª semana de gestação, as gestantes são encaminhadas para o agendamento da consulta pediátrica pré-natal. Nessa consulta são obtidos dados perinatais, são abordados temas como preparo dos pais, aleitamento materno, vestuário e higiene do recém-nascido (RN), sinais de alarme do RN entre outros.

- Consulta Neonatal Precoce: esta consulta é agendada para o 7º e 10º dia de vida do RN. Compete aos seguintes profissionais: pediatra, clínico geral e médico da família. Nesse momento é aberto um prontuário no Centro de Saúde com o cadastro da criança no Programa Capital Criança. Antes da consulta médica, a criança passa pela triagem, onde são tomados seus dados antropométricos, sinais vitais, sendo estes anotados em sua caderneta, para dessa forma ter o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento

- Atendimento da criança de 0 a 5 anos : abrange o período que vai 28º dia do RN até os 5 anos de idade. Os profissionais envolvidos são: pediatra, clínico geral, médico da família ou enfermeiro. No primeiro ano de vida as consultas são mensais. De 1 ano a 2 anos e 6 meses as consultas são trimestrais e de 2 anos e 6 meses a 5 anos, as consultas são semestrais e deverão ser realizadas pelo pediatra, clínico geral e médico da família. A consulta médica pediátrica segue um roteiro que inclui: anamnese, antecedentes, aspectos sócio- econômicos, exame físico, estabelecimento de fatores de risco, análise, plano, consultas subseqüentes, fluxograma do atendimento médico, encaminhamento ao pediatra, encaminhamento ao ambulatório de alto risco do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), encaminhamento ao serviço de assistência especializada em AIDS. O Programa Capital Criança, 1988 define que nas consultas cabe ao profissional orientar sobre o aleitamento materno, cuidados gerais com RN, estar atento a possíveis sinais de violência doméstica contra a criança, detectar os RN de risco e executar encaminhamentos (teste do pezinho, vacinação, entre outros).

- Consulta de Enfermagem: é de competência do enfermeiro e ocorre a partir do 4º mês de vida da criança conforme o cronograma da consulta pediátrica. A consulta de enfermagem segue um roteiro que inclui: *subjetivo* (onde são feitos questionamentos relacionados ao sono, afetividade, alimentação do RN, entre outros); *objetivo* (avaliação da caderneta de saúde, realização do exame físico); *análise* (do crescimento e desenvolvimento da criança e de suas necessidades básicas); *plano de cuidado* (onde são realizados orientações e encaminhamentos com base nos itens avaliados).

- Atividades Educativas: realizadas por enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, clínico geral, médico da família, psicólogo, assistente social e dentista. É um momento de troca de informações entre clientes e profissionais que promovem a saúde.

- Atendimento Odontológico: são garantidas para as crianças duas consultas odontológicas anuais. A primeira por volta do 30º dia de vida, a qual deverá ser agendada após a consulta neonatal precoce. A segunda consulta é realizada no 6º mês de vida da criança, sendo esta agendada pelo Centro de Saúde após a consulta médica ou de enfermagem depois do 5º mês. As demais consultas semestrais são oferecidas nas creches, ou nos Centros de Saúde quando as crianças que não freqüentam a creche.

- Atendimento pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) : ações de atendimento: pesar e medir todas as crianças menores de 5 anos; usar a relação peso e idade para avaliação nutricional, utilizando gráfico de crescimento da caderneta de saúde; com a ficha de acompanhamento mensal do SISVAN, cadastrar as crianças no sistema.

- Atendimento nos casos de violência doméstica contra crianças: os Direitos da Criança e do Adolescente são defendidos por um estatuto. A sociedade e os profissionais com base nesse estatuto têm o dever de denunciar para o Conselho Tutelar e Vigilância Epidemiológica o não cumprimento desses direitos, com a finalidade de proteger a integridade física e moral das crianças e dos adolescentes.

2.7 Distrito Docente Assistencial (DDA)

O Distrito Docente Assistencial (DDA) foi criado em maio de 1997, baseado numa articulação conveniada entre a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a Prefeitura Municipal de Florianópolis e origina o Programa Docente Assistencial. Este implanta um modelo de articulação entre o Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSC, o Serviço de Saúde Pública (SSP) do Hospital Universitário (HU) e a Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social (SSDS).

O Programa de Articulação Docente Assistencial Universidade – ou de implantação e desenvolvimento de um modelo Universidade – Sistema de Saúde, se instala em regiões geográficas e funcionalmente definidas do Município de Florianópolis, concebida como um Sistema Local de Saúde (SILOS ou Área de Saúde ou Distrito Sanitário), co-gerenciado pelas instituições envolvidas.

Para a implementação desse modelo descentralizado de saúde, o município foi dividido em cinco áreas ou regionais de saúde, onde realizariam suas atividades independentes de gerência técnico-administrativa de sua área de influência, sendo que cada regional abrangeria em sua área cerca de nove a doze centros de atenção primária, com pequenos níveis de complexidade e referência interna.

Esse Sistema-Escola visa o desenvolvimento de programas de formação e reciclagem de recursos humanos de acordo com diretrizes do Sistema Único de Saúde, com uma estrutura basicamente hierarquizada e regionalizada de unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade, que vai desde o primeiro nível com a atenção primária, o segundo nível com ambulatórios de especialidades médicas do HU e o terceiro nível com a internação geral e maternidade do HU.

Neste contexto de integração entre Universidade com Sistema de Saúde, Centro de Ciências de Saúde e o Hospital Universitário como os aparelhos formadores de recursos humanos, além de prestadores de serviços assistenciais, se somam à Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis na organização de uma metodologia de trabalho que construa um processo de ensino-aprendizagem realizado no sistema local de saúde, onde todas as unidades são cenários potenciais de ensino. A busca da melhoria da qualidade do atendimento à população passa pela formação de profissionais capacitados e comprometidos com a saúde pública do Município.

A integração entre a atenção ambulatorial e a hospitalar visa proporcionar a continuidade da assistência, a transformação da situação de saúde da comunidade, passando assim também ser um local de formação de recursos humanos.

Assim, desenvolvemos nosso trabalho no Centro de Saúde (CS) do Itacorubi, que integra os modelos SUS/ PSF, Programa Capital Criança e DDA, pois consideramos que este CS é espaço privilegiado para nossa formação e capacitação como profissionais. Ao realizarmos um trabalho junto às famílias das crianças de 0 a 5 anos, esperamos também ter contribuído para o fortalecimento das ações propostas principalmente no PSF e no Programa Capital Criança, pela identidade de alguns de seus objetivos e os nossos (vigilância à saúde e atendimento da criança de 0 a 5 anos).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Nossa prática assistencial foi norteadada por conceitos de educação e educação em saúde de Paulo Freire. Foram dois os motivos de opção por este autor:

1^o) Acreditamos que o processo de codificação/decodificação da realidade, a problematização, a transformação são essenciais para o incremento do cuidado da criança de 0 a 5 anos pela sua família; 2^o) Os profissionais do CS adotam este referencial teórico e com isto podemos estabelecer o diálogo com potencial de maior entendimento.

3.1 O Autor Paulo Freire

Paulo Reglus Neves Freire, conhecido como Paulo Freire, nasceu em 19 de Setembro de 1921, na cidade de Recife-PE. Em fins de 1959, prestou concurso e obteve o título de Doutor em Filosofia e História da Educação.

A partir do Movimento de Cultura Popular de Recife, no ano de 1960, Paulo Freire elaborou um método de aprendizado através do qual lavradores nordestinos foram alfabetizados; tratava-se de uma alfabetização de dentro para fora, através do próprio trabalho, em apenas 45 dias. O resultado deste trabalho foi surpreendente, tanto que o método foi aplicado em todo território nacional, com apoio do governo.

Paulo Freire faleceu no dia 02 de maio de 1997, em São Paulo. Foi um “pensador comprometido com a vida, não pensava idéias, pensava existência” (FREIRE, 1978), sendo

também um verdadeiro educador, comprometido com o homem, a sua liberdade e a possibilidade desse “ser mais”.

3.2 Principais Conceitos de Paulo Freire

Para Freire, no trabalho de ensinar e aprender, há sempre “educadores- educandos” e “educandos- educadores”: ambos ensinam e aprendem. Por isso “é um método que se constrói a cada vez que é coletivamente usado, dentro de um círculo de cultura de educadores e educandos” (BRANDÃO, 1981).

Os conceitos que adotamos para conduzir nossa prática assistencial, junto a crianças de 0 a 5 anos e suas famílias foram:

Diálogo: “O diálogo é uma exigência existencial, é o encontro que se solidariza o refletir e o agir e seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado, que possibilita a comunicação e permite ultrapassar o imediatamente vivido. Ultrapassando suas “situações-limites”, o educador-educando chega a uma visão totalizante do contexto. Isso deve ocorrer desde a elaboração do programa, dos temas geradores, da apreensão das contradições até a última etapa do desenvolvimento de cada estudo (GADOTTI, 1996, p.69).

O diálogo é fundamentado pelo amor ao mundo e aos homens, a humildade, a fé e a confiança nos homens que devem existir antes mesmo que o diálogo se instale, a esperança de ser mais e o pensar verdadeiro/crítico pois sem ele não há comunicação e sem esta não há verdadeira educação” (FREIRE, 1981, p.79 e 91) .

Para Freire o diálogo é uma relação horizontal permeado por três virtudes: o respeito aos educandos, não somente enquanto indivíduos, mas também enquanto expressões de uma prática social, o escutar as urgências e opções do educando e a tolerância que é a “virtude de conviver com o diferente para poder brigar com o antagônico” (GADOTTI,1996, p.67) .

Práxis: É a união que se deve estabelecer entre o que se faz (prática) e o que se pensa acerca do que se faz (teoria). Conceito comum marxismo, que é também chamado filosofia da práxis, designa a reação do homem às suas condições reais de existência, sua capacidade de inserir-se na produção (práxis produtiva) e na transformação da sociedade (práxis revolucionária) (GADOTTI, 1996, p. 155)

Círculo de Cultura: O círculo de Cultura é uma unidade de ensino que substitui a escola tradicional. É formado por um grupo de pessoas que se reúne para discutir seu trabalho, a realidade local e nacional, sua vida familiar etc. Nele, não há lugar para o professor tradicional (“bancário”) – que tudo sabe –, nem para o aluno que nada sabe (GADOTTI, 1996)

Conscientização: “A conscientização implica, ultrapassar a esfera espontânea de apreensão da realidade, para chegar-se a uma esfera, crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica. A conscientização não pode existir fora da “práxis”, ou melhor, sem o ato-reflexão. Esta unidade dialética constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens” (FREIRE, 1981, p. 26).

Educação: “A educação como prática da liberdade não é a transferência ou a transmissão do saber nem da cultura; não é a extensão de conhecimentos técnicos; não é o ato de depositar informes ou fatos nos educandos; não é a “perpetuação dos valores de uma cultura dada”; não é o esforço de adaptação do educando ao seu meio. A educação deve ser um ato coletivo e solidário no qual ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho” (FREIRE, 1983, p.78). “A educação problematizadora está fundamentada sobre a criatividade e estimula uma ação e uma reflexão verdadeiras sobre a realidade, respondendo assim à vocação dos homens que não são seres autênticos senão quando se compromete na procura e na transformação criadoras” (FREIRE, 1981, p. 81)

Cultura: “Cultura é tudo o que é re-criado e criado pelo homem. Consiste em re-criar e não repetir. É o processo de transformação do mundo pelo trabalho se consubstanciando na criação de um outro mundo; o mundo da cultura que se alonga no mundo da história” (FREIRE, 1981, p.15).

Humanização: "A humanização só pode ser conseguida pelas ações de homens que se tornam denunciadores de uma realidade que desumaniza e oprime, e anunciadores da possibilidade da transformação dessa realidade opressora e desumanizante. Então humanizar é naturalmente subverter e não ser mais" (FREIRE, 1981, p. 15).

Problematização: Implica num constante ato de desvelamento da realidade. Quanto mais se problematizam os educandos, como seres no mundo e com o mundo, tanto mais se sentirão desafiados. Tão mais desafiados, quanto mais obrigados a responder o desafio (FREIRE, 1981, p. 42).

Transformação: Entendida como resultado da reflexão e ação do ser humano sobre a realidade, ação voltada para o ato de criar e recriar o mundo modificando a realidade (FREIRE, 1981, p. 63).

3.3 O Método de Educação de Paulo Freire

Para Paulo Freire o método para resgatar a capacidade crítica dos educandos - educadores, acontece em três etapas :

Investigação Temática (codificação/decodificação): investigação do cotidiano para o educador conhecer a realidade do educando. Determina-se o conjunto de temas geradores (pensamento do homem sobre a realidade) que devem ser codificados e decodificados por educadores e educandos para que depois se processe o conteúdo programado. "O que se pretende investigar, realmente, não são os homens, como se fossem peças anatômicas, mas o seu pensamento – linguagem referido à realidade, a sua visão de mundo, em que se encontra envolvidos nos seus temas geradores" (FREIRE, 1987, p. 88)

Essa investigação temática se dá por duas etapas:

Codificação existencial - Identificar as condições existenciais do grupo de educandos, apresentando para eles os dados coletados no seu dia-dia (tema gerador) para serem analisados numa operação decodificadora.

Decodificação existencial - Questionamento, atitude reflexiva das situações vivenciadas. Delimitam-se temas que farão parte do programa de educação em saúde. A “codificação” e a “decodificação” permite ao educando integrar a significação das palavras geradores em seu contexto existencial. Conscientiza a palavra como significação que se constituem em sua intenção significativa, coincidente com intenções de outros que significam mesmo mundo (FREIRE, 1987, p. 6)

Tematização: Depois de serem levantados os dados, refletir e analisar as codificações, o educador passa a fazer a redução temática, que é a busca dos núcleos fundamentais dos temas que constituirão as unidades programáticas. O educador pode sugerir a introdução de novos temas que não foram identificados na investigação temática.

Problematização: Momento do retorno quando educador e educando passam a “produzir” conhecimentos através do diálogo sobre os temas que lhes são familiares. Descobrem-se os limites e as possibilidades das situações existenciais concretas captadas na primeira etapa. Evidencia-se a necessidade de uma ação concreta, cultural, política, social, visando a superação de situações-limites. O objetivo final do método é a conscientização.

3.4 Outros conceitos utilizados

Foram adotados ainda os seguintes conceitos complementares, orientadores da prática assistencial:

Educação em Saúde: Significa compartilhar saberes e tem por objetivo permitir através do diálogo o desenvolvimento das estratégias de enfrentamento das situações vivenciadas pela criança família em relação ao seu crescimento e desenvolvimento e pelos profissionais de saúde, assegurando a participação consciente, dinâmica e reflexiva dos envolvidos (BRITO et al, 1995).

Família: Conceituamos família como um grupo de indivíduos que, embora não tenham o mesmo sangue, têm a responsabilidade social de ajuda mútua, para que cada integrante tenha o seu viver viabilizado, alcance seu desenvolvimento e se insira na sociedade.

Família cuidadora da criança: Cabe a família proporcionar o cuidado emocional, físico e educacional da criança, para que esta se desenvolva, se insira na sociedade com seus direitos e deveres de cidadão e mantenha-se saudável com equilíbrio afetivo e emocional. A família requer apoio no desenvolvimento de suas funções por parte do Estado, da escola, do Centro de Saúde e dos profissionais de saúde;

Criança: Criança é um ser em crescimento e desenvolvimento, o qual passa por um processo de intensas e rápidas transformações, representando um grupo de grande vulnerabilidade e que requer cuidado da família, de profissionais da saúde e de outros trabalhadores sociais

Saúde da criança: É condição de bem estar e completude, resultante de condições básicas de alimentação, lazer, vestuário, medidas de proteção e promoção previstas nos sistemas oficiais de saúde. Resulta também do atendimento de necessidades emocionais e sociais, tais como possuir um ambiente seguro. Através da saúde a criança alcança o desenvolvimento físico, intelectual, emocional e social reconhecidos como adequados pela comunidade científica. A criança com saúde mantém-se sem intercorrências ou obtém seu tratamento e conseqüente recuperação. A saúde depende das oportunidades encontradas no contexto que, se negativas, necessitam ser revertidas;

Interdisciplinaridade: É a atividade conseqüente a um planejamento, prática e avaliação conjuntas de profissionais da saúde e afins, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde da criança;

Enfermagem: É uma prática dialógica, problematizadora e transformadora, exercida pelos profissionais de enfermagem, no contexto da realidade vivida pelas famílias no âmbito do cuidado da criança de 0 a 5 anos, e que utiliza a implementação integral das medidas oficiais de promoção e proteção oferecidas pelos programas para obter saúde da criança. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como novos atores nesse contexto da sociedade contribuem no exercício da enfermagem.

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterizando o Bairro onde ocorreu a Prática Assistencial:

O bairro escolhido para desenvolvimento da prática foi o Itacorubi, que fica localizado numa região de mangue. Evidencia-se nitidamente o avanço, a princípio lento, mas contínuo da ocupação das áreas do mangue, fato este que começou a aumentar a partir dos anos 70.

Em 1948 foi aprovado o loteamento da rua São Francisco de Assis, perpendicular a rua Antônio Carlos Pereira e paralela ao mangue. Neste mesmo ano outros dois loteamentos, o da rua Trajano Margarida e o da rua Professor Enoel Schutel, também foram aprovados.

O bairro do Itacorubi tem as mesmas características da colonização de Florianópolis, tendo recebido ainda muitos migrantes da região de Santo Amaro da Imperatriz e do bairro vizinho Saco Grande I.

Inicialmente agrícola, o modo de produção passou mais tarde a basear-se no serviço público e construção civil.

Aproximadamente no início do século passado existiam cerca de quinze famílias residentes no local, destas, seis de raça negra, que moravam em uma única rua, designada como Morro do Quilombo.

Entre estas famílias cita-se a família do Sr. João Lima, que levou ao bairro em 1948 a primeira linha de ônibus. Por volta de 1960, foi feita a instalação de luz elétrica.

Com a fundação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), houve grande explosão demográfica, objetivada na construção de vários conjuntos habitacionais.

Atualmente o Itacorubi, que em Tupi-Guarani significa “Pedra Grande”, é uma área ocupada por vários condomínios de edificações de até seis andares, empresas de economia mista (como Telesc, Celesc, Fiesc, EPAGRI, SESI...), prédios de universidades e Faculdades (ESAG e UDESC), entre outros.

A comunidade sócio-economicamente, também é bastante mista: uma verdadeira miscelânea de classes sociais, que vai desde famílias carentes, até famílias de classe média-alta.

4.2 Local de Atuação:

O bairro dispõe de um Centro de Saúde (CS), localizado no município de Florianópolis, e tem como áreas de abrangência o Morro do Quilombo, Parque São Jorge, Jardim Anchieta, Santa Mônica e parte da descida do Morro da Lagoa, o CS está situado na Rua Amaro Antônio Vieira. A comunidade abrange vinte e duas micro áreas, dá-se um enfoque de trabalho na micro área de risco, ou seja, Morro do Quilombo.

Embora não se tenha dados concretos, a população estimada desta comunidade é de 22016 habitantes, constituindo-se de aproximadamente 5.504 famílias.

Atualmente CS-Itacorubi, está cercado por vários condomínios, empresas de economias mistas como Telesc, Celesc, Fiesc, SESI, Epagri e prédios de universidades e Faculdades (ESAG E UDESC).

Nossa atuação centrou-se na área 191 da micro área 09, corresponde ao Morro do Quilombo. Ressalta-se que parte do trabalho foi desenvolvido no CS, junto com os profissionais do PSF. A micro área 09 dispõe de 161 residências, das quais 149 estão ocupadas, 11 desocupadas e 3 são pontos comerciais. O número de famílias cadastradas é 137, das quais apenas 75 são acompanhadas. Nestas famílias 17 crianças têm menos de um

ano de idade, 34 têm menos de dois anos, 5 são crianças com desnutrição, na faixa etária de 0 a 2 anos. Há 2 gestantes, 6 diabéticos e 19 hipertensos.

Para atender a esta demanda e as outras áreas, o CS conta com uma equipe técnica composta por:

Período matutino:

- 1 enfermeira; 2 técnicos de enfermagem; 1 auxiliar de serviços gerais; 1 auxiliar administrativo; 1 auxiliar de enfermagem; 1 pediatra (20 horas); 1 clínico geral (20 horas) e 1 dentista.

Período vespertino:

- 1 enfermeira; 1 médico de família (40 horas); 1 técnico de enfermagem; 1 dentista; 1 auxiliar de consultório odontológico e 1 auxiliar administrativo.

A ligação entre a comunidade e a unidade de saúde se dá pelos ACS (agentes comunitários de saúde), atualmente composto por uma equipe de 13 pessoas que residem na comunidade.

A estrutura física do CS é formada por:

- 1 farmácia; 1 sala de vacina e teste do pezinho; 3 consultórios médicos; 1 sala de procedimentos gerais; 1 sala de apoio; 1 cozinha; 1 consultório odontológico; 2 banheiros (1 para funcionários e 1 para clientela) e 1 sala de espera e recepção.

4.3 População-alvo:

Foram crianças de 0 a 5 anos de idade da área 191, micro área 09 da comunidade do Itacorubi, vinculadas à equipe do PSF e as famílias na sua interrelação de cuidado à saúde da criança.

Os critérios que estabelecemos para a seleção da clientela foram :

- Crianças que não retornavam ao Centro de Saúde para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, apesar da visita do agente;
- Crianças que apresentassem esquema de imunização incompleto;
- Crianças com recorrência freqüente de manifestações clínicas;
- Crianças que tivessem condições clínicas complexas e cujas famílias requeressem maior suporte para o cuidado.

4.4 Metodologia da Assistência:

O processo de enfermagem é um método que dá o direcionamento ao trabalho do enfermeiro. Sua aplicação tem uma abordagem científica ou de solução de problemas à prática de enfermagem. Na enfermagem o cliente/ paciente pode ser uma pessoa, uma família, ou uma comunidade, e o processo de enfermagem foi adaptado para utilização com cada cliente/ paciente. Muitos autores concordam que quatro fases são consideradas necessárias ao processo de enfermagem (avaliação, diagnóstico de enfermagem ou identificação do problema, intervenção ou implementação e evolução), porém outros autores consideram essas etapas como sendo cinco, pois incluem o planejamento como sendo parte integrante do processo (GEORGE, 1996 ,p. 25).

Para desenvolver uma metodologia de assistência à crianças de 0 a 5 anos e suas famílias nos propusemos a percorrer o itinerário da metodologia de educação, de Paulo Freire ou seja:

Investigar o cotidiano das famílias, suas condições existenciais e o cuidado da criança . As acadêmicas levantaram junto à equipe do PSF e nos registros, aspectos dessa realidade e continuaram a compô-la junto e com a família (codificação existencial).

Questionamentos e reflexão (conscientização). Buscaram as causas, contradições, interrelações, as relações não percebidas da realidade (decodificação) e também definiram-se temas que fizeram parte do programa de educação em saúde das famílias.

Construção conjunta do conhecimento sobre os temas selecionados (problematização). Puderam ser usados materiais, audiovisuais, demonstrações do cuidado (pela família e pelas acadêmicas, compartilhando experiências e estudos de material didático). Por fim, frente ao novo conhecimento, buscaram definir e implementar novas ações modificadoras da realidade.

Reflexão sobre as ações realizadas, seu potencial de transformação

4.5 Plano de ação:

A prática assistencial foi orientada pelos objetivos propostos, tendo sido traçadas diferentes estratégias para alcançá-los. O conjunto de objetivos e estratégias constituíram nosso plano de ação. Apresentam-se a seguir a proposta efetuada e no capítulo seguinte as prática desenvolvida.

Objetivo: Reconhecer o atendimento de crianças de 0 a 5 anos e suas famílias enquanto cuidadoras das crianças num Centro de Saúde com PSF.

Estratégias previstas:

- **Ampliar a compreensão da realidade da micro área 9, local de desenvolvimento da prática;**
- **Buscar subsídios nos protocolos do SUS, PSF, Capital Criança sobre o atendimento de crianças de 0 a 5 anos;**
- **Acompanhar o atendimento das crianças e suas famílias pelos profissionais e agentes;**
- **Avaliar junto aos profissionais do PSF e ACS os pontos positivos e dificuldades para a implementação da integralidade das ações previstas nos protocolos.**

Objetivo: Implementar, no cuidado em saúde da criança e família, a integralidade das ações previstas pelo SUS/ PSF e Capital Criança, numa perspectiva de participação, interdisciplinariedade e transformação da realidade

Estratégias previstas:

- **Elaborar com a enfermeira da unidade o planejamento da visita domiciliar, buscando a complementariedade das ações previstas no protocolo;**
- **Levantar, junto à enfermeira da unidade, crianças e famílias que atendam os critérios estabelecidos na seleção da clientela;**
- **Consultar os prontuários das crianças/ famílias indicadas e selecionar as situações que demandem a assistência;**
- **Aplicar as etapas de metodologia de assistência de enfermagem baseadas nos conceitos do referencial teórico, no cuidado às crianças e famílias em seu domicílio e no Centro de Saúde;**
- **Encaminhar as crianças com quadros clínicos específicos para tratamento especializado;**
- **Discutir e planejar com a equipe o processo de assistência sobre a criança com o objetivo de alcançar uma melhor assistência das mesmas.**

Objetivo: Identificar como as famílias atendidas num PSF se definem como famílias, visão sobre qualidade de vida e mudanças na qualidade de vida decorrentes da implantação do PSF.

Estratégias previstas:

- **Elaborar e aplicar um questionário com questões semi- estruturadas em visita domiciliar às famílias selecionadas sobre a temática família e qualidade de vida;**
- **Organizar as informações obtidas, e a partir destas, identificar o conceito de família e visão sobre qualidade de vida e mudanças na qualidade de vida decorrentes do PSF.**

Objetivo: Buscar aprimoramento profissional.

Estratégias previstas:

- **Participar de eventos relacionados a cuidados de enfermagem em saúde da criança e PSF respeitando-se as normas da oitava unidade curricular, que prevê para esta atividade o máximo de 25 horas.**

Objetivo: Incentivar e participar da capacitação dos agentes comunitários de saúde

- **Participar de atividades desenvolvidas pela enfermeira do PSF, coordenadora do PACS e propor outras que julgadas necessárias.**

4.6 Análise e interpretação dos dados da pesquisa:

Primeiramente separar os relatos registrados em forma de códigos (palavras chaves) e em seguida, os separar em categorias, que consistem num conjunto de expressões com características similares. “As categorias têm como base os códigos; portanto cada código representa o ponto de convergência de um conjunto de categorias” (Trentini e Paim, 1999, p. 105). Estando divididos em categorias, efetuamos comparação dos dados com aspectos teóricos de qualidade de vida.

4.7 Cronograma desenvolvido

Atividades	Março 01				Abril 01				Maio 01				Junho 01				Julho 01			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboração do Projeto		■																		
Entrega do Projeto à Banca			■																	
Apresentação do Projeto			■																	
Início do Estágio				■																
Caracterizar o atendimento de crianças de 0 a 5 anos e suas famílias				■	■	■	■	■												
Elaborar com a enfermeira da Unidade o Planejamento da Visita Domiciliar				■	■	■	■	■												
Levantar com a enfermeira nos prontuários crianças e famílias que atendam os critérios estabelecidos				■	■	■	■	■												
Aplicar as etapas de metodologia de assistência de enfermagem no cuidado às crianças e suas famílias no domicílio e no CS II					■	■	■	■	■	■	■	■								
Encaminhar crianças com quadros clínicos específicos					■	■	■	■	■	■	■	■								
Elaborar e montar um questionário sobre a família e qualidade de vida					■	■	■	■												
Participar de eventos relacionados aos cuidados de enfermagem em saúde da criança				■								■	■							
Entregar relatório final aos membros da banca (1ª versão)																■				
Entrevista com a banca																■				
Apresentação dos relatórios																■	■			
Entrega do relatório final																			■	

5 RELATO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL DESENVOLVIDA

Como forma de facilitar o relato dos resultados do trabalho proposto organizamos nossa descrição/ reflexão em torno dos objetivos formulados.

5.1 Objetivo: reconhecer o atendimento de crianças de 0 a 5 anos e suas famílias no centro de saúde com PSF

5.1.1 Estratégias e resultados

a) Conhecendo e refletindo sobre a realidade da comunidade e famílias

Junto à enfermeira do Centro de Saúde (CS) do Itacorubi, nossa supervisora, elaboramos a dinâmica de nosso estágio, norteadas por nossos objetivos.

Estabelecemos como início dos trabalhos necessidade de reconhecimento do Bairro e suas micro áreas, o que foi feito num primeiro momento com a ajuda da Agente Comunitária de Saúde (ACS) e em outros em conjunto com a supervisora e a agente comunitária da micro área. Fizemos reconhecimento da área 191, micro área 09 pertencente ao Morro do Quilombo, localizada ao lado direito da rua da Represa. Nesta micro área estão as ruas Servidão Manoel Félix, Beco da Cocheira, Servidão do Ari e quatro ruas sem denominação(**ANEXO 1: foto 1**).

Enquanto buscávamos o conhecimento da realidade e das família procuramos seguir os princípios de FREIRE (1997, p.29), para o qual *“a conscientização é tomar posse da realidade (...) é o olhar mais crítico possível da realidade, que a “des-vela” para conhecê-la...”*.

Ao darmos início ao nosso trabalho junto a comunidade identificamos e refletimos sobre a realidade do bairro, então vimos que está assentada em inúmeros problemas sócio econômicos, culturais, de infra estrutura, de cuidado com as crianças, com os domicílios, entre outros.

As famílias da micro área são na sua maioria migrantes que se destinaram a Florianópolis, vindos do interior do estado do Paraná, em busca de melhores condições de vida. Vivem em casas alugadas, compradas ou apossam-se de terrenos baldios onde constroem suas próprias moradias. Grande parte das casas são de madeira, variando de um a três cômodos. Nelas moram em média cinco pessoas; nem todas as casas possuem banheiro: as pessoas fazem uso do quintal como local para depósito de suas eliminações. Algumas casas apresentam chão batido, as instalações elétricas são improvisadas - tipo rabicho, gatos. Há umidade constante nas casas, devido a permanência de mangueiras de água abertas no terreno, além de muitas não disporem de janelas permitindo a ventilação e secagem das mesmas.

Nota-se várias casas que encontram-se em terrenos com risco de desmoronamento, pois são construídas sem planejamento e sem o projeto prévio de um profissional qualificado para avaliação das condições.

Vimos também que, em se tratando de higiene, as condições de algumas famílias são precárias, desprovidas dos cuidados básicos pessoais e de suas moradias, colocando em risco a saúde e sua qualidade de vida.

A população economicamente ativa dessa comunidade é representada em sua maioria pela classe feminina. Os homens em grande parte são desempregados e dependentes da renda salarial das mulheres, que varia entre um a dois salários mínimos.

Diariamente as crianças ficam na creche pela manhã e retornam aos seus lares no turno da noite; porém, ainda há mães na comunidade, que trabalham o dia inteiro e não conseguem vaga nas creches. Desta forma acabam deixando seus filhos em casa, cuidados por crianças (muitas vezes irmãos) mais velhas.

A escolaridade dessa população mostra que nem todos possuem o primeiro grau completo e que existe um elevado índice de analfabetismo.

O esgoto corre a céu aberto, nem todas as caixas d'água são devidamente fechadas e algumas casas usam água de nascente sem tratamento, em consequência disso, as doenças prevalentes na área trabalhada, são a diarreia e as verminoses, agravando o risco para desnutrição.

Observamos que o lixo é depositado pelas ruas e nos próprios terrenos, e que uma parcela deste é colocada em terrenos baldios, córregos e até mesmo nos próprios quintais. A única lixeira da comunidade, conseguida através da ACS, foi destruída e somente alguns moradores encaminham seu lixo para ser recolhido pela Comcap, na rua geral.

Muitos dos moradores criam animais domésticos em precárias condições, ou seja, vivem soltos, adoentados e sujos, e as crianças mantêm contato direto com estes.

O acesso às moradias das famílias da micro área 09 é difícil devido às más condições das ruas, as quais não são pavimentadas; quando chove o acesso se torna ainda mais difícil pelo fato de as ruas serem de barro e por suas subidas serem íngremes. Percebemos então, que o acesso difícil é um fator importante que desmotiva as mães a levarem os seus filhos para realizarem as consultas, deixando de fazer o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de suas crianças.

Ao fazermos reconhecimento de área e visitas podemos observar que a população masculina, na sua maioria, não está empregada, em consequência disso, ocupam seu tempo em bares bebendo, sem perspectiva de melhoria de vida. Sendo assim, as mulheres não podem

contar com o apoio dos mesmos para cuidar de seus filhos e da casa. Outro problema observado foi a facilidade de acesso a compra, venda e consumo de drogas. Ouvimos vários relatos de casos de violência contra a mulher e a criança, relacionados ao fato dos homens não trabalharem e permanecerem nos bares, tornando-se agressivos em suas casas, onde descarregam seus problema em pessoas que convivem a sua volta. Não tivemos conhecimento de denúncias dos fatos no período em que atuamos na comunidade.

b) Buscando instrumentalização do grupo nos protocolos

Com o intuito de reconhecer as orientações oficiais para o atendimento das crianças de 0 a 5 anos e suas famílias da Estratégia de Saúde da Família (PSF) e outras desenvolvidas no bairro do Itacorubi, iniciamos nossas atividades pesquisando as normas, rotinas e os protocolos dos programas federais e municipais, já existentes para esse marcador, ou sejam, definidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), PSF e Programa Capital Criança.

Nossa busca por subsídios iniciou-se junto a nossa supervisora, que nos forneceu material do Ministério da Saúde sobre Estratégia de Saúde da Família e nos orientou sobre a possibilidade de obtermos suporte bibliográfico na Secretaria Municipal de Saúde, onde obtivemos maior número de materiais sobre o Programa Capital Criança. A enfermeira responsável pelo programa orientou-nos sobre a origem do Programa Capital Criança, a implementação, a coordenação, a forma de atendimento, os objetivos, as metas e as ações. Esta visita forneceu-nos impressos com as normatizações do atendimento da criança de 0 a 5 anos e da assistência à saúde da mulher de 1998.

Com os materiais em mãos e após estudo das normas, rotinas e os protocolos que regem os programas públicos de saúde com os quais nos propusemos a trabalhar, passamos a acompanhar na prática a operacionalização dos mesmos.

No decorrer do trabalho, tendo intensificado atividades junto a crianças com risco de desnutrição e sua família, buscamos novos subsídios, agora sobre o Programa Municipal Hora de Comer, o qual atende crianças de 2 a 6 anos e é responsável em garantir suplemento

nutricional para crianças de baixo peso. Com a coordenadora do Centro de Educação Complementar (CEC), e responsável pelo Programa Hora de Comer do bairro Itacorubi, complementamos as informações.

c) Acompanhando o atendimento desenvolvido: o que fazem os profissionais e os agentes

A familiarização inicial com dinâmica de atendimento em saúde pública desenvolvida no Centro de Saúde (CS) e na comunidade do bairro Itacorubi foi efetuada com apoio da nossa supervisora, que detalhou aspectos que necessitávamos conhecer. O CS trabalha com uma equipe de PSF e com doze ACS, o qual atende a demanda de todo o bairro. A área de abrangência do bairro é de vinte micro áreas, sendo que a equipe de PSF prioriza as micro áreas de risco. A Estratégia de Saúde da Família envolve todos os programas da Secretaria da Saúde, neste inclui-se o Programa Municipal Capital Criança voltado para a saúde materno - infantil.

Parte da proposta prevista no nosso projeto teve de ser modificada em função CS estar fechado para reforma e os profissionais do CS, terem sido remanejados para outros locais de trabalho, onde executam suas atividades.

Tivemos a oportunidade de acompanhar o trabalho da enfermeira do CS Itacorubi, a qual é supervisora dos ACS e enfermeira do PSF. As consultas realizadas pela enfermeira são agendadas previamente nas quartas e sextas-feiras. Por ser enfermeira generalista, desenvolve seu trabalho tanto na unidade de saúde, atendendo gestantes, puérperas, crianças, adolescentes, idosos, quanto na comunidade assistindo as pessoas que necessitam de atenção de enfermagem.

A enfermeira do PSF desenvolve em conjunto com os ACS ações de assistência de vigilância epidemiológica e sanitária junto à criança, ao adolescente, à mulher e ao idoso na comunidade; desenvolve ações para capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem, supervisiona o trabalho dos ACS na comunidade; desenvolve atividades educativas; realiza visitas domiciliares quando necessário, acompanhada ou não por ACS e médico do PSF.

Sua dinâmica de trabalho é norteada pela proposta de educação dialógica e problematizadora do referencial de Paulo Freire, que proporciona um partilhamento do conhecimento vivenciado entre diversos atores do processo educativo em saúde, através de uma linguagem facilitadora da compreensão de sua realidade, princípios e conceitos do educador Paulo Freire.

Os Agentes Comunitários desenvolvem suas atividades com ações nos domicílios com ações de acompanhamento de hipertensos, diabéticos, crianças, gestantes, casos de tuberculose e hanseníase da micro área de sua responsabilidade e no CS, durante a programação e supervisão de suas atividades com a enfermeira e equipe de PSF. No Bairro do Itacorubi atualmente fazem parte da equipe do PSF dez agentes e do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, dois agentes que estão em área de PACS temporariamente sob supervisão da enfermeira do PSF. Fazem parte do trabalho dos ACS o mapeamento de sua micro área de atuação, o cadastramento e atualização das famílias de sua micro área. Com base nestas atividades são identificados os indivíduos e as famílias expostas a situações de risco. Realizam também através de visita domiciliar o acompanhamento mensal de todas as famílias de sua responsabilidade. Coletam dados para nutrir o sistema, possibilitando a analisar das situações das famílias acompanhadas. Orientam as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde e participam da divulgação de campanhas públicas de saúde. O agente é um novo ator no serviço de saúde e grande multiplicador das informações repassadas pelos serviços de saúde.

- d) Avaliando os pontos positivos e as dificuldades para implementação dos protocolos na sua integralidade

Em nosso trabalho propusemos avaliar os pontos positivos e negativos para a implementação da integralidade das ações prevista nos protocolos. Encontramos algumas barreiras para executar nossa meta pois o CS Itacorubi que estava em reforma desde novembro de 2000 e tinha previsão de ser aberto em abril de 2001, mantém-se ainda fechado; entraves burocráticos impediram sua abertura. A todo o momento pudemos constatar a ansiedade da comunidade para ter de volta o funcionamento do CS no bairro. Muitas das reivindicações eram feitas à enfermeira e aos agentes, que se mantinham em contato com a comunidade

através das visitas domiciliares. Quando nos tornamos conhecidas pela comunidade, também passamos a ser questionadas sobre a data de abertura do CS. Por volta do final de maio próximo ao dia de reabertura do CS, algumas pessoas da comunidade provocaram um incêndio na parede externa do CS, causando danos materiais e retardando ainda mais sua reabertura.

Em virtude do ocorrido, os profissionais do CS Itacorubi continuaram sua atuação em outras localidades, como CS Agrônômica, CS Pantanal e CS Saco Grande I.

Mesmo com as dificuldades encontradas tivemos a oportunidade de acompanhar a implementação do protocolo do Programa Capital Criança no qual está inserido o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), sistema que visa o acompanhamento do estado nutricional de um certo grupo populacional, interferindo, sempre que necessário, para evitar os agravos nutricionais. Esse grupo populacional é caracterizado por todas as crianças entre 0 a 5 anos, que freqüentem a rede municipal de saúde e todas as gestantes que fazem o pré-natal na rede municipal de saúde. O cadastramento é feito através do mapa de acompanhamento nutricional onde os dados de peso e altura são anotados mensalmente e enviados ao nível central até o quinto dia útil de cada mês, através do mapa de controle estatístico do SISVAN.

A avaliação nutricional das crianças é feita através da relação peso para a idade, e para isso é utilizado como instrumento, o cartão da criança. A avaliação nutricional das gestantes é feita através da relação peso/altura em relação a idade gestacional, e o instrumento utilizado é o nomograma de Rosso e o gráfico do cartão da gestante (**ANEXO 2: cartão da criança**).

É de responsabilidade de todos os profissionais da rede municipal de saúde fazerem a avaliação nutricional e cadastrar no SISVAN todas as crianças e gestantes da rede, dando os devidos encaminhamentos para programas de suplemento alimentar quando necessário. Trabalhamos com o Programa Hora de Comer, o qual é um programa de suplementação alimentar que visa a recuperação das carências nutricionais em crianças, na faixa etária de 2 a 5 anos. Define datas de pesagem, reuniões educativas e entrega das cestas nutricionais. Para a inserção dessas crianças no programa é necessário que elas residam no município por mínimo dois anos; passem por uma avaliação antropométrica em consulta médica ou de enfermagem

quando, através de um formulário próprio, passam a ser cadastradas pelas assistentes sociais em dia de reuniões educativas. Já inseridas no programa, as crianças e seus responsáveis seguem algumas rotinas: avaliação antropométrica mensal, participação das reuniões educativas mensais e recebimento mensal de uma cesta de alimentos (com valor nutricional balanceado). O desligamento dessas crianças do programa dá-se após a recuperação da criança, após avaliação em consulta com o médico.

Observamos na prática que o protocolo do SISVAN é seguido, uma vez que toda criança, ao passar por consulta neonatal ou pediátrica, é devidamente registrada na ficha de cadastro e vigiada mensalmente pelos profissionais, através do mapa de acompanhamento nutricional. Pudemos acompanhar o registro de duas crianças no SISVAN: uma ao passar por consulta médica e outra após passar por consulta de enfermagem (**ANEXO 3: SISVAN**).

Observamos também que só são inseridas no programa, crianças que realmente estavam abaixo do percentil 10 e que pertenciam a faixa etária estipulada pelo programa. Tivemos oportunidade de acompanhar a inserção de três crianças, das quais duas passaram por consulta de enfermagem realizadas por nós acadêmicas de enfermagem e outra por consulta médica. Acompanhamos também a reinserção de 5 crianças no Programa Hora de Comer, ao longo do nosso estágio.

Detectamos, no início de nossas atividades, que alguns registros de pesos entregues à responsável pela entrega das cestas nutricionais não eram fidedígnos, uma vez que alguns pais ou responsáveis levavam as crianças para pesarem em armazéns, farmácias e não nos Centros de Saúde. Propusemo-nos a buscar mudanças nesta "práxis", trabalhando em parceria com as famílias, através do diálogo, analisando o contexto do estado nutricional da criança, os problemas do registro incorreto e da manutenção da criança no Programa Hora de Comer. Consideramos este um desafio com resultados positivos, uma vez que em conjunto com os pais e/ou responsáveis foi possível o retorno da busca ao CS, garantindo assim o registro real do peso e a retomada do acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento feito pela equipe de saúde.

5.1.2 Analisando o alcance do objetivo proposto

Consideramos esse objetivo alcançado, pelo conhecimento obtido sobre a realidade das famílias, pelo diálogo estabelecido com as famílias encontradas, por conhecermos a dinâmica de atendimento do CS Saco Grande I. Consideramos que não houve possibilidade de conhecimento da integralidade do atendimento efetuado, pelos profissionais de saúde às crianças e suas famílias, pelo fato do CS Itacorubi ter permanecido fechado durante nosso estágio e os mesmos remanejados, conforme relato anterior.

5.2 Objetivo: implementar a integralidade das ações previstas pelo SUS/ PSF e Programa Capital Criança, numa perspectiva de participação, interdisciplinariedade e transformação da realidade

5.2.1 Estratégias e resultados

a) Selecionando a clientela

Para a seleção da clientela, conforme os critérios estabelecidos no projeto, usamos os dados levantados pela ACS da micro-área, já que os prontuários, devido a reforma do CS, foram guardados na Policlínica de Referência Regional do Continente (PAM).

Nos dados colhidos identificamos crianças com vacinas atrasadas, com intercorrências clínicas, sem acompanhamento, crianças com baixo peso de risco para desnutrição, que faziam parte ou não do Programa Hora de Comer/Programa Leite à Saúde.

Para melhor definir a área que estava inserida nossa clientela construímos um mapa, que delimitava geograficamente a micro área, dando suporte para traçarmos o plano assistencial. Neste mapa foram assinaladas crianças de 0 a 5 anos, correspondentes aos marcadores procurados. Através de acordo com a enfermeira supervisora, optamos pela priorização do atendimento de crianças com baixo peso, com risco para desnutrição ou desnutridas que

faziam parte ou não, dos programas de suporte nutricional. No item vacinação não conseguimos trabalhar, já que o CS Saco Grande I, onde desenvolvemos a consultas das crianças/ famílias, não efetuam imunização.

- b) Desenvolvendo o cuidado a crianças e suas famílias: em busca da integralidade e complementaridade das ações previstas nos protocolos

Apesar dos transtornos e da distância entre os bairros, procuramos, em parceria com a enfermeira do CS Itacorubi, nossa supervisora, o médico do PSF e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), manter o atendimento da população da comunidade do Itacorubi.

Basicamente efetuamos: revisão do Programa Hora de Comer, visitas domiciliares com a finalidade de busca ativa e conhecimento da realidade das famílias, consultas de enfermagem e participação em grupos educativos.

- Revisão do Programa Hora de Comer

O Programa Hora de Comer é coordenado pelo Centro de Educação Complementar (CEC), requer ações integradas com o CS.

O CEC é o local onde crianças de 6 a 12 anos permanecem durante o período oposto ao horário da escola. O programa dá prioridade às famílias de baixa renda e às famílias em que as mães exerçam atividades remuneradas. Para a inclusão no programa é obrigatório que a criança esteja matriculada no ensino fundamental. Durante o período que as crianças permanecem no CEC fazem duas refeições, realizam atividades pedagógicas, atividades de higiene pessoal, recebem auxílio nas tarefas da escola e participam de atividades especiais de alfabetização, quando necessário. O CEC ainda presta atendimento aos pais ou responsáveis pelas crianças e a comunidade em geral. Atualmente o trabalho no CEC conta com sete profissionais: três são professores, uma coordenadora, uma estagiária de serviço social, uma merendeira, uma auxiliar de serviços gerais e uma auxiliar de limpeza. O CEC funciona das 8:00 às 12:00hs e das 13:00 às 17:00hs. O número total de crianças é setenta e uma; destas

trinta e três permanecem no período matutino e trinta e oito no período vespertino. É no CEC que os pais ou responsáveis recebem a cesta do Programa Hora de Comer e onde mensalmente é realizada a reunião educativa, uma semana antes da entrega das cestas.

Conversamos com a coordenadora do CEC, sobre a lista de espera de crianças para o programa, sobre crianças inscritas no programa, faltosas e desistentes. Quanto à lista de espera ela afirmou-nos que a mesma não existia, e que haviam ainda vagas para serem preenchidas. Com base nessas informações, planejamos junto com a enfermeira do CS e com a coordenadora do programa, reorganizar as inclusões das crianças no Programa Hora de Comer, a partir do resgate e busca ativa das crianças sem acompanhamento, e das crianças que necessitavam ser incluídas no programa (**ANEXO 4: calendário do projeto hora de comer**).

Um outro problema encontrado foi o da definição do tempo de permanência das crianças no programa; algumas delas estão há dois anos neste programa. Em discussão levantada, o médico do PSF preconiza que a criança deve ficar no programa no máximo seis meses. Após esse período, se a mesma não conseguir recuperar seu peso, deve ser encaminhada a um especialista, pois pode ter alguma disfunção que só a cesta não resolverá. Para a criança receber alta do programa deverá ser acompanhada por mais dois meses, após ter atingido o peso almejado.

- Busca ativa

Dentre as atividades desenvolvidas por nós acadêmicas estavam as visitas domiciliares algumas com finalidade de busca ativa, ou seja, para dialogar sobre o motivo do abandono ao programa, com intenção de resgatar a criança e reconhecer o contexto familiar para iniciar a assistência e agendar a marcação das consultas de enfermagem. Apresentamos, a seguir, o relato de uma visita efetuada :

C.F.A, 3 anos e 9 meses filha de R.A., de uma família de quatro pessoas (mãe e três filhos), moradora do bairro Itacorubi - Morro do Quilombo, inserida ao Programa Hora de

Comer por C.F.A. estar abaixo do percentil 10. C.F.A. permanece o dia na creche, pois sua mãe trabalha fora como empregada doméstica para o sustento da própria da família. Não tem contato com o pai, cabendo à mãe a responsabilidade pelo cuidado dos filhos. C.F.A. era uma das crianças faltosas no programa há dois meses, ou seja, não comparecia ao Centro de Saúde nas datas pré-determinadas de pesagem e não comparecia nas reuniões educativas. Dia 20 de abril, realizamos uma visita domiciliar com o objetivo de busca ativa na moradia dessa criança com a intenção de investigar o motivo das faltas e marcar consulta de puericultura para a mesma. Ao chegarmos lá fomos recebidas pela avó de C.F.A., pois sua mãe estava trabalhando. A avó pouco sabia informar-nos sobre o estado de saúde da neta; mesmo assim conversamos sobre o motivo da visita para que ela repassasse para a mãe de C.F.A. A avó mostrou-se interessada e receptiva. Optamos por deixar por escrito uma data de consulta marcada e salientamos que ela tinha liberdade de comparecer ou não a essa consulta. A avó responsabilizou-se com o repasse do recado e, caso fosse necessário, dispôs-se a levar a criança ao Centro de Saúde. Com essa visita conseguimos conhecer em que condições sócio econômicas vivem as pessoas com as quais interagimos, para que posteriormente em conjunto, pudéssemos buscar o emergir do conteúdo programático. Para FREIRE (1997) *“o que se pretende investigar, realmente, não são os homens, como se fossem peças anatômicas, mas o seu pensamento-linguagem referido à realidade, a sua visão de mundo, em que se encontram envolvidos os seus temas geradores”*.

Identificamos dez crianças moradoras do bairro Itacorubi inscritas no Programa Hora de Comer consideradas desistentes, pois não compareciam a pesagem, às reuniões educativas e entregas das cestas. Identificamos outras quatro crianças com possibilidade de risco para desnutrição. Para essas oito crianças (faltosas e com suspeita de baixo peso) realizamos visitas domiciliares com a intenção de motivar a família para realizar ou retomar o cuidado à saúde **(ANEXO 5: ficha de busca ativa)**.

Nas visitas domiciliares efetuamos a apresentação pessoal, expusemos o objetivo do nosso trabalho, deixando para os pais ou responsáveis pelas crianças a livre opção de participar ou não. Nessas visitas foram marcadas consultas de puericultura no CS Saco Grande I, conforme

a disponibilidade dos pais ou responsáveis (**ANEXO 6: normatização para realizar a busca ativa das crianças, gestantes e puérperas**).

- Consultas de Enfermagem

Todas as consultas marcadas foram realizadas, e as crianças acompanhadas por pais ou responsáveis deslocaram-se do bairro Itacorubi até o Saco Grande I, uma média de 5Km. Nem todas dispunham de condições para ir de transporte coletivo até o local e acabavam indo a pé.

Na consulta pediátrica de enfermagem realizada pelo enfermeiro, que ocorre a partir do terceiro mês de vida da criança, é seguido um roteiro preconizado, no qual o paciente apresenta o motivo da consulta, e é questionado sobre seu contexto social e familiar. A segunda etapa da consulta é objetiva, pois são avaliados a caderneta de saúde, o desenvolvimento neuropsicomotor, os possíveis sinais de violência, além de ser realizado o exame físico na criança. Na terceira etapa da consulta é realizada a avaliação dos dados colhidos. Por fim é elaborado um plano de cuidado baseado nas avaliações e feito encaminhamentos para consulta de retorno médico, enfermagem ou odontológica e quando necessário para especialidades médicas. Acreditamos que na prática a normatização auxilia no atendimento à criança e facilita o trabalho dos profissionais, uma vez que há um padrão de consulta a ser seguido. Em especial nas consultas que realizamos durante o período em que estivemos em estágio utilizamos o protocolo da consulta pediátrica de forma modificada, não atendo-se apenas às técnicas e ao roteiro e sim buscando-se uma relação de troca de conhecimentos, como é proposto por Paulo Freire.

Nessas consultas tivemos a oportunidade de analisar juntos aos acompanhantes as condições de crescimento e desenvolvimento da criança, o valor nutricional dos alimentos contidos na cesta, e formas de melhor aproveitamento do alimento para a criança.

Ainda investigamos e refletimos sobre higiene corporal, enfermidades infantis e a necessidades afetiva da criança. Para as crianças consideradas desistentes do programa foram abordados as condições exigidas para a permanência no programa. Para as crianças que seriam

incluídas no programa este espaço também constituiu-se de uma troca de saberes e esclarecimentos sobre a inclusão das mesmas no Programa Hora de Comer, salientando-se o tempo de permanência no programa e a necessidade das crianças que não conseguem recuperar o peso no tempo proposto serem encaminhadas a médico especialista para avaliação.

Além dessa atuação junto às famílias das crianças com baixo peso, realizamos nove consultas de enfermagem de outras crianças do bairro; três crianças não necessitaram serem incluídas no programa Hora de Comer.

Em sua maioria, eram as mães que compareciam às consultas com seus filhos. Assim, eram levantados temas em conjunto, como dúvidas, inexperiências, afetividades, alimentação, intercorrências clínicas, entre outros. Procuramos envolver as avaliações das mães de forma participativa e dialógica, porém respeitando os dados protocolados os quais garantem o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Eram consideradas as circunstâncias de cada situação e foi possível observarmos as manifestações verbais e não verbais, o que facilitou nossa abordagem com as mesmas.

Destacamos algumas falas das mães, efetuadas nas consultas :

“Eles dão as cestas para ajudar a gente?”

“O que podemos fazer com a aveia?”

“Meu filho só come doce!”

“Minha filha come um monte e não engorda, eu não sei por quê!”

Nas dúvidas manifestadas, evidenciou-se a pouca consciência dos direitos da clientela; ignoram seu direito em receber a cesta nutricional. Concordamos com FREIRE (1997) quando ele coloca que: *“o educador deve entender como os grupos populares fazem sua leitura do mundo, deve compreender como percebem suas “manhas” que são indispensáveis à sua cultura para defender-se da violência a que estão submetidos”*.

Descreveremos a seguir uma das consultas realizadas:

Mãe veio a pé com o filho do Itacorubi até o CS Saco Grande I, a consulta estava marcada para 13:30hs. Num primeiro momento a mãe mostrou-se distante, mas aos poucos foi interagindo e colocando suas dúvidas sobre questões como verminose e inquietude da criança; o diálogo ia surgindo naturalmente dispensando roteiros. A criança está inserida no Programa Hora de Comer, porém não estava participando efetivamente, ou seja, a mãe esteve ausente de algumas reuniões e conseqüentemente não recebeu a cesta nutricional; referiu que sua ausência foi devido às atividades propostas pelo programa, que coincidiam com seu horário de trabalho. Refletimos em conjunto sobre as razões da inscrição de seu filho no Programa Hora de Comer, do porquê precisa estar inserido no programa, de como estava ocorrendo com seu crescimento e desenvolvimento. Ainda dialogamos com a mãe sobre a natureza dos alimentos contidos na cesta e preparo para melhor aproveitamento. Também fez parte da consulta o exame físico e o encaminhamento para consulta médica, que se deu após a consulta de enfermagem.

A consulta foi registrada no prontuário da paciente em forma de SOAP, seguindo o Modelo Weed - **S**: dados subjetivos, **O**: dados objetivo, **A**: análise e **P**: plano de cuidados.

SOAP □ 16/04/01

S: Criança veio para consulta de puericultura. Mãe relata que a criança está eliminando vermes pelas fezes e que ultimamente anda muito agitada, prejudicando seu rendimento e relacionamento escolar.

O: Peso= 15Kg, Altura= 1,01cm. Criança apresenta-se no percentil 10. Está retornando para o Programa Hora de Comer. Ao exame físico, apresenta boa integridade do couro cabeludo, mucosa ocular íntegra e hipocorada. Presença de cáries nos dentes incisivos centrais, superior e inferior. Apresenta abdome globoso e indolor à palpação. presença de sujidades nas unhas das mãos. Batimentos cardíacos= 102bpm, respiração=29mrm.

A: Verminose a constatar

Presença de cáries e deficiência na higiene corporal

Criança de risco para desnutrição

Família em abandono do programa

P: Discutido quanto ao retorno ao Programa Hora de Comer

Dialogado sobre os alimentos contidos na cesta nutricional

Encaminhado para avaliação médica

Discutido a importância da higiene corporal da criança

Conversado sobre o retorno mensal para consulta de puericultura

- Reuniões educativas:

Durante nossa permanência no estágio tivemos a oportunidade de participar de duas reuniões educativas do Programa Hora de Comer, sendo que essas são realizadas mensalmente no CEC (**ANEXO 7: foto 2**).

Na primeira reunião, realizada no dia 19 de abril de 2001, às 17:00h, compareceram quinze pais ou responsáveis, a coordenadora do programa, nossa supervisora e nós acadêmicas. Fomos apresentadas por nossa supervisora, para os que estavam presentes, como acadêmicas de enfermagem, onde foi falado um pouco do trabalho que estava sendo construído junto à comunidade. Aproveitamos para conversar com os mesmos sobre as crianças de baixo peso, a recuperação e o acompanhamento destas tendo como parceria a consulta de puericultura alternadas entre médico e enfermeira.

Foi dialogado com os pais e responsáveis sobre o cuidado em pesar as crianças, pois alguns levavam seus filhos para serem pesados em farmácias e armazéns, onde as balanças não são fidedignas e onde não terá um profissional de saúde para acompanhar o seu filho. Ainda discutimos sobre a importância do ganhar peso. Escutamos os pais falarem sobre as dificuldades em relação a entrega da cesta e aos obstáculos em levar suas crianças para acompanhamento em CS. Juntos tentamos traçar planos para que no próximo mês esses fossem amenizados e os pais não deixassem de pegar as cestas por faltarem em reuniões educativas ou por não levarem as crianças para acompanhamento em CS.

Foi levantado pelos pais a presença de “bichinhos” no arroz e feijão na cesta entregue no mês de Março e ficou resolvido que, se o problema persistisse, seria feito um relatório e encaminhado a Associação Florianopolitana de Voluntários (AFLOV), que é responsável pelas cestas nutricionais.

Ainda conversamos sobre os alimentos da cesta; uma das dúvidas que surgiram está relacionada com a utilização da aveia, já que algumas mães não sabiam como utilizá-la. Então foi passado uma receita de biscoito, na qual constava como um dos ingredientes a aveia. Neste momento as pessoas começaram a interagir entre si com a troca de receitas caseiras, não só utilizando a aveia, como outros produtos contidos na cesta nutricional. Neste dia foi proposto para próxima reunião educativa que os responsáveis trouxessem mais receitas para trocar e que se alguém utilizasse a receita do biscoito relatasse a experiência em próximo encontro.

Segunda reunião educativa, realizada dia 17 de maio de 2001, às 17:00h: compareceram treze pais ou responsáveis, a coordenadora do programa, um auxiliar ligado ao programa, nossa supervisora e nós acadêmicas. Esta reunião tinha o objetivo de trocas de receitas entre os presentes, mas isto não ocorreu pois não trouxeram as receitas. Três mães fizeram os biscoitos de aveia e relataram o resultado positivo. Os pais se mostraram cansados e desanimados inicialmente, porém ao indagarmos sobre o conteúdo da cesta nutricional, conforme o combinado em reunião anterior, houve uma participação por parte de todos. Foram relatadas novamente queixas sobre a qualidade e disposição dos alimentos vindos nas cestas oferecidos pelo programa.

Entre os problemas levantados nas duas reuniões pelos pais estavam: arroz e feijão com presença de ‘bichinhos’, aveia umedecida, biscoitos despedaçados, quantidade e qualidade das frutas e verduras inadequadas.

Em virtude dessas queixas, nós acadêmicas propusemos-nos, em parceria com a coordenadora e nossa supervisora, a acompanhar a próxima entrega das cestas e junto com os pais ou responsáveis conferir os conteúdos e disposição dos alimentos nas mesmas, para que com os dados levantados pudéssemos organizar um relatório e encaminhar aos responsáveis pela confecção das cestas nutricionais.

Para a próxima reunião educativa foi sugerido pelos pais que discutíssemos sobre o relatório feito e que se falasse um pouco sobre os cuidados essenciais às crianças.

Acompanhamos a entrega das cestas e a partir das situações observadas elaborou-se o seguinte relatório: dia 24 de Maio de 2001, às 14:30 hs a distribuição teve seu início.

Conforme as cestas iam sendo entregues, nós acadêmicas com uma lista dos alimentos em mãos e de acordo com o interesse dos solicitantes eram abertas as cestas e anotados os problemas encontrados (**ANEXO 8: componentes da cesta**).

Das quinze cestas entregues, sete foram abertas e conferidas sendo que os problemas encontrados foram:

- **bananas:** amassadas e abertas por sua má disposição na cesta, peso abaixo do proposto em lista fornecida, sendo que nesta lista a quantidade referida é de 3Kg de cada fruta. Uma das mães propôs-se a pesar a penca de banana e o valor constatado foi de 790g. Nas outras cestas as bananas não foram pesadas, porém era nítido observar que ali o peso era equivalente ou até menor que o valor referido acima (790g);

- **cenoura e batata doce:** com aparência inadequada;

- **abóbora:** em excesso, superando o limite proposto (2Kg) com isso diminuindo a quantidade das outras verduras.

Oito cestas não foram abertas, pois os pais se negaram: uns por não sentirem necessidade, outros por estarem com pressa para voltar ao trabalho.

Neste relatório podemos concluir que todos os alimentos que constam na lista estavam presentes nas cestas, porém não na quantidade certa e deixando muito a desejar a qualidade dos produtos agrícolas. Também foi possível notar a má disposição dos alimentos na cesta o que acaba prejudicando a apresentação e a qualidade dos alimentos. Esperamos que com este trabalho feito junto a comunidade do Itacorubi algo possa melhorar com relação aos reais problemas encontrados. Mostra-se também importante resgatar com os pais e responsáveis seus direitos como cidadãos para que estes saibam reivindicar, quando achar necessário, e participar do programa cumprindo as normas para atingirem o objetivo da alta de seus filhos após serem recuperados.

Salientamos que a intenção deste relatório é melhorar a assistência prestada às famílias do Programa e manter a proposta Educativa, contribuindo para a diminuição dos riscos de desnutrição infantil.

Percebemos que este programa tem uma característica bastante técnica, preocupando-se com a manutenção da saúde das crianças e que a cesta repassada a estas famílias tem o objetivo de suprir necessidades nutricionais (cesta nutricional- remédio), mantendo a saúde e contribuindo para o bom crescimento e desenvolvimento das crianças incluídas neste programa.

c) Exercitando a interdisciplinariedade

Tivemos a oportunidade de trocar experiências com o médico do PSF. Infelizmente não conseguimos acompanhar nenhuma consulta executada por ele, pois seu horário de atendimento não coincidia com o nosso. Mesmo assim, nas ocasiões em que tivemos

oportunidade de encontrar-nos, ele mostrou-se bastante acessível e interessado em nosso trabalho. Discutíamos juntos alguns casos e posteriormente buscávamos encontrar soluções. Podemos caracterizar essa interrelação multiprofissional, exemplificando um caso em que ao realizar uma visita domiciliar detectamos uma criança baixo peso, com diarreia, com lesão hálux esquerdo, logo encaminhamos para consulta médica e após a mesma, o médico repassou-nos o estado clínico da criança, confirmando a sua condição de desnutrido parabenizando-nos pela detecção precoce do caso.

Alternamos com o médico e enfermeira da unidade as consultas das crianças moradoras do bairro Itacorubi; cadastradas no SISVAN e pertencentes ao Programa Hora de Comer. As crianças foram acompanhadas pelos profissionais e por nós acadêmicas, passando um mês por consulta de enfermagem e o outro mês por consulta médica.

Podemos exemplificar o caso de uma criança que passou por consulta médica, precisou ser incluída no programa por estar baixo peso e após esta consulta foi agendada para consulta de enfermagem para o mês seguinte, onde manteria o acompanhamento antropométrico e consulta de puericultura.

Durante as consultas que realizamos, foi necessário também que fizéssemos o encaminhamento de três crianças para consulta médica; duas dessas, uma com suspeita de verminose e outra com quadro clínico de febre e tosse não produtiva, tiveram a oportunidade de serem atendidas pelo médico do PSF do Itacorubi no mesmo dia, após a consulta de enfermagem realizada por nós acadêmicas. A outra criança, com intercorrências clínicas de diarreia crônica e lesões cutâneas, foi encaminhada para consulta médica no Hospital Infantil Joana de Gusmão, por motivo do médico do CS Itacorubi estar de férias.

Podemos pontuar ainda nossa interação com os ACS, que foi bastante significativa desde o início do nosso trabalho, quando mostraram-se receptivos e dispostos a colaborar conosco, cedendo-nos informações necessárias para iniciarmos o mesmo. Passamos então a participar das reuniões entre os agentes e a supervisora, acompanhando seus trabalhos e aproveitando esses momentos para interagirmos com os eles. Fizemos o reconhecimento de área e algumas

visitas domiciliares com o auxílio de alguns agentes comunitários, os quais representaram a nossa porta de entrada na comunidade. Conforme íamos colocando em prática nosso trabalho, buscávamos dividir os resultados alcançados com os ACS, percebíamos que os mesmos estavam interessados e davam credibilidade ao nosso trabalho, ao demonstrarem o impacto causado na comunidade, uma vez que eles representam a mesma. Iremos citar umas das falas de alguns agentes ao exporem o que pensam sobre nosso trabalho:

“Essas fazem mesmo”

“Assim dá vontade de acompanhar vocês nas visitas”

“Sinto que vocês se preocupam mesmo com a saúde das crianças”

“Você foi muito bem recebida nessa casa, nem sempre é assim”

Na escola:

Desenvolvemos uma atividade que não era proposta em nossos objetivos, pois ao realizarmos nosso trabalho com os pais do Programa Hora de Comer, trabalhamos em conjunto com a coordenadora do mesmo, a qual também é responsável pelo CEC. Ela demonstrou entusiasmo com o nosso trabalho e foi solicitado-nos que organizássemos junto com a nossa supervisora a próxima reunião de pais dos alunos do CEC (crianças de 6 a 12 anos). O problema enfrentado pelas professoras do CEC era relacionado ao controle das crianças e então nos foi repassado que o tema abordado para essa reunião seria sobre **limites** (relacionamento criança e família) (**ANEXO 9: cartilha viver sem violência**).

Organizamos com antecedência o material que seria utilizado durante a execução da reunião (giz de cera, folhas, som e cantigas infantis). No dia 16 de maio de 2001, às 19:00h a reunião teve início com nossa apresentação feita pela coordenadora do CEC. Estavam presentes na reunião aproximadamente vinte pais, três professores e coordenadora. Nossa supervisora iniciou falando sobre afeto, carinho, atenção, respeito, confiança, autoridade, com o intuito de buscar a reflexão sobre os limites dados às crianças pelos pais e professores. A

reunião teve continuidade ao sugerirmos uma dinâmica de grupo com intuito de envolver os participantes ao tema abordado. Foi esclarecido que a participação seria espontânea, de forma que não se sentissem obrigados a participarem. No começo percebemos que havia uma certa resistência por parte de alguns pais, porém ao optarem em participar da atividade, aos poucos foram se envolvendo com a dinâmica.

A atividade sugerida foi que os pais se concentrassem naquele momento e esquecessem os problemas vividos nos lares, trabalhos na sociedade. Ao som de uma cantiga infantil foi sugerido aos pais que se colocassem nos lugares das crianças e desenhassem o mundo como elas vêem. Em um outro momento foi sugerido que os pais fizessem um outro desenho de como eles percebem o mundo como adultos, sem cantigas infantis, ao som de outro tipo de música. Em cima dos desenhos feitos houve uma interação dos pais, os quais, passaram discutir sobre seu cotidiano no trabalho, nos lares e com seus filhos, proporcionando um momento de reflexão sobre o respeito, carinho, atenção, somando o tema limites impostos para as crianças. Percebemos que o assunto de alguma forma sensibilizou os pais, ao notarmos suas manifestações verbais e não verbais. Citaremos algumas das citações verbais:

“Realmente não paramos para pensar sobre o nosso dia a dia”

“Nunca imaginei como meu filho pudesse ver o mundo”

“Como é difícil desenhar como meu filho!”

“Não posso ficar muito tempo com meu filho, trabalho fora”

“Minha filha entende que eu preciso trabalhar”

Ao término da reunião a coordenadora ainda repassou alguns informes necessários e agradeceu a presença e participação de todos.

- d) Buscando aproximação da metodologia de assistência de enfermagem com referencial teórico de Paulo Freire

Investigamos o cotidiano das famílias, suas condições existenciais e seus cuidados com a criança. Buscamos junto com a enfermeira do PSF e agentes comunitários aspectos dessa realidade e continuamos a compô-la junto com a família, conhecendo a área que iríamos trabalhar e realizando visitas em seus domicílios, dando continuidade realizando consultas de enfermagem no Centro de Saúde Saco Grande I.

Com questionamentos e reflexões realizadas junto às famílias visitadas e acompanhadas buscamos causas, contradições, interrelações e as relações não percebidas da realidade. Com base nisso definimos temas que fizeram parte do programa de educação em saúde da família, sendo que um desses estava relacionado à alimentação da criança, mais propriamente ao seu baixo peso, o que direcionou nosso trabalho.

Junto com essas famílias construímos o conhecimento do tema selecionado ao realizarmos visita, a consulta de enfermagem, ao participarmos das reuniões educativas mensais e entregas das cestas nutricionais realizadas pelo Programa Hora de Comer, onde buscávamos frente ao diálogo e participação dos envolvidos definir e implementar novas ações modificadoras da realidade.

Refletimos em cima das ações realizadas ao longo do estágio e do potencial de transformação das mesmas.

5.2.2 Analisando o alcance do objetivo proposto

Consideramos o objetivo de implementar a integralidade das ações previstas pelo SUS/PSF e Programa Capital Criança, numa perspectiva de participação, interdisciplinariedade e transformação da realidade alcançado, uma vez que trabalhando com a clientela de crianças entre 2 a 5 anos com desnutrição, conseguimos acompanhar seu desenvolvimento e crescimento de forma integral, ou seja, buscando todas as intercorrências apresentadas por elas, conhecendo seu contexto social, trabalhando em conjunto com suas famílias, enfim buscando envolver-nos em todas as atividades que diziam respeito as mesmas, protocoladas ou

não. Ainda conseguimos realizar esse trabalho num exercício interdisciplinar como proposto, contando com a participação dos ACS, do médico do PSF e da nossa enfermeira supervisora. Em cima do trabalho realizado elaboramos a metodologia do nosso trabalho baseado no itinerário de Paulo Freire.

Ficamos muito entusiasmadas com as presenças das famílias nas consultas pois considerávamos a consulta uma continuidade da visita domiciliar e sabíamos da dificuldade de algumas delas de se deslocarem até o outro bairro (Saco Grande I).

Na dinâmica de trabalho em parceria com o médico, consideramos ter atingido uma assistência integral à criança e sua família e dentro de uma perspectiva proposta pelo PSF.

Esperamos que com o trabalho de análise das cestas de alimentos do Programa Hora de Comer que efetuamos, possamos contribuir para a modificação do problema encontrado, do qual emergem várias queixas das famílias. Mostra-se também importante resgatar com os pais e responsáveis seus direitos como cidadãos para que estes saibam reivindicar e usufruir de seu direito e dever de reclamar quando acharem necessário.

5.3 Objetivo identificar como as famílias atendidas num PSF se definem como famílias, visão sobre qualidade de vida e mudanças na qualidade de vida decorrentes da implantação do PSF.

5.3.1 Estratégias e resultados

Para o alcance desse objetivo após ter um primeiro contato com as famílias da comunidade, com as quais trabalhamos no Programa Hora de Comer, elaboramos cinco questões que foram aplicadas a famílias, sendo respondidos preferencialmente pelos pais a partir do consenso dos presentes. O questionário foi lido, pela acadêmica de enfermagem, e resposta apresentada foi anotada. O número médio de membros que compunham as famílias era de 4 pessoas, destas a média de idade mínima era de 2 anos e a média de idade máxima

era de 30 anos. Outro dado levantado foi a renda salarial a qual ficou na média de 370,00 reais por família (**ANEXO 10: questionário**).

Abaixo apresentam-se os resultados obtidos junto às doze famílias
Qualidade de Vida para famílias moradoras do Morro do Quilombo

Questões formuladas

1. Você(s) utiliza(m) os serviços do Centro de Saúde?
2. Quem utiliza o Centro de Saúde?
3. O que é qualidade de vida para você(s)?
4. O que é que você(s) sabe(m) sobre PSF?
5. Você(s) acha(m) que houve alguma mudança na qualidade de vida com a implantação do PSF?

OS RESULTADOS PARA UM TOTAL DE 12 FAMÍLIAS RESPONDENTES FORAM:

1. Você(s) utiliza(m) os serviços do Centro de Saúde?

Sim / Sempre	Sim as vezes	Não utilizam
9	1	2

2. Quem utiliza o centro de saúde

Toda a família	Alguns membros da família
9	1

3. O que é qualidade de vida para você(s)?

Total de respondentes: 12. Cada entrevistado respondeu mais de 1 item no que se relacionava qualidade de vida. Agrupamos em palavras-chave as respostas obtidas e totalizamos o número de respostas correspondentes a cada palavra-chave.

Qualidade de vida :

- é ter saúde (6 respostas dos 12 entrevistados)
- é alimentação (6 repostas)
- é ter casa (3 respostas)
- é ter banheiro (3 respostas)
- é ter emprego (2 respostas)
- é ter plano de saúde (2 respostas)
- é viver bem (2 respostas)
- é ter dinheiro (2 respostas)
- é ter transporte (1 resposta)
- é ter vestuário (1 resposta)
- é ter centro de saúde organizado (1 resposta)

4. *O que é que você(s) sabe(m) sobre PSF?*

Total de respondentes: 12

- Ouvi falar mas não sei o que significa (4 respostas)
- Não sabem do que se trata (8 respostas)

5. *Você(s) acha(m) que houve alguma mudança na qualidade de vida com a implantação do PSF?*

Total de respondentes 12: estímulo (1); segurança (1); tratamento (1); controle (1) ; atendimento mais próximo (1) ; boas, mas não especificadas (3) ; desconheciam o programa, ou afirmaram não utiliza-lo (4).

Reflexões sobre as respostas :

Com base nas respostas obtidas podemos constatar que os entrevistados utilizam de alguma forma os serviços prestados no Centro de Saúde. Ao dialogarmos sobre qualidade de vida percebemos que houve uma dificuldade por parte dos entrevistados em responder, então juntos buscamos uma forma em comum de compartilhar a temática qualidade de vida.

Fizemos isso entrando em um consenso de que qualidade de vida seria “o que se precisa para viver bem” e com isso obtivemos as respostas através da interação estabelecida.

Percebemos então através das respostas que o maior número delas vinculou qualidade de vida a ter saúde, alimentação, casa e banheiro. Podemos estabelecer relação das respostas com o contexto vivido pelas famílias, de baixa condição sócio econômica, às voltas com a doença, desemprego, problemas de moradia, carecendo em suas casas de banheiro. Nas respostas também evidenciou-se preocupações com ter plano de saúde, viver bem, ter dinheiro entre outras.

Para FORATTINI (1991), a conceituação sobre qualidade de vida torna-se difícil devido seu caráter subjetivo, mas pode ser a somatória de fatores resultantes da interação entre a sociedade e o ambiente, de acordo com suas necessidades psíquicas e biológicas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no seu contexto cultural e no sistema de valores em que vive em relação aos seus objetivos.

O termo qualidade de vida é bastante complexo, repleto de significados. Há o envolvimento de crenças, prioridades e valores pessoais, tornando-se com isso difícil defini-lo.

Shin & Johnson apud Kuczynski & Assumpção (1999) sugerem que “qualidade de vida consiste na posse dos recursos necessários à satisfação das necessidades individuais, participação em atividades que permitem o desenvolvimento pessoal, a auto-realização e uma comparação satisfatória entre si mesmo e os outros.” No caso do indivíduo em desenvolvimento se torna ainda mais difícil, pois a criança e o adolescente têm diferentes graus de percepção de si mesmos e do mundo.

Acredita-se que viver com qualidade de vida é fazer valer os direitos sociais, amparados por lei, conforme art. 6º da Constituição de 1988: “ São direitos sociais, a educação, a saúde, o

trabalho, o lazer, a segurança, o transporte, a habitação, a previdência social e a proteção a infância.”

Portanto a saúde é uma condição imprescindível para se ter qualidade de vida, pois reflete o bem estar do ser humano, o equilíbrio consigo e com o meio ambiente tendo como determinantes prioritários as condições de vida e da qualidade da assistência recebida. A moradia, o salário como meio de subsistência, a segurança urbana, o transporte urbano como um bem de consumo coletivo e o lazer o qual promove a saúde física e mental em busca do completo bem estar, representam os múltiplos fatores que devem ser considerados ao ser abordado a temática qualidade de vida.

Muitos autores adotam a aplicação de questionários como forma de mensuração da qualidade de vida. Mulhern apud Kuczynski & Assumpção (1999), propõem as seguintes características como essenciais, a um instrumento de avaliação de qualidade de vida: incluir a abordagem física que compreende a atividade e limitações físicas, atividades de auto-cuidado e mobilidade, desempenho escolar e ocupacional, ajustamento social e auto-satisfação; ter sensibilidade para detectar problemas funcionais; ser confiável e válido para o grupo em que será utilizado; ser breve, simples, fácil de administrar, fácil de computar e reprodutível; permitir estimativa confiável; permitir entender o conceito de qualidade de vida ou favorecer uma auto-avaliação. Até hoje nenhum instrumento conseguiu abranger todas essas características (Glazer & Ivan apud Kuczynski & Assumpção, 1999).

Quando questionamos sobre PSF, observamos que todos os entrevistados, mesmo os que já tinham ouvido falar sobre o programa não sabiam o seu significado, então para que pudéssemos dar continuidade a aplicação do questionário, foi preciso que esclarecêssemos as dúvidas sobre PSF. Ao aplicarmos a quinta e última questão constatamos que a estratégia de saúde da família ainda não está bem trabalhada junto aos entrevistados, pois desconhecem o programa e suas vantagens, o que dificulta a avaliação das mudanças propostas pelo PSF.

5.3.2 Analisando o alcance do objetivo proposto

Consideramos este objetivo alcançado pelo fato de termos elaborado e aplicado o questionário proposto e com base nas respostas obtidas tivemos a oportunidade de refletir em parceria com as famílias sobre os temas levantados e as dúvidas que surgiram. Consideramos que não houve possibilidade de elaborar junto com as famílias, como elas definem-se como famílias, pois ao ser levantado a temática PSF a reflexão direcionou-se para os problemas e limitações encontradas relacionadas a esta questão.

5.4 Objetivo: incentivar e participar da capacitação dos agentes comunitários de saúde.

5.4.1 Estratégias e resultados

Durante nosso estágio tivemos oportunidade de acompanhar as reuniões entre os agentes comunitários de saúde (ACS) e a responsável pelos mesmos. Ao todo participamos de 12 encontros, realizados semanalmente, na igreja da comunidade, geralmente no período da manhã, em consequência do Centro de Saúde estar fechado. Hoje o bairro Itacorubi conta com uma equipe de doze ACS, e que desses, dez fazem parte da equipe de PSF e dois do PACS que estão temporariamente sob supervisão da enfermeira do PSF. São contratados por um órgão público municipal a Associação Florianopolitana de Voluntários (AFLOV). Nas reuniões que comparecemos foram abordados alguns temas relacionados ao trabalho por eles realizados, como por exemplo o consolidado, nesse os ACS repassavam os dados levantados durante o mês, dados estes referentes aos marcadores trabalhados, para a enfermeira supervisora. Nas reuniões a enfermeira supervisora também entregava as fichas de presença para que fosse preenchida; quando necessário distribuía fichas de notificação; discutia sobre férias dos ACS; quando solicitado eram marcadas as visitas domiciliares; eram tiradas dúvidas sobre vacinas, doenças, entre outros temas.

Achamos por bem relatar um trecho de uma das reuniões das quais participamos e que consideramos importante, pois caracterizou a reorganização das micro- áreas com fins de ajustar o número de agentes comunitários pertencentes ao PSF e ao Programa de Agentes Comunitários.

09/04/2001 (Segunda-feira) a enfermeira supervisora dos agentes iniciou a reunião colocando em pauta a questão da reorganização das micro áreas. Entre as transformações ocorridas estão a mudança de 22 para 20 micro áreas, a re-divisão do mapa junto com os ACS. Os agentes que permanecerão com a equipe de PSF passarão a cadastrar as famílias na nova numeração estabelecida a qual mudou, passando de área 191-09 para 190-01, para essa área será montado prontuário da Família. As alterações ocorridas relacionadas à numeração das demais áreas foram: 191-08 para 190-05; 191-10 para 190-06; 192-02 para 190-08; 192-01 para 190-09, 191-03 mais a 190-09 para a ser reconhecida como 191-03 e as demais áreas permaneceram com a mesma numeração.

Ao participarmos desse encontro pudemos vivenciar na prática uma alteração da dinâmica de trabalho que irá modificar o modelo atual proporcionando a integralidade da assistência.

Relataremos a seguir uma dinâmica de confraternização com os ACS, realizada em um dos encontros:

11/04/2001 (Quarta-feira) Antes da dinâmica de confraternização com os agentes previamente planejada por nós acadêmicas, com auxílio de nossa supervisora, foi realizada a reunião como era de costume.

A dinâmica teve início com todos dando-se as mãos e fazendo um círculo. Foi orientado que cada um prestasse atenção na pessoa que estava segurando tanto na mão direita, quanto na mão esquerda. Após este momento soltamos as mãos e foi orientado para que todos andassem em qualquer sentido, enquanto andávamos a supervisora que estava conduzindo a dinâmica, ia falando dos trabalhos realizados na comunidade e o que representa uma equipe. O próximo passo foi que cada pessoa permanecesse no local onde tivesse parado e então pegasse a mão

do seu companheiro da direita e da esquerda, correspondendo a ordem de mãos que tinha pego pela primeira vez. Ao juntarmos as mãos formou-se um grande “nó” que teríamos que desfazer. Encontramos dificuldades em desfazer o nó, por falta de um consenso. O tempo passou não conseguimos desfazer o nó, conseqüentemente foi optado em desistir da dinâmica, então soltamos as mãos e refletimos sobre a mesma. Foi colocado então, que essa dinâmica quando realizada de maneira correta não leva mais de dez minutos para desfazer o nó. Concluimos que os próprios membros da equipe não se sentiam uma equipe ainda, devido as divergências e a faltava companheirismo. A partir desse momento refletimos sobre o significado da palavra equipe que é tão importante para o cumprimento da integralidade da assistência dentro de um PSF e PACS e que está diretamente voltado para a comunidade e família.

Após este fechamento foi servido um lanche, onde tivemos a oportunidade de agradecermos pelo período que estávamos estagiando na comunidade e pelo retorno que eles nos proporcionaram ao participarem da dinâmica proposta. Neste momento os ACS nos colocaram que confiavam em nosso trabalho (**ANEXO 11: foto 3**).

5.4.2 Analisando o alcance do objetivo proposto

Consideramos este objetivo alcançado pois interagimos com os ACS durante todo o período em que estivemos em campo de estágio participando de reuniões, acompanhando visitas domiciliares, trocando informações, compartilhando saberes, exercitando a problematização e busca de soluções para a modificação da realidade.

5.5 Objetivo : buscar aprimoramento profissional

5.5.1 Estratégias e resultados

Durante nosso estágio participamos de eventos que nos forneceram subsídios para a assistência à criança e suas famílias. O primeiro deles foi o III Simpósio Brasileiro de Vacinas (dias 5, 6 e 7 de abril de 2001), no Centro de Convenções-Centro Sul em Florianópolis. Os assuntos abordados foram: calendário vacinal, vacina contra a poliomielite inativada, vacinação no Brasil, vacinas conjugadas contra pneumococo e meningococo, pertussis em adulto, vacinas em situações especiais, vacinação em imunodeprimido, vacinação do profissional de saúde, vacinação pós- exposição, vacinação da gestante e do RN prematuro, vacina BCG, vacina contra *Haemophilus influenzae*, eventos adversos relacionados à vacinas, febre amarela-situação atual, vacina contra hepatite A, vacinas de uso recente, vacina contra varicela, vacina contra hepatite B, vacinas-conservação e qualidade e vacinas combinadas. Notamos que algumas informações apresentadas no Simpósio eram realmente novas, porém a organização do evento e as palestras deixaram a desejar, visto que houveram algumas contradições entre os temas apresentados **(ANEXO 12: certificado 1; ANEXO 13: foto 4)**.

O segundo, foi o Seminário de Desenvolvimento Integral da Criança de 0 a 3 anos. Realizado pela Secretaria Municipal de Saúde e Programa Capital Criança (dia 29 de maio de 2001), entre os assuntos abordados estavam: a importância da primeira infância para o desenvolvimento humano; risco e resiliência. Nesse dia não tivemos a oportunidade de acompanhar o seminário em sua íntegra pois tínhamos compromissos na universidade **(ANEXO 14: certificado 2)**.

No término do estágio surgiu a oportunidade de participarmos da I Semana do SUS “falando do SUS na universidade”, expondo um pôster sobre nosso projeto assistencial da oitava unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem **(ANEXO 15: foto 5)**.

O tema escolhido foi Vigilância à Saúde, o qual permeou o projeto e com o qual desenvolvemos nossa prática em saúde pública. Com esse mesmo tema, escrevemos um artigo científico para a disciplina de Enfermagem em Contexto Social IV, o qual posteriormente será publicado **(ANEXO 16: artigo 1)**.

Este evento foi realizado pela Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Saúde Pública e Núcleo de Apoio a Municipalização e Implementação de SUS/ NAM-SUS (dias 4, 5, 6, 7 e 8 de junho de 2001). Buscamos através da exposição de uma parte do nosso projeto, demonstrar o quanto é importante pôr em prática o que planejamos e que é possível se obter resultados positivos ao se trabalhar em parceria com a comunidade.

Concordamos com FREIRE (1981), que diz: *“Os temas, em verdade, existem nos homens, em suas relações com o mundo, referidos a fatos concretos...A temática significativa aparece, de qualquer maneira, com seu conjunto de dúvidas, de anseios, de esperanças.”*

5.5.2 Analisando o alcance do objetivo proposto

Consideramos o objetivo alcançado pois ao participarmos de eventos relacionados a saúde da criança tivemos a oportunidade de, por um lado adquirir novos conhecimentos e por outro, trabalhar nossa visão crítica sobre políticas públicas. Participamos de exposição de um pôster relacionado ao tema em que estávamos trabalhando e elaboração de um artigo. Com isso buscamos a repercussão do nosso trabalho para além da universidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegarmos ao fim deste trabalho, pudemos ressaltar alguns pontos que fizeram parte da nossa formação como pessoas, tendo a convicção de que o primeiro passo na vida profissional foi dado.

Dentro da clientela proposta, não tivemos a oportunidade de trabalhar com crianças que apresentavam manifestações clínicas freqüentes e complexas, pois o Centro de Saúde (CS) do Itacorubi manteve-se fechado dificultando nosso acesso aos prontuários e a comunidade como um todo. Priorizamos então as crianças inseridas no Programa Hora de Comer (programa de suplementação alimentar com atendimento multidisciplinar que visa a recuperação das carências nutricionais em crianças de 2 a 6 anos) , o qual oportunizou-nos o alcance de dados e aproximação às crianças e suas famílias, além destas estarem incluídas em alguns critérios que estabelecemos para a seleção da clientela.

Com o objetivo de desenvolver o cuidado de enfermagem, reflexivo e crítico junto a criança de 0 a 5 anos e suas famílias, no contexto da Estratégia de Saúde da Família e do Programa Capital Criança, de um Centro de Saúde do município de Florianópolis, optamos pelo referencial teórico de Paulo Freire como suporte metodológico. Tínhamos consciência de que teríamos dificuldade em construir a prática educativa proposta pelo educador. Entretanto, estivemos sempre buscando uma comunhão com idéias abraçadas, uma revisão dos nossos conceitos para que pudesse ocorrer um processo interativo, com possibilidades de compartilharmos vivências, saberes e mudanças. Sem dúvida a teoria de Paulo Freire não serviu de embasamento somente para o experimento. As palavras do educador “*não nascemos pronto; nós nos reconstruímos todos os dias*”, tocaram fundo nosso espírito de cidadania e nos sentimos motivadas para esta reconstrução, através de nossos

conhecimentos acadêmicos, nossas experiências com os professores, com palestrantes, com os profissionais de saúde, com as instituições governamentais, com a família e com a comunidade.

Para aproximarmos da educação libertadora, proposta por Paulo Freire, buscamos junto às famílias da comunidade, estabelecer uma relação dialógica possibilitando a construção do conhecimento através da participação efetiva do grupo, vinculado ao seu cotidiano, em busca de alternativas viáveis para os problemas detectados. Descobrimos a importância de ter seguido a proposta do educador Paulo Freire, para direcionar a nossa prática assistencial, a qual defende a liberdade de expressão e possibilita ao ser humano a discussão corajosa de sua problemática. Não pretendemos porém, desmerecer a concepção bancária, já que a mesma também oportunizou a aquisição de conhecimentos durante nossa trajetória. Mas devemos considerar que apenas iniciamos nossa trajetória, e que também os profissionais e população podem seguir, pelo caminho da cidadania, se guiados pelo princípios da educação libertária.

Devemos colocar que a aplicação do referencial de Paulo Freire não é uma tarefa fácil. De certa forma atitudes anteriormente aprendidas, de orientar o outro, de passar conhecimentos, de definir o importante, estiveram sempre retornando ao nosso fazer e pensar e necessitaram de nós uma vigilância constante para seguir o referencial escolhido/acreditado.

Concluimos que houve um momento, ao trabalharmos com o Programa Hora de Comer, que conseguimos realizar o círculo de cultura. Porém durante todo o período em que estivemos em campo de estágio, trabalhamos com Paulo Freire ao utilizarmos o diálogo como guia orientador das nossas ações e reflexões.

Em relação às políticas de saúde, acreditamos que a eficácia na implementação dos programas de saúde dependem, da integração do grupo/ comunidade com os sistemas institucionais e administrativos. As políticas devem ultrapassar além de seu sentido estrito de funcionamento relacionado à rede de serviços básicos implantada pelo governo, com o intuito de resgatar as condições sócio- culturais, econômicas e ambientais vigentes em comunidades específicas, bem como as necessidades, percepções e comportamentos efetivos acerca do processo saúde- doença daqueles que serão usuários de tais políticas.

Nossa experiência em trabalhar com a Estratégia de Saúde de Família (PSF), contribuiu para o enriquecimento desse trabalho. Este programa constitui-se, num esforço do setor público de saúde para tentar resolver, em parte, uma crise que abate de longa data a sociedade brasileira. Para tal, a promoção da saúde vem sendo fortemente o caminho mais seguro e duradouro para garantir a saúde e o bem estar da população. Consideramos válido o trabalho com PSF, quando causa impacto que possa oferecer melhoria da saúde da comunidade, quando a equipe de saúde trabalha em conjunto, com e na comunidade e quando o trabalho é direcionado a vigilância à saúde com o objetivo de garantir a integralidade da assistência.

Porém ao aplicarmos o questionário sobre qualidade de vida, constatamos que a temática PSF ainda não é bem trabalhada com as doze pessoas entrevistadas, visto que as mesmas mostraram desconhecimento com relação a implementação, as ações e as vantagens do programa.

Observamos ao decorrer do estágio que o processo de formação universitária não nos prepara para trabalhar com a comunidade, sendo que durante nossos anos de academia tivemos poucas oportunidades de trabalharmos a saúde pública, atendo-nos a maior parte do tempo a assistência técnica a nível hospitalar. Salientamos então que as escolas que preparam os profissionais da área da saúde não devem apenas formar enfermeiros, mas sim profissionais, que tenham amor e dedicação para a saúde comunitária e das famílias. No entanto as experiências pelas quais passamos no decorrer do curso levaram-nos a um estado de consciência de que tínhamos muito a contribuir na sociedade. Apesar das dificuldades encontradas trabalhamos com a realidade das famílias da comunidade, as quais vivem em um contexto social de risco. Conseguimos isso ao aproximarmos-nos de seu cotidiano, conhecer sua realidade sócio-econômica e cultural ,participando de seus problemas e compartilhando vivências e saberes.

O contato com as crianças e suas famílias permitiu-nos a aproximação em seu contexto familiar, onde tivemos a oportunidade de acompanhar o cuidado que as famílias depositam em suas crianças. Acreditamos, dessa forma que o estágio representou para nós uma oportunidade de reconstrução: de valores, de pessoas, de conceitos, de saúde.

O enfrentamento da realidade permitiu-nos, junto com a família e profissionais envolvidos, a definição de temas que pudessem fazer parte do programa de educação em saúde da família, que viria atingir diretamente a criança de 0 a 5 anos. *“Os temas, em verdade, existem nos homens, em suas relações com o mundo, referidos a fatos concretos... a temática significativa aparece, de qualquer maneira, com seu conjunto de dúvidas, de anseios, de esperanças”*, são palavras de Paulo Freire que adquiriram vida durante todo o estágio e solidificaram o espírito de equipe.

Ao integrarmos-nos à comunidade pudemos abordar assuntos como qualidade de vida, direitos e deveres dos cidadãos, assim as pessoas incluídas nesse processo perceberam-se em suas diversidades, suas histórias de vida e seu cotidiano. E nós como acadêmicas percebemos que muito há para ser feito a essas famílias, que necessitam de oportunidades na sociedade e melhores condições de vida *“para viverem bem”*.

Para a concretização de nosso trabalho, passamos por processos, que proporcionaram-nos momentos de vivências e ajudaram-nos a colocar em prova nossas próprias limitações. Limitações essas que podem ser evidenciados pelo alto grau de normatividades de procedimentos, de organização burocrática e dos serviços de informação.

Acreditamos que nossos objetivos foram alcançados, sobretudo na interação com as crianças e suas famílias. A partir delas passamos a *“ investigar os homens, não como se fossem peças anatômicas, mas identificando seu pensamento- linguagem com relação à própria realidade- a sua visão do mundo com relação às próprias necessidades”*, como afirmava Paulo Freire. Fizeram pouco? Não, fizeram muito. Deram a nós, futuras enfermeiras, a visão de um mundo que existe além dos muros da Universidade: a realidade.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

_____ **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília. 1986. Brasília: centro de Documentação do ministério da saúde. 1987.

_____ **Dos Princípios e Diretrizes.** lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Cap. II. Art.7. diário Oficial da União 20-09-90. Brasília. nº 182.

_____ **Anais da Reunião Técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família de 26 a 28 de Maio de 1999.** Ministério de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica.. Brasília, 2000. 84 p.

_____ **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial** Ministério de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade .. Brasília, 1997. 33 p.

_____ **I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família: Relatório Final.** Ministério de Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básicas Brasília, 1999. 78 p.

_____ **Normatização e implementação/ ampliação das equipes de saúde da família.** 1999.

BARROS D.I., FISBERG M. Desnutrição. Fatores de Risco em Lactentes. **ARS CVRANDI.** Jan./Fev., 1995.

- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é método Paulo Freire**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1981.
- BRITO, A. M., COSTA, I. F., TRAMONTIN, L.A. **Cuidando da criança/família no enfrentamento aos estressores da cardiopatia congênita**. Monografia (Graduação em Enfermagem) Florianópolis: dez 1995, Universidade Federal de Santa Catarina.
- BRITO, V. H. **Desvelando o processo ensino-apredizagem da assistência de enfermagem – ação e reflexão sobre a realidade com o corpo discente**. Florianópolis: 1997. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.
- CARVALHO, Maria do C. B. de. A priorização da família na agenda da política social. In: **A Família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC, 1995.
- CORSO, D. C.; SCHWERZ, S. **Buscando a educação e a saúde de gestantes/família na Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade de Florianópolis**: UFSC, 1999. Monografia (Graduação em Enfermagem).
- DOMINGUEZ, Benito N. Ramos. **Programa de saúde da Família: como fazer**. Minas Gerais: CGE, 1998.
- ECKERT, E.R. **“Educação em Saúde, uma abordagem com famílias hospitalizadas”**. Florianópolis: UFSC, 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).
- ELSEN I., PENNA C.M.M, ALTHOLFF C.R., BUB L.I.R., PATRÍCIO Z.M. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Série Enfermagem – Repensul. Editora da UFSC. 1994. Florianópolis. 195p.
- FERNANDES V.R., Pereira L.D.C.. **Júnior R.F. Manual de terapêutica/Associação Catarinense de Medicina. Departamento Científico**. Florianópolis, 1999. 745p.
- FORATTINI, O. P. **Qualidade de Vida e Meio Urbano**. A cidade de SP, Brasil. Rev. de Saúde Pública, v.25, p.75-81, 1991.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 18ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1981.

GADOTTI, M. **Paulo Freire: uma bibliografia**. São Paulo: Cortez. Instituto Paulo Freire, Brasília, DF: Unesco, 1996.

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. 1.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KUCZYNSKI, E. & ASSUMPÇÃO Jr, F.B. **Definições atuais sobre o conceito de qualidade de vida na infância e adolescência**. *Pediatria Moderna*, v.25, nº 3, março 1999.

MENDES E.V. **Distrito Sanitário – O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3 ed. Editora Hucitec-Abrasco. São Paulo-Rio de Janeiro. 1995. 310 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Revista brasileira de saúde da família**., nov., 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria nacional de Assistência à saúde/SNAS. **ABC do SUS doutrinas e princípios**. Brasília, 1990.

MURAHOVSKI J. **Pediatria Diagnóstico + Tratamento**. 5 ed. Editora Sarvier. São Paulo. 1998. 775p.

NETO, A.C. **Pediatria Atual. Desnutrição. As marcas no cérebro e na conduta da criança**. São Paulo. V.9. n.8. 1996.

NÓBREGA, F. J. **Clínica Pediátrica**. Editora Guanabara. Rio de Janeiro, 1997. 1143p.

Prefeitura Municipal de Saúde CCS/UFSC – Projeto de Articulação Docente Assistencial Universidade – Sistema de Saúde.2000. Florianópolis.

Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Normas Operacionais, junho 2000.

Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social. Programa Capital Criança. Normas operacionais, 1998.

ROMANO, Bellkiss Wilma. Qualidade de vida: teoria e prática. **Rev. Soc. Cardiol.** São Paulo, v.3, n. 6, p. 6-9, nov / dez., 1993.

STEFANE,J.M.J. **A Enfermagem, o Crescimento e Desenvolvimento Infantil**. São Paulo, 1985.

TORRES, Carlos Alberto. **Diálogo com Paulo Freire**. São Paulo: Ed. Loyola, 1979.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec/ Ministério da Saúde, 1999.

VAUGHAN J.P., MORROW R.H. **Epidemiologia para Municípios – Manual de Gerenciamento do Distritos Sanitários**. Editora Hucitec. São Paulo.1992. 180 p.

WHALEY L.F. E WONG D. L. **Enfermagem Pediátrica elementos Essenciais à Intervenção Efetiva**. 2 ed. Editora Guanabara. Rio de Janeiro. 1989. 909p.

WOSNY, A. de Miranda. **Nasce o sol no sol nascente: organização popular numa perspectiva problematizadora de educação e saúde**. Florianópolis: 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.

8 ANEXOS

Anexo 1

Foto 01



Anexo 2

Cartão da criança



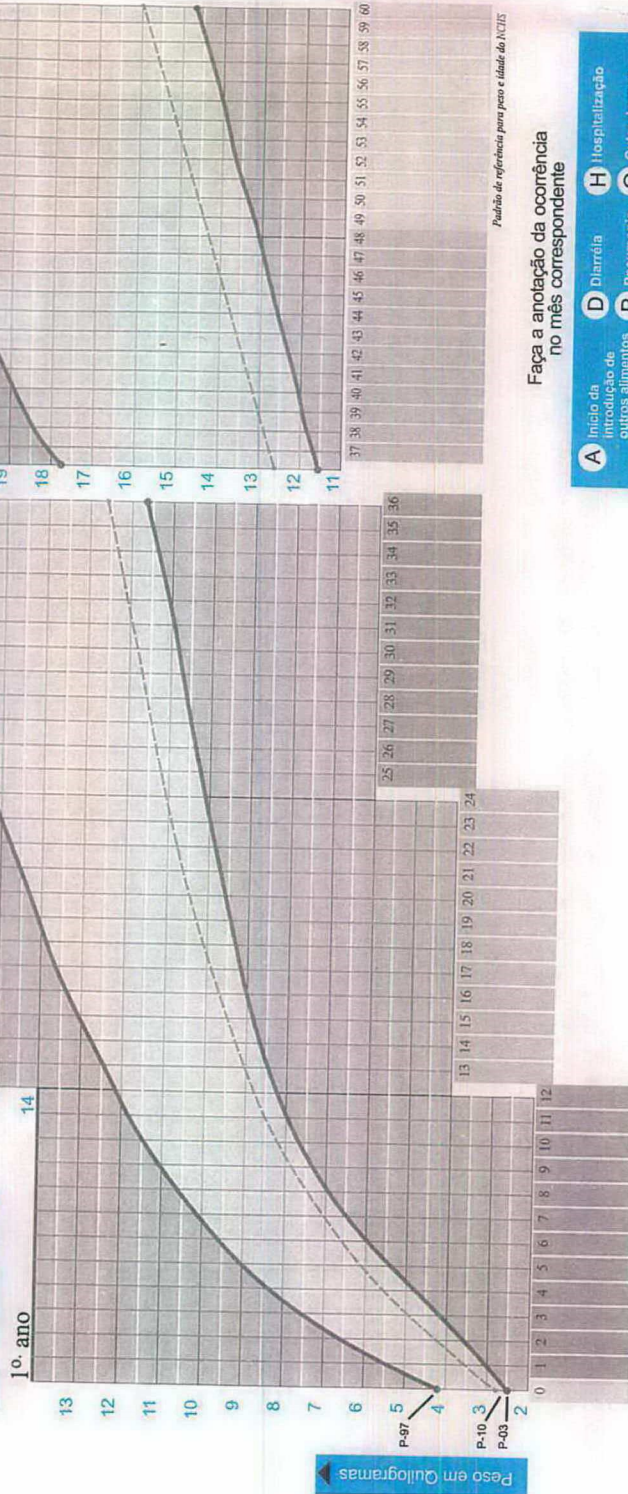
CARTÃO DA CRIANÇA (masculino)

Gráfico Peso-Idade

Nome da criança

Observe a linha do seu filho:

- Bom
- Perigo
- Grande Perigo



Padrão de referência para peso e idade do INCB

Faça a anotação da ocorrência no mês correspondente

- A Início da introdução de outros alimentos
- D Diarréia
- H Hospitalização
- P Pneumonia
- O Outra doença



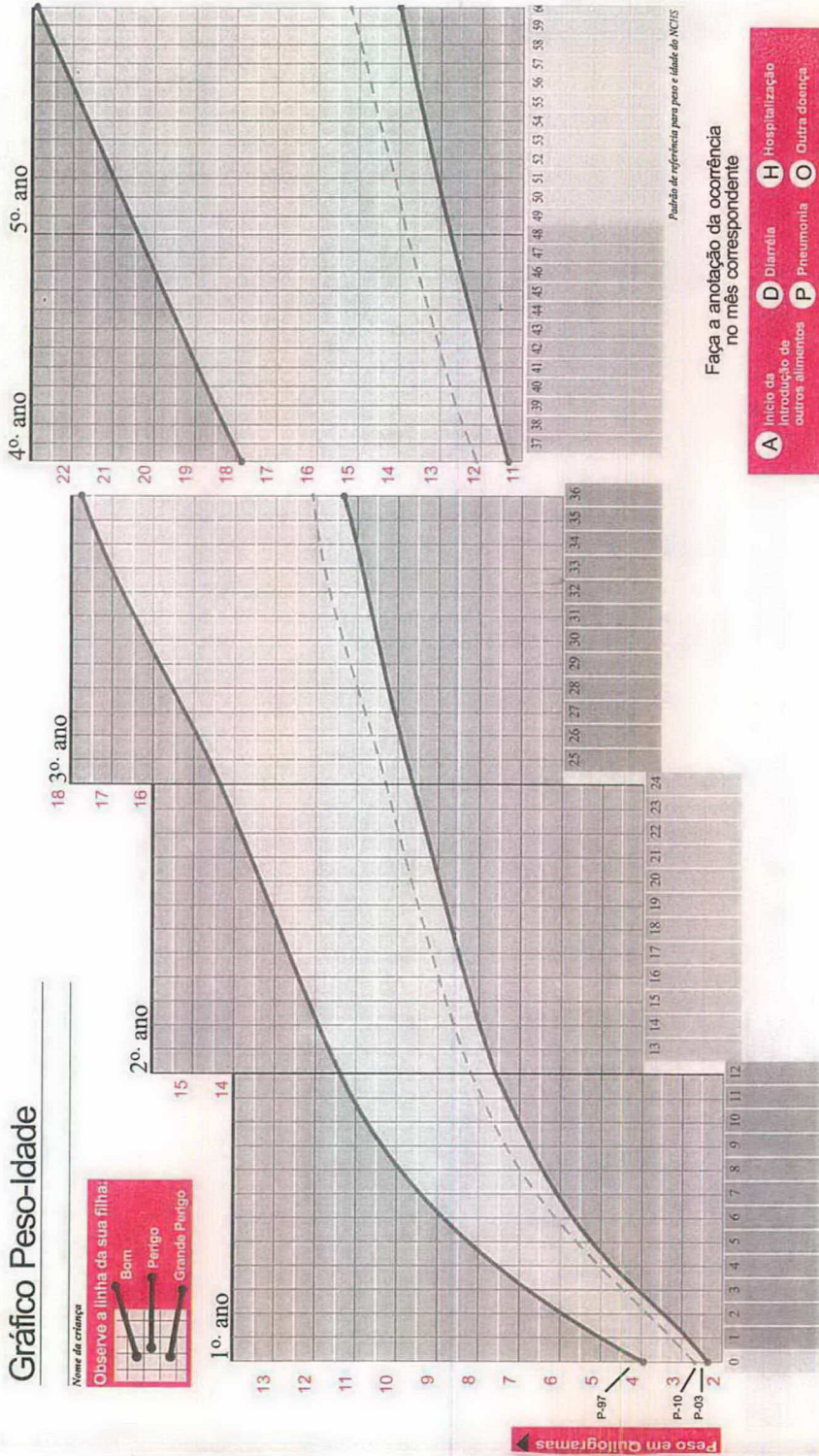


CARTÃO DA CRIANÇA (feminino)

Gráfico Peso-Idade

Nome da criança

Observe a linha da sua filha:



Faça a anotação da ocorrência no mês correspondente

A Início da introdução de outros alimentos
 D Diarréia
 H Hospitalização
P Pneumonia
 O Outra doença

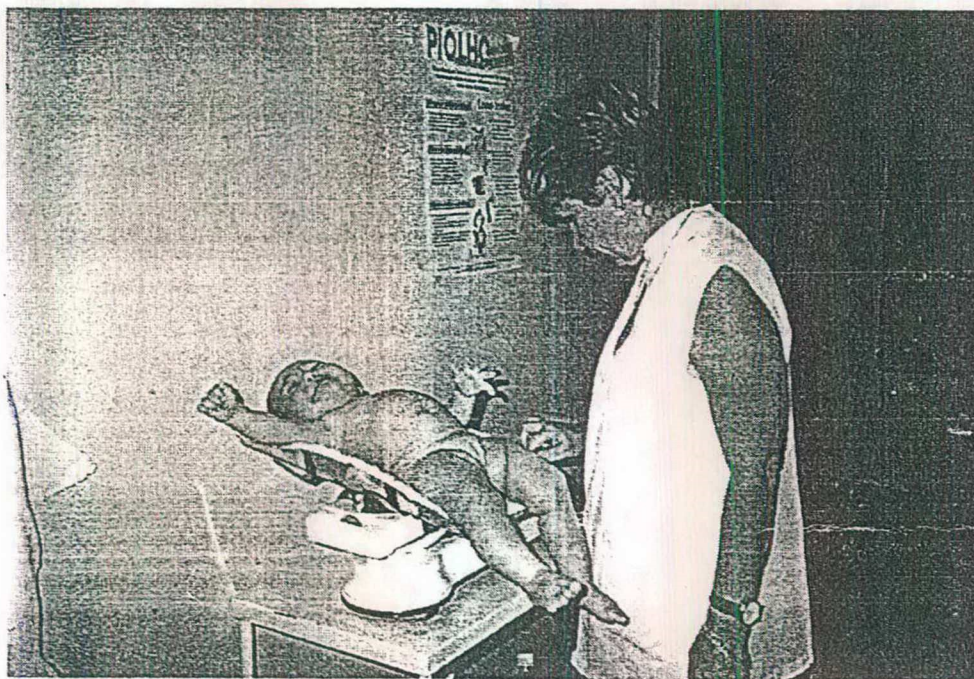


Anexo 3

SISVAN



PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL



SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL
-SISVAN-
NORMAS OPERACIONAIS

JUNHO DE 2000

Por definição, o SISVAN é um sistema que visa o acompanhamento do estado nutricional de um certo grupo populacional, interferindo, sempre que necessário, para evitar os agravos nutricionais.

1 - GRUPO POPULACIONAL

- ❖ Todas as crianças com idade entre 0 e 5 anos, que freqüentam a rede municipal de saúde;
- ❖ Todas as gestantes que fazem o pré-natal na rede municipal de saúde.

2 - CADASTRAMENTO

O cadastramento no SISVAN deverá ser feito no *Mapa de Acompanhamento Nutricional* onde todos os dados devem ser anotados corretamente, mensalmente, estes dados devem ser enviados ao nível até o 5º dia útil de cada mês, através do MAPA DE CONTROLE ESTATÍSTICO DO SISVAN.

3 - AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Para avaliação nutricional das crianças, utiliza-se a a relação *peso para a idade*, sendo que o instrumento utilizado é o *Cartão da Criança*.

Existem quatro situações distintas no gráfico do cartão da criança:

- ❖ Peso acima da linha superior do gráfico, significa que a criança está com *sobrepeso*.
- ❖ Peso entre as duas linhas do gráfico, criança com *peso para idade satisfatório*.
- ❖ Peso abaixo da linha inferior do gráfico, criança em *risco nutricional*.
- ❖ Entende-se por *risco nutricional* quando, após duas consultas, o *peso da criança se mantiver o mesmo*.

A avaliação nutricional das gestantes será feita através da relação *peso para altura* em relação à *idade gestacional*. O instrumento usado é o *Nomograma de Rosso* e o gráfico do *Cartão da Gestante*.

São três as classificações para o estado nutricional das gestantes:

- ❖ Percentual do peso materno para altura acima da linha superior do gráfico (área C do gráfico), gestante com *sobrepeso*.

- ❖ Percentual do peso materno para altura abaixo da linha inferior do gráfico (área B do gráfico), gestante com *ganho de peso satisfatório*.
- ❖ Percentual do peso materno para altura abaixo da linha inferior do gráfico (área A do gráfico), gestante em *risco nutricional*.

4 - RESPONSABILIDADE

Todos os profissionais da rede municipal de saúde (Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem) tem a responsabilidade de fazer a avaliação nutricional e cadastrar no SISVAN todas as crianças e gestantes que freqüentam a rede municipal dos serviços de saúde, dando os devidos encaminhamentos para o resultado da avaliação nutricional.

5 - SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR

Por definição, a suplementação alimentar é o acréscimo de algum produto à alimentação normal de um indivíduo, para suprir uma deficiência nesta alimentação.

Atualmente, a Prefeitura Municipal de Florianópolis possui os seguintes programas de suplementação alimentar:

- ❖ Programa de Combate as Carências Nutricionais (Programa do Leite)
- ❖ Programa Hora de Comer
- ❖ Programa de Suplementação Alimentar para Crianças e Gestantes Soropositivas
- ❖ Programa de Leites Especiais

Cada situação encontrada durante a avaliação nutricional requer um encaminhamento diferenciado.

Criança

- ❖ Criança com sobrepeso: deverá ser encaminhado à consulta de pediatria para avaliação clínica e bioquímica.
- ❖ Criança com peso normal para idade: agendar para retorno ao SISVAN, de acordo com o cronograma de imunização.
- ❖ Criança com baixo peso: deverá ser encaminhada à consulta de pediatria para avaliação clínica e bioquímica. Encaminhar ao programa de suplementação alimentar. Quando apresentar a relação peso para idade inferior ou igual ao percentil 0 - fazer notificação compulsória deste caso.

Gestantes

Gestantes com baixo peso: encaminhar ao programa de suplementação alimentar.

FLUXOGRAMA DOS PROGRAMAS DE SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR DA P.M.F.

Plano de Combate as Carências Nutricionais Programa do Leite

Normas de inclusão e desligamento do Plano de Combate às Carências Nutricionais

A população beneficiada pelo Plano de Combate às Carências Nutricionais (antigo programa "Leite é Saúde") constitui-se no grupo de crianças, na faixa etária de 6 a 23 meses detectadas como em risco nutricional (percentil < que 10 da tabela do NCHS - peso/idade) e gestantes com baixo peso (ver Nomograma).

Suplemento Alimentar

- ❖ Crianças = 3,6 kg de leite integral e 1 lata de óleo de soja
- ❖ Gestantes = 1,8 kg de leite integral

Critérios de desligamento

- ❖ As crianças que entram no programa antes de 1 ano de idade, são desligadas do mesmo ao completar 24 meses.
- ❖ Aquelas que entram com idade superior a 1 ano, permanecerão no programa por um período de, pelo menos, 1 ano.
- ❖ As gestantes são desligadas a partir do nascimento do bebê.

Normatização da entrega da entrega do suplemento alimentar

- ❖ A criança deverá passar por acompanhamento médico e antropométrico mensal e deverá estar com o calendário de vacinas em dia.
- ❖ Através de formulário próprio do Programa, a criança deverá ser encaminhada para cadastramento e recebimento do suplemento alimentar com as Assistentes Sociais de referência :
 - ◆ pessoas residentes na ilha encaminhar para o CII CENTRO, no período vespertino.

- ♦ pessoas residentes no continente, encaminhar para a Policlínica do Estreito, no período vespertino.
- ❖ As Assistentes Sociais deverão enviar relatório, mensal, dos atendimentos para a Coordenação do SISVAN, para que se processe a avaliação e o acompanhamento nutricional da clientela atendida.
- ❖ A Coordenação do SISVAN deverá devolver, para as Assistentes Sociais e para a Rede Básica, os relatórios da avaliação nutricional dos pacientes.

Programa Hora de Comer

HORA DE COMER é um programa de suplementação alimentar com atendimento multidisciplinar, que visa a recuperação das carências nutricionais em crianças, na faixa etária de 2 a 6 anos.

Rotinas do Programa

- ❖ Avaliação antropométrica mensal.
- ❖ Consulta clínica mensal.
- ❖ Reuniões educativas mensais com as famílias.
- ❖ Entrega de uma cesta nutricional mensalmente, contendo os seguintes alimentos: açúcar, aveia, amendoim, arroz, biscoito, frango, frutas, feijão, gelatina, leite, farinha de trigo, margarina, óleo, ovos, sal, verduras e macarrão.

Critérios de inclusão

O critério de inclusão é clínico, ou seja, somente deverão ser encaminhadas para o cadastramento no programa, as crianças que estiverem com baixo peso ($PPI < 10$), respeitando-se a faixa etária estipulada (2 a 6 anos).

Critério de desligamento

O critério de desligamento, também é clínico, só podendo ser desligadas do programa as crianças que estiverem com peso normal. Este desligamento será feito pelo médico ou nutricionista, obedecendo os prazos de segurança estabelecidos pelo programa: a criança permanece recebendo a cesta por dois meses após ter alcançado o peso considerado normal para sua idade. No caso de crianças com sobrepeso, o desligamento deverá ser imediato.

- ❖ Observação: após a avaliação clínica, a família será encaminhada para o cadastramento com a Assistente Social, no dia e local das reuniões educativas.

Programa de Suplementação Alimentar para Crianças e Gestantes Soropositivas

Normatização do fornecimento de suplementação alimentar para crianças e gestantes soropositivas

Faixa etária

- ❖ de 0 a 6 meses, se filhas de mães soropositivas, recebem leite Nan I, de 10 a 14 latas, conforme a necessidade do paciente.
- ❖ de 6 a 18 meses, se filhas de mães soropositivas, independente da criança ser soropositiva, recebe uma cesta nutricional com os seguintes alimentos:
 - ◆ 2kg de açúcar
 - ◆ 1kg de farinha de aveia
 - ◆ 1 pacote de amendoim descascado
 - ◆ 2 kg de arroz
 - ◆ 1 pacote de biscoito(500g)
 - ◆ 1 kg de farinha de mandioca
 - ◆ 2 kg de farinha de trigo
 - ◆ 1 kg de fubá de milho
 - ◆ 2 kg de feijão
 - ◆ 8cxs de gelatina
 - ◆ 3kg de leite integral
 - ◆ 2 kg de massa com ovos
 - ◆ 1 lata de óleo de soja
 - ◆ 1 lata de melado(1000 ml)
 - ◆ 1 kg de sal
 - ◆ 10 latas de sardinhas com molho

Observação: Se for necessário o médico poderá prescrever mais 3 latas de Nan II.

Caso a criança apresente baixo peso (sinais de desnutrição), poderá ser encaminhada para o programa de combate as carências nutricionais (Programa Leite é Saúde) e receberá mais 3.800g de leite integral e uma lata de óleo de soja. O encaminhamento para o Programa do Leite é feito através de formulário próprio (em anexo).

A entrega do leite para crianças com baixo peso é realizada no CSII Centro e na Policlínica do Estreito, no período vespertino.

Atenção! Só serão elegíveis para o Programa de Combate às Carências Nutricionais crianças na faixa etária de 6 a 24 meses, que estejam com percentil PPI > 10 .

- ❖ de 18 meses a 13 anos, se a criança for soropositiva, recebe uma cesta nutricional, com os mesmos itens acima citados.

Os pacientes serão encaminhados, através de formulário próprio do programa, para os seguintes locais :

- ❖ Divisão de Assistência Social: (rua Felipe Schmidt - na antiga fábrica de bordados) terças-feiras, das 8.00 às 11:30 horas.
- ❖ Policlínica do Estreito: quartas-feiras, das 07h30min às 11h30min.

Além do encaminhamento corretamente preenchido, o paciente deve levar um comprovante de residência.

- ❖ Observação: O leite Nan I será entregue obedecendo as rotinas do Programa dos Leites Especiais.

Programa "Leites Especiais"

Objetivo

Recuperação de crianças com distúrbios nutricionais específicos: Alergia à proteína do leite de vaca, intolerância a lactose, perda gastrintestinal de sangue, síndrome diarréico, síndrome de má absorção e desnutrição.

Normas operacionais do Programa

- ❖ As crianças elegíveis para o Programa são os lactentes que:
 - ◆ Apresentarem sinais de intolerância a proteína do leite de vaca ou alergia alimentar
 - ◆ Apresentarem sinais de intolerância a lactose
 - ◆ Sejam crianças filhas de mães soropositivas
 - ◆ Sejam crianças com problemas dermatológicos sérios

Sendo detectado qualquer um dos sintomas acima citados, o médico do centro de saúde deverá encaminhar a criança para consulta com os médicos de referência do Programa de Leites Especiais.

Leites disponíveis no Programa

- ❖ Leite Nan I e II - crianças filhas de mães soropositivas
- ❖ AL 110 - intolerância à lactose
- ❖ Alfaré - diversos distúrbios nutricionais
- ❖ Alsoy - alergia ao leite de vaca
- ❖ Óleo trigliceryl - aumenta o valor calórico dos alimentos

Rotinas de atendimentos à desnutrição grave

- ❖ Detectada a desnutrição grave (percentil 0), o Centro de Saúde deverá :
 - ◆ Realizar a notificação compulsória e encaminhá-la para a Vigilância Epidemiológica.
 - ◆ Fazer a investigação domiciliar do caso e preencher a ficha de investigação. Os dados clínicos deverão ser preenchidos pelo médico.
 - ◆ A criança será acompanhada pelo médico do Centro de Saúde. A consulta médica deverá ser mensal e a avaliação antropométrica quinzenal, até a criança atingir o percentil 3.
 - ◆ Realizar busca ativa aos faltosos.
 - ◆ Verificar se a criança está cadastrada em um dos programas de suplementação alimentar da Prefeitura : Plano de Combate às Carências Nutricionais (Programa do Leite), Hora de Comer, Leites Especiais ou Programa de Suplementação Alimentar para Crianças e Gestantes Soropositivas.
 - ◆ As fichas de investigação deverão ser encaminhadas para a Vigilância Epidemiológica assim que a criança tiver alta da desnutrição grave (quando atingir e permanecer no percentil 3 por três meses).
- ❖ Se a criança perder peso ou não apresentar ganho de peso até a terceira consulta, agendar com os médicos de referência da rede.
- ❖ Observação: A ficha de investigação das crianças que forem encaminhadas para as referências deverão retornar ao nível central e serem entregues ao SISVAN.

Recomendação para Diluição do Leite em Pó Integral

A reconstituição do leite em pó integral é feita utilizando-se 37,5 g de leite em pó em 250 ml de água fervida.

A seguir será descrita passo a passo a forma correta para a diluição do leite em pó :

- ❖ Lavar bem as mãos antes de preparar a alimentação de seu filho.
- ❖ Cuide bem da higiene dos utensílios (copos, colheres) que você vai usar na preparação do alimento, lavando-os antes e depois do uso com água limpa.
- ❖ Ferver a água e esperar amornar, para utilizar na diluição do leite.
- ❖ Colocar 4 colheres (de sopa) de leite em pó integral em um copo de requeijão e dissolver com um pouco da água fervida.
- ❖ Depois de bem misturado, acrescentar o restante da água até atingir a quantidade recomendada (250 ml ou um copo de requeijão) e misturar bem.

**SEU FILHO DE 2 A 6 ANOS DEVE RECEBER,
PELO MENOS, 3 COPOS DE LEITE POR DIA.**

- ❖ Não reutilize a sobra de leite da criança para a próxima refeição.
- ❖ Não dilua o leite em quantidade de água maior ou menor do que o recomendado.
- ❖ Nunca use água sem ser fervida.
- ❖ Não use utensílios sujos no preparo dos alimentos.

**O CUIDADO COM O PREPARO DO ALIMENTO DE SEU
FILHO É UMA FORMA DE DEMONSTRAR O SEU AMOR.**

Anexo 4

Calendário do projeto Hora de Comer



PROJETO HORA DE COMER

Local: **ITACORUBI**

Compromissos para: **ABRIL/2001**

DIA	HORÁRIO	ATIVIDADES	LOCAL
02 a 12	Livre	Livre Posagem	Posto do Itacorubi
19	17:00	Reunião Educativa	CEC Itacorubi
26	19:30	Entrega de Cesta	CEC Itacorubi

LEMBRE-SE

Não esquecer de levar a sacola no dia de entrega da Cesta Nutricional;
Quando não comparecer na reunião, favor telefonar imediatamente para a pessoa responsável que lhe apresentará alternativas para participar de reunião em outra comunidade.

Coordenadora: **SIMONE** - Fone: **334-3077**

Coordenação Geral: Domingos Sávio Zancanaro ou Luciano - Fones: 225-1053
225-2089



PROJETO HORA DE COMER

Local: **ITACORUBI**

Compromissos para: **MAIO/2001**

DIA	HORÁRIO	ATIVIDADES	LOCAL
02 a 11	Livre	Livre Posagem	Posto do Itacorubi
17	17:00	Reunião Educativa	CEC Itacorubi
24	14:00	Entrega de Cesta	CEC Itacorubi

LEMBRE-SE

Não esquecer de levar a sacola no dia de entrega da Cesta Nutricional;
Quando não comparecer na reunião, favor telefonar imediatamente para a pessoa responsável que lhe apresentará alternativas para participar de reunião em outra comunidade.

Coordenadora: **SIMONE** - Fone: **334-3077**

Coordenação Geral: Domingos Sávio Zancanaro ou Luciano - Fones: 225-1053
225-2089



PROJETO HORA DE COMER

Local: **ITACORUBI**

Compromissos para: **JUNHO/2001**

DIA	HORÁRIO	ATIVIDADES	LOCAL
01 a 11	Livre	Livre Posagem	Posto do Itacorubi
21	17:00	Reunião Educativa	CEC Itacorubi
28	14:00	Entrega de Cesta	CEC Itacorubi

LEMBRE-SE

Não esquecer de levar a sacola no dia de entrega da Cesta Nutricional;
Quando não comparecer na reunião, favor telefonar imediatamente para a pessoa responsável que lhe apresentará alternativas para participar de reunião em outra comunidade.

Coordenadora: **SIMONE** - Fone: **334-3077**

Coordenação Geral: Domingos Sávio Zancanaro ou Luciano - Fones: 225-1053
225-2089

Anexo 5

Ficha de Busca Ativa



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social
Departamento de Ações de Saúde
Programa Capital Criança
Programa de Agentes Comunitários de Saúde

FICHA DE BUSCA ATIVA

PREENCHIDO PELA EQUIPE DE SAÚDE

CRIANÇA

GESTANTE

PUÉRPERA

Nome: _____

Data do nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Endereço completo: _____

MOTIVO DA BUSCA

CRIANÇA

- 1 Falta na 1ª consulta (até 10 dias) 2 Falta na consulta de ACD 3 Vacinas atrasadas
4 Falta na Consulta Odonto de 30 dias 5 Falta na Consulta Odonto de 06 meses 6 Falta na reunião do grupo de desnutridos

GESTANTE

- 7 Falta na Consulta Pré-Natal 8 Falta na Consulta Pediátrica Pré-Natal (8 meses) 9 Vacina atrasada

PUÉRPERA

- 10 Falta na 1ª Consulta (até 10 dias) 11 Falta na 2ª Consulta (45 dias) 12 Vacinas atrasadas

PREENCHIDO PELA ENFERMEIRA

Data: ____/____/____ CS: _____ Área: _____ Micro Área: _____

Nome do A.C.S.: _____ Código: _____

PREENCHIDO PELO ACS

MOTIVO DA FALTA

- 13 Esqueceu 14 Falta de motivação 15 Trabalho
16 Mudou-se 17 Não foi agendado 18 Outro _____

PREENCHIDO PELO ACS. DESTACAR E ENTREGAR PARA O(A) USUÁRIO(A).

ENCAMINHAMENTO AO CENTRO DE SAÚDE _____

Data da visita: ____/____/____ Nome: _____

PARA AGENDAMENTO

CRIANÇA

- 19 1ª consulta (até 10 dias) 20 Consulta de ACD 21 Vacinas atrasadas
22 Consulta Odonto de 30 dias 23 Consulta Odonto de 06 meses 24 Reunião do grupo de desnutridos

GESTANTE

- 25 Consulta Pré-Natal 26 Consulta Pediátrica Pré-natal (8 meses) 27 Vacina atrasada

PUÉRPERA

- 28 1ª Consulta (até 10 dias) 29 2ª Consulta (45 dias) 30 Vacinas atrasadas

Nome do A.C.S.: _____ Código: _____

Anexo 6

Normatização para realização da Busca Ativa

**Normatização para Realizar a
Busca Ativa das
Crianças, Gestantes e Puérperas**

Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social
Programa Capital Criança
Programa Agentes Comunitários de Saúde

Equipe de Elaboração:

- ❖ Alba Maria Tavares – Coordenadora do Programa Capital Criança
- ❖ Carmen Lúcia Luiz – Enfermeira do Programa Capital Criança
- ❖ Jacqueline Vasconcellos Back – Dentista do Programa Capital Criança
- ❖ Márcia Sueli Del Castanhel – Enfermeira do Programa Capital Criança
- ❖ Rita Heinzen Coelho – Enfermeira do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- ❖ Sônia Poyer – Enfermeira do C.S.I Vila Aparecida
- ❖ Suzana Arruda – Enfermeira do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- ❖ Tereza Gaio – Enfermeira do C.S.I Monte Cristo

Normatização para realizar a Busca Ativa:

1 – Identificação da situação de risco para Busca Ativa:

1.1. – Competência: equipe de saúde do Centro de Saúde

1.2. - Critérios para encaminhar para Busca Ativa:

1.1.1.- Gestantes:

- Faltosas nas consultas de pré – natal;
- Com esquema vacinal em atraso;
- Faltosas na consulta Pediátrica Pré – Natal (8 meses).

1.1.1. – Puérperas:

- Faltosas na 1ª consulta de puerpério (até 10 dias);
- Faltosas na 2ª consulta de puerpério (45 dias);
- Com esquema vacinal em atraso.

1.1.2. – Crianças:

- Faltosas na consulta neonatal precoce (até 10 dias);
- Faltosas nas consultas de Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento;
- Faltosas nas consultas odontológicas;
- Com esquema vacinal em atraso;
- Faltosas na reunião do grupo de desnutridos.

2 – Operacionalização:

2.1. – Identificar situação de risco para Busca Ativa: a equipe de saúde deverá identificar no Centro de Saúde as situações de risco;

2.2. – O profissional de Saúde que identificar a situação de risco deverá preencher na ficha de Busca Ativa os itens referentes ao cliente, nome, data de nascimento, endereço e motivo da Busca Ativa e encaminhar para o enfermeiro supervisor do PACS;

2.3 – O enfermeiro supervisor deverá identificar o ACS correspondente a Microárea que reside a criança, gestante ou puérpera e preencher os itens relativos ao ACS: data, C S, área, microárea, nome do ACS e código;

2.4 – O enfermeiro encaminhará a FBA para o ACS realizar a visita domiciliar;

2.5 – O ACS deverá realizar a visita domiciliar para identificar o motivo da falta ao CS;

2.6. – O ACS deverá preencher o motivo da falta na FBA e fazer o encaminhamento da criança, gestante e/ou puérpera para o Centro de Saúde, assinalando o item correspondente ao serviço que deverá procurar;

2.7. – Após a visita domiciliar o ACS deverá entregar ao enfermeiro supervisor a ficha de busca ativa (FBA) devidamente preenchida;

2.8. – O enfermeiro supervisor deverá arquivar a ficha da busca ativa no Centro de Saúde e ao final do mês deverá preencher o relatório mensal da busca ativa e enviar ao Programa Capital Criança todo primeiro dia útil do mês;

2.9. – O encaminhamento feito pelo ACS entregue para as puérperas, gestantes, e/ou crianças, deverá ser arquivado junto a ficha de busca ativa (atividade do enfermeiro).

Florianópolis, 8 de agosto de 2000.

Anexo 7

Foto 2



Anexo 8

Componentes da Cesta

CESTA NUTRICIONAL – PROGRAMA HORA DE COMER

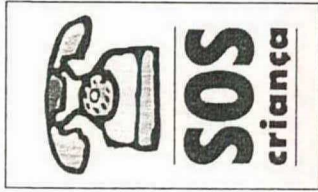
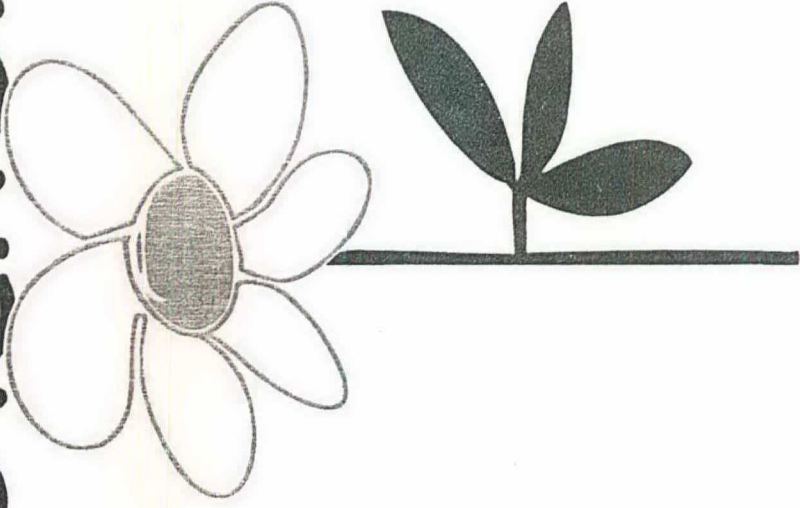
COMPONENTES DAS CESTAS

- 1Kg açúcar
- 1/2Kg aveia
- 1/2Kg amendoim
- 1Kg arroz
- 1Kg feijão
- 1Kg farinha de trigo
- 1kg farinha de trigo
- 1Kg biscoito
- 1Kg macarrão
- 1Kg sal
- 2.400Kg leite em pó integral
- 4Kg frango (em pedaços)
- 9Kg frutas (da época – sendo 3Kg de cada)
- 10 pacotes de gelatina
- 500g de margarina
- 1 litro óleo de soja
- 6Kg verdura (da época – sendo 2Kg de cada)
- 1 dúzia de ovos

Anexo 9

Cartilha – viver sem violência

Viver sem violência



disque 1407

Acabe com a omissão que silencia
o sofrimento de milhares de
crianças e adolescentes no Brasil!

DENUNCIE!



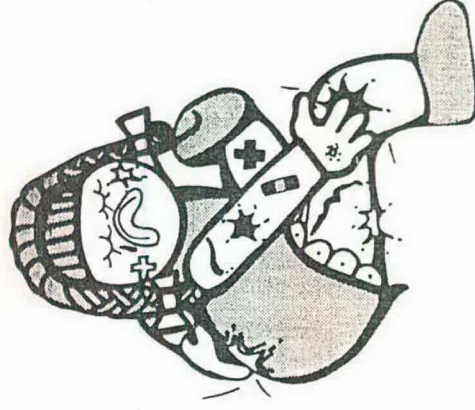
FLORIANÓPOLIS
CAPITAL DA GENTE



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social
Departamento de Desenvolvimento Social
Divisão da Criança e do Adolescente
Programa S.O.S. Criança

EDUCAÇÃO INFANTIL

Viver sem violência



2ª EDIÇÃO

Florianópolis, outubro de 1999.

APRESENTAÇÃO

Em se tratando da educação dos seus filhos, quantas vezes você se perguntou se estava fazendo o melhor que podia? - muitas vezes você pode ter usado a palmada como recurso para educar seus filhos, e depois, arrependido e sentindo-se culpado, questionou sua atitude.

Saiba que dúvidas e sentimentos como estes estão presentes na rotina diária de muitos pais que descobrem outras formas de tentar estabelecer limites para seus filhos.

Infelizmente a palmada ainda é muito usada como recurso educativo, por não terem os pais outras opções, que não aquela que aprenderam com os seus próprios pais: "dar umas boas chineladas".

Pensando nestas questões, nós do Programa S.O.S. Criança, elaboramos este texto que expõe 20 pontos para você refletir antes de pensar em bater no seu filho, como também sugerimos outras práticas educacionais que não o disciplinamento corporal.

Elaboração:

Sandra R. Mena Barreto
Psicóloga - CRP - 12/00448

Sandra C. da Silveira
Psicóloga - CRP - 12/01132

Ilustrações:

Paulo F. Mossmann

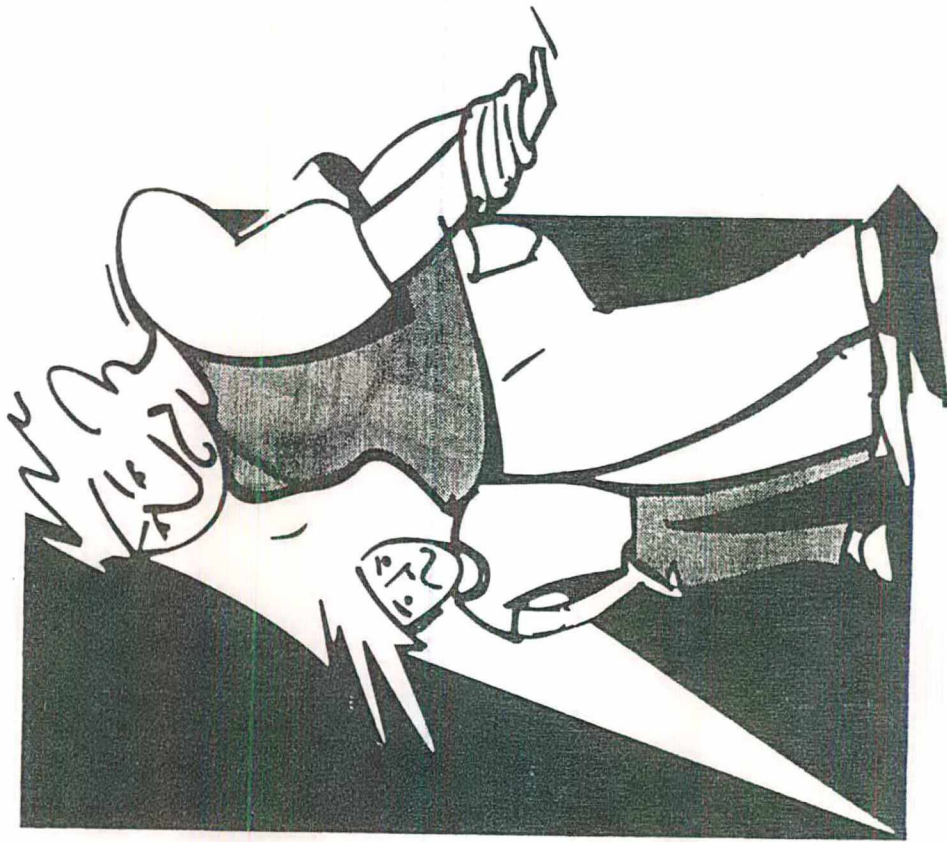
BIBLIOGRAFIA

- 01 - AZEVEDO, Maria A. S. Guerra, Viviane N. Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo : Iglu, 1984.
- 02 - BETTELHEIM, Bruno. Uma vida para seu filho. Rio de Janeiro : Campos, 1988.
- 03 - MALDONADO, Maria Tereza. Comunicação entre pais e filhos: A linguagem do sentir. Rio de Janeiro : Vozes,
- 04 - SAMALIN, Nancy. Jablow, Martha M. Amar seu filho não basta. São Paulo : Saraiva, 1994.
- 05 - ZAGURY, Tânia. Educar sem culpa : a gênese da ética. Rio de Janeiro : Record, 1993.
- 06 - ZAGURY, Tânia. Sem padecer no paraíso : em defesa dos pais ou sobre a tirania dos filhos. Rio de Janeiro : Record, 1991.

Maiores Informações: Fones 0 -- (48) 228-8611 / 228-8846

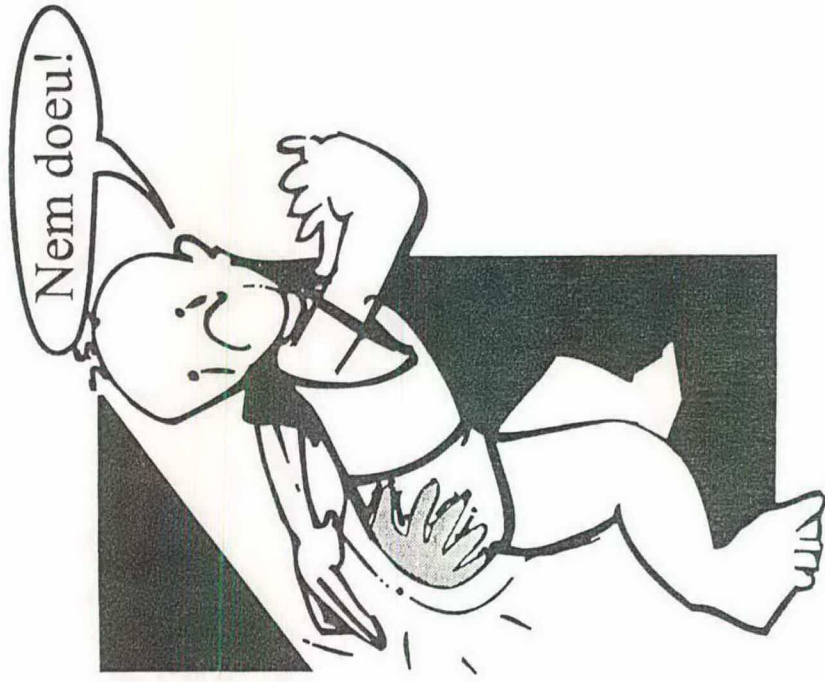
Pense 20 vezes antes de bater

01 - Bater em alguém mais fraco é em si um ato de covardia.



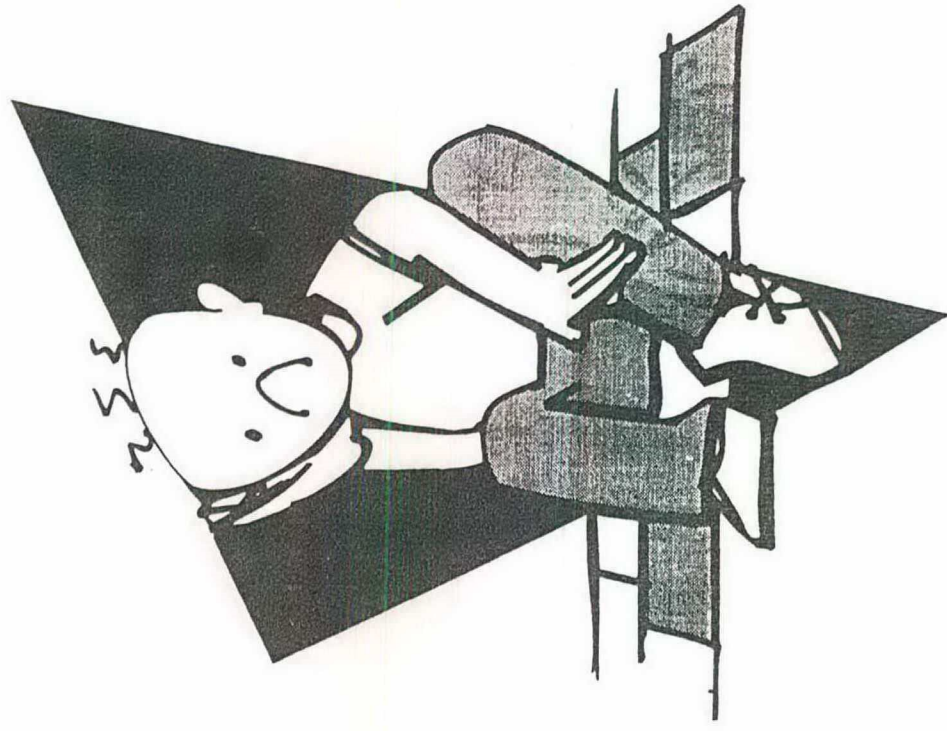
02 - A palmada tende a ir perdendo seu efeito a longo prazo e a criança aos poucos teme menos a agressão física. A tendência dos pais é, então, bater mais e mais, buscando os efeitos que haviam conseguido anteriormente.

03 - A palmada não resolve os conflitos comuns às relações pais e filhos: muitas das crianças que apanham, mesmo sentindo-se magoadas e amedrontadas, enfrentam os pais dizendo que a "palmada não doeu", e o que era apenas um tapinha leve no bumbum, acaba virando uma tremenda surra.



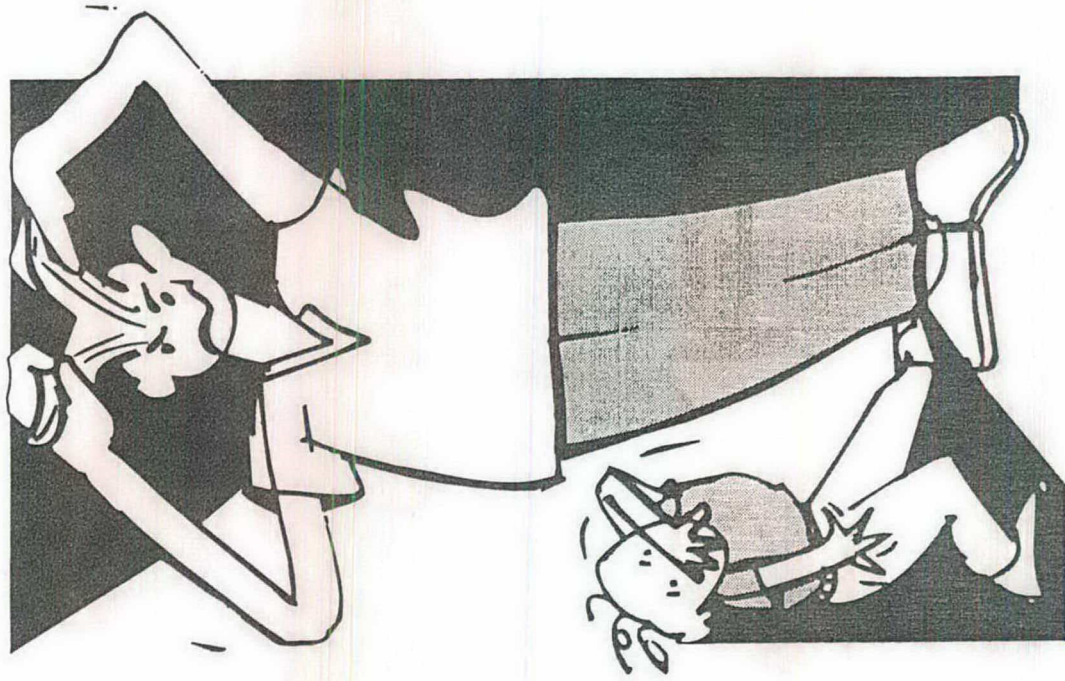
04 - A palmada, aos poucos, pode afastar severamente pais e filhos, pois a agressão física, ao invés de fazer a criança pensar no que fez, desperta-lhe raiva contra aquele que a agrediu.

05 - Os danos emocionais impostos pela agressão física são geralmente mais duradouros e prejudiciais que a dor física.



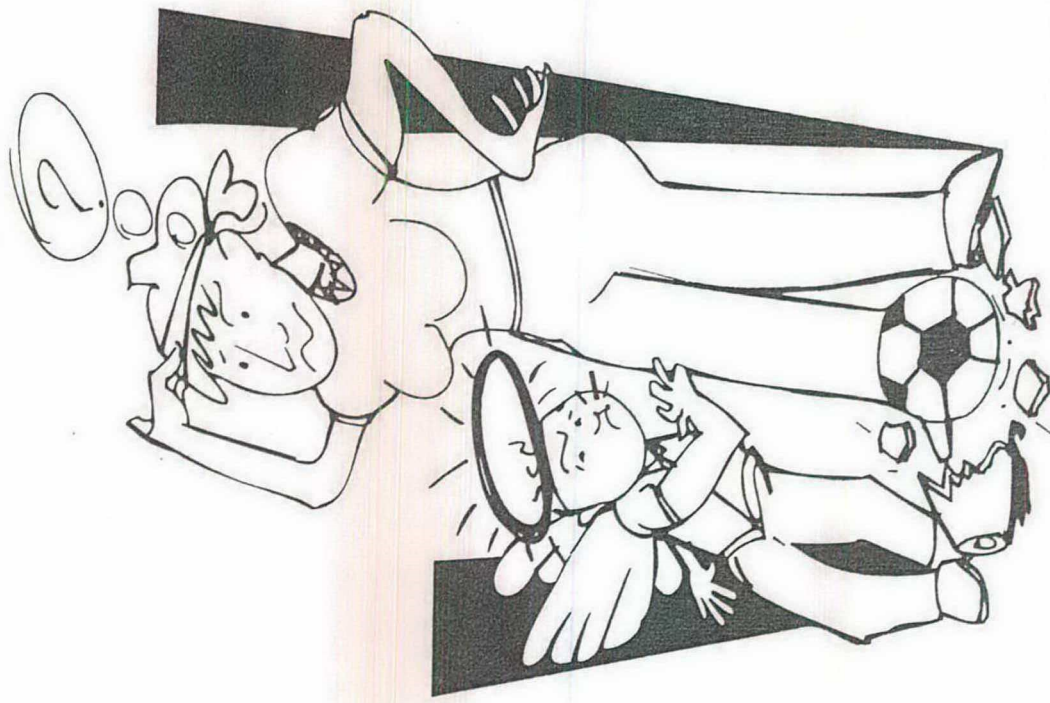
06 - Bater pode ser uma experiência traumática para a criança não apenas pela dor física que impõe, mas principalmente porque coloca em risco a credibilidade depositada por ela nos pais, que é a base para sentir-se amparada e segura.

07 - A criança não pode se sentir segura se sua segurança depende de uma pessoa que se descontrola e para com a qual tem ressentimentos.



08 - A criança que apanha tende a se ver como alguém que não tem valor.

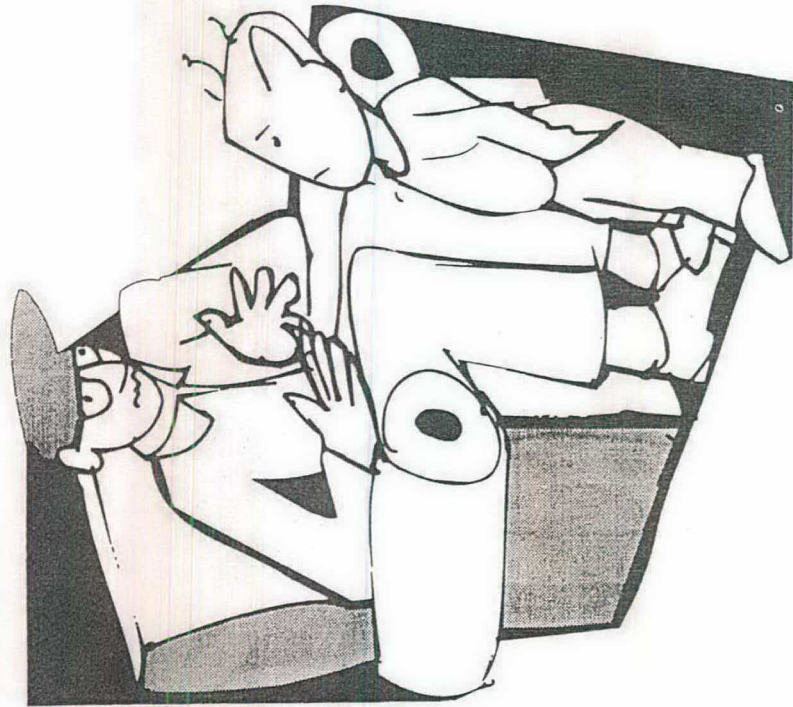
09 - Aos poucos a criança aprende a enganar e descobre várias maneiras de esconder suas atitudes com medo da punição.



10 - A criança pode aprender a mostrar remorso para diminuir sua punição, sem no entanto senti-lo realmente.

11 - Para a criança a palmada anula a sua conduta: é como se ela tivesse pago por seu erro, e por isso pensa que pode vir a cometê-lo de novo.

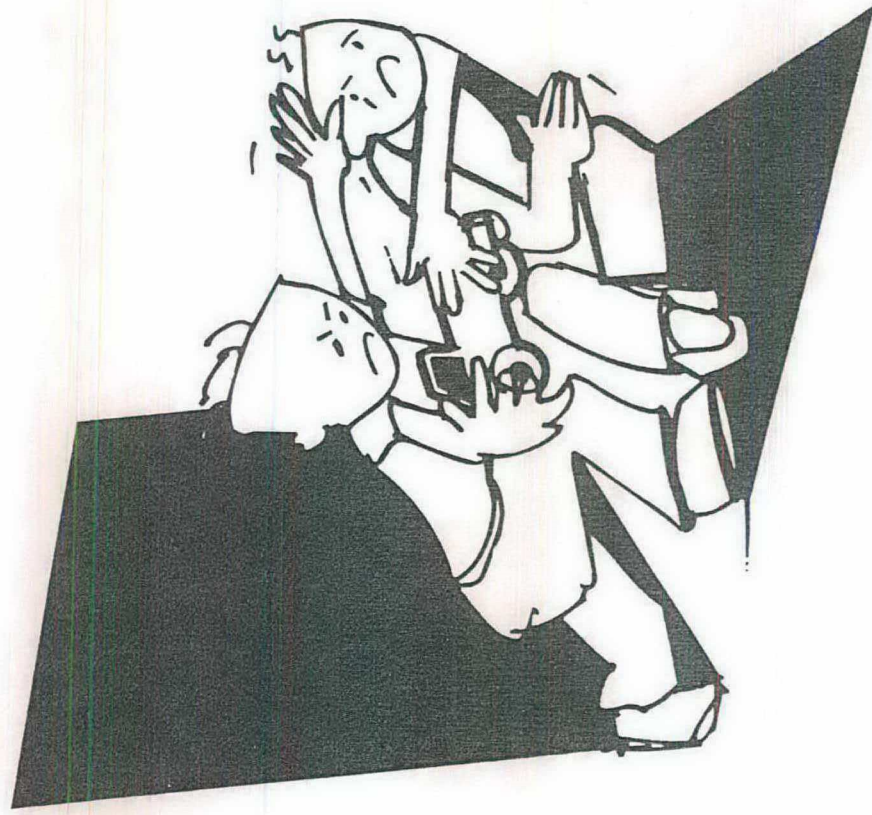
12 - A palmada não ensina à criança o que ela pode fazer, mas apenas o que não pode fazer, sem que saiba ao menos o motivo. A criança só acredita ter agido realmente errado quando alguém lhe explica o porquê e quando percebe que sua atitude afeta ou abala o outro.



13 - O medo da palmada pode impedir a criança de agir errado, mas não faz com que ela tenha vontade de agir certo.

14 - A palmada tem um caráter apenas punitivo, e não educativo; ela pode parecer o caminho mais fácil a ser seguido, porque aparentemente tem o efeito desejado pelos pais. É comum a criança inibir o comportamento indesejado por medo, e não pela convicção de que agiu de maneira inadequada.

15 - Muitas das crianças que apanham aprendem a adquirir aquilo que querem através da agressão física e, não raras vezes, apresentam na escola condutas agressivas para com os coleguinhas.

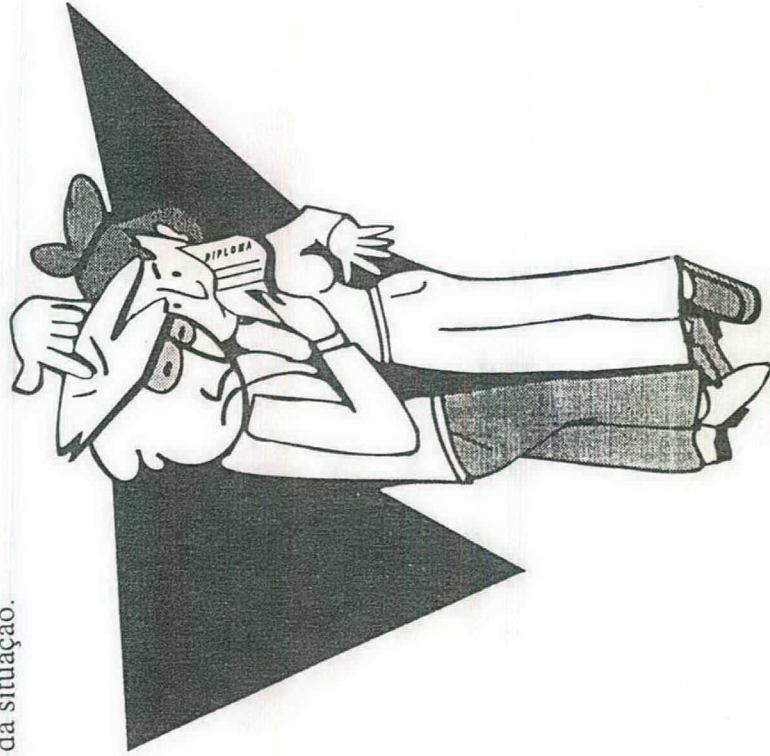


16 - Uma palmada, para um adulto, pode parecer inofensiva. Porém é importante saber que cada criança atribui um significado diferente ao fato de "levar umas palmadas", podendo tornar-se uma experiência marcante em sua vida futura. Além disso, independente da intensidade do bater, o ato continua sendo o mesmo: um ato de violência contra um ser desprotegido.

17 - Bater é uma forma de perpetuação da "cultura da violência" tão presente na relações entre as pessoas nos dias atuais, pois ensina às crianças que os conflitos se resolvem por meio de agressão física.

18 - Bater nos filhos muitas vezes acaba por gerar nos pais fortes sentimentos de culpa, o que os leva a procurar compensar sua atitude posteriormente "afrouxando" aquilo que procuravam corrigir.

19 - Bater é um atestado de fracasso que os pais passam a si próprios (Zagury, 1985) porque demonstram para a criança que perderam o controle da situação.



20 - O sentido da justiça está em fazer aos outros aquilo que gostaríamos que nos fizessem. Quando nós adultos agimos de maneira inadequada, não esperamos punição. Esperamos sim que as pessoas nos compreendam e nos ajudem a agir de maneira certa.

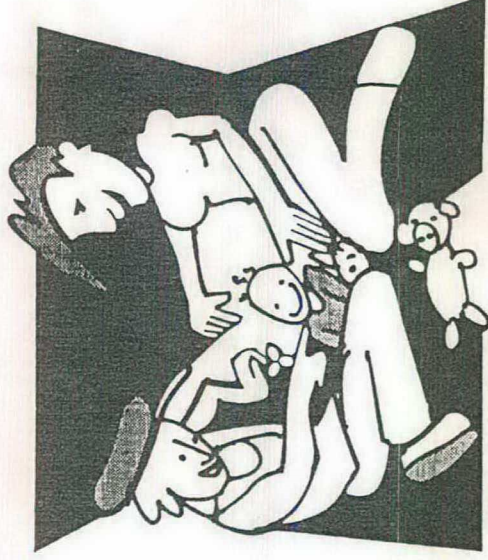
Como você pode ter percebido existem muitas razões para não se bater numa criança.

Agora imagine: se umas simples palmadas podem trazer conseqüências tão danosas, o que dizer daquelas surras que acabam virando uma verdadeira pancadaria?

Alguns autores citam como conseqüências da violência física contra criança e adolescente:

- Auto-estima negativa
- Comportamento agressivo
- Dificuldades de relacionamento
- Dificuldades em acreditar nos outros
- Infelicidade generalizada
- Retardamento mental
- Baixo rendimento escolar

Mas se a palmada é um recurso tão inadequado para resolver os problemas que surgem diariamente na relação pais e filhos, o que podemos usar no lugar dela? Vamos conversar sobre isso.



A questão dos limites

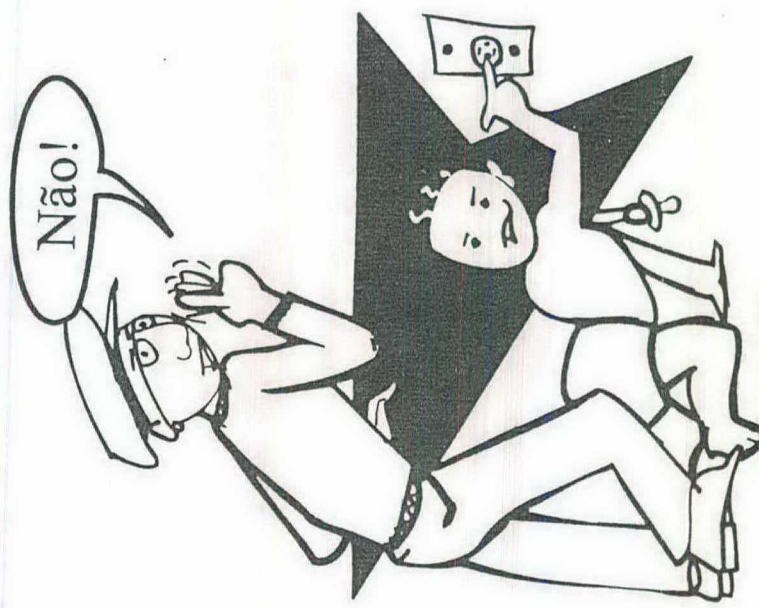
O QUE SIGNIFICA "COLOCAR LIMITES"?

Significa deixar bem claro para alguém o que é permitido e o que é proibido fazer.

O limite tem, entre outras coisas, a função de ensinar às crianças certas regras de convívio social e, além disso, protegê-la de situações que podem ser perigosas.

POR QUE AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES PRECISAM DE LIMITES?

01 - Porque a criança, enquanto ser em desenvolvimento, necessita de orientação sobre o que é certo e errado, sobre o que pode e o que não pode fazer.



02 - Porque o limite faz com que a criança perceba que está sob os cuidados de alguém que sabe o que faz, de uma pessoa madura, que tem segurança nos seus atos.

03 - Porque a segurança que uma criança deve ter dependerá sempre da segurança que seus pais demonstram. Pais que sabem dizer "não" com segurança, transmitem este sentimento aos seus filhos.

"A criança quer e precisa sentir segurança nos pais, porque disso depende a sua própria" (Zagury, 1991)

04 - Porque o limite é uma das maneiras da criança perceber que alguém se preocupa com ela e a protege.

05 - Porque quando os pais estabelecem um limite para respeitar uma necessidade sua estão se mostrando por inteiro ao seu filho, revelando-se como seres humanos de direito, da mesma forma que lhes mostram que ele também é. Somente com o respeito às necessidades de cada um é que se pode construir uma relação equilibrada, saudável e democrática.

06 - Porque os limites são uma forma da criança compreender que o mundo não é composto somente de pessoas a seu serviço, que existem outras pessoas que precisam ter seus direitos respeitados.

07 - Porque saber dizer "não" para uma criança é prepará-la para a vida, para os muitos "não" que encontrará no mundo lá fora.

08 - Porque crianças que não aprendem noções de limites podem vir a ter problemas de relacionamento com os outros. Estas crianças muitas vezes apresentam dificuldades em respeitar as necessidades das outras pessoas e por conseguinte sofrem muito em lidar com as frustrações inevitáveis da vida.

09 - Porque a capacidade de tolerar frustrações é indispensável ao equilíbrio emocional de todos. O que esperar de uma sociedade forma-

da por pessoas acostumadas a mandar, a ter todos os seus desejos realizados, a não respeitar o direito dos outros?

COMO PODEMOS ESTABELECEER LIMITES PARA AS CRIANÇAS?

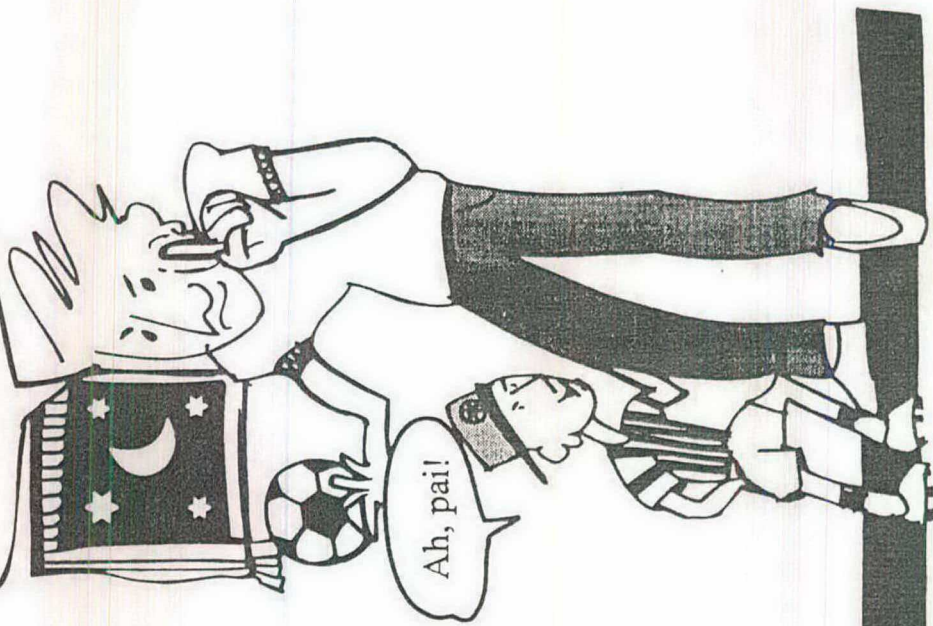
01 - FALAR EM TOM FIRME - O tom de firmeza é essencial na colocação de limites. Respostas do tipo "acho que não" deixam margem para que a criança não aceite o limite e insista naquilo que quer conseguir. Para ser firme não é preciso gritar nem ser autoritário, apenas é necessário falar com clareza, seriedade e segurança para que a criança perceba que estamos decididos e não adianta insistir. Se a criança perceber um "talvez" em nossa resposta ela voltará a insistir.

Aninha, eu não quero que você mexa nas minhas maquiagens. Elas são muito caras e depois eu não vou ter dinheiro para comprar outras se você estragá-las.



02 - NÃO VOLTAR ATRÁS NAS DECISÕES - Uma vez tomada a decisão é muito importante não voltar atrás, a menos que haja motivos muito fortes para tal. Voltando atrás passa-se para a criança a idéia de que se ela insistir pode conseguir o que quer e a tendência é que ela insista sempre.

Joãozinho, não adianta insistir, está tarde para ir jogar bola, amanhã você tem que acordar cedo.

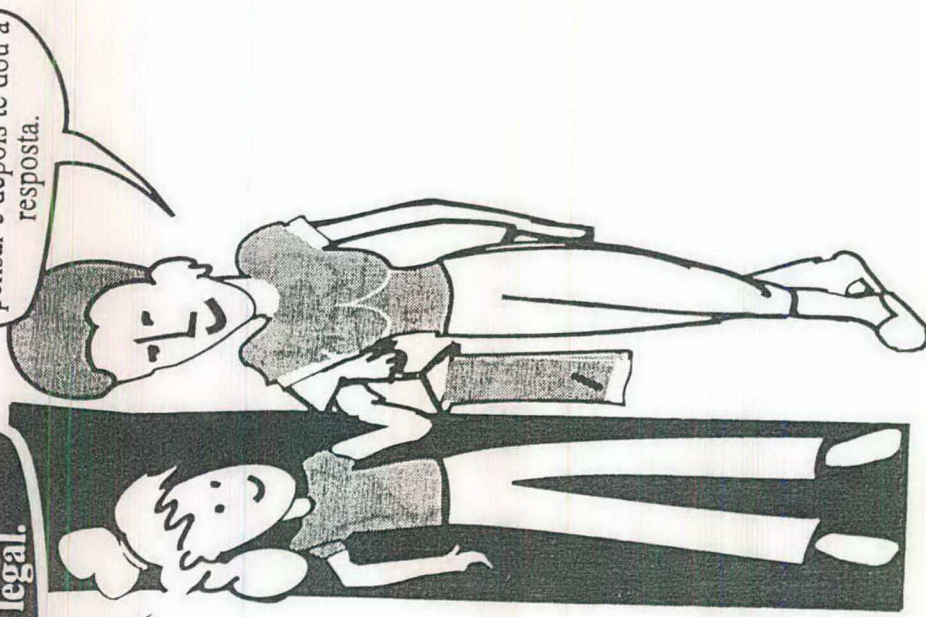


Ah, pai!

03 - SEGURANÇA NÃO EXCLUI FLEXIBILIDADE - Uma coisa é ter segurança e outra é ser flexível e é justamente a segurança que nos deixa tranquilos para modificar uma determinada situação sem medo. O importante é que depois de tomada ela seja mantida até o fim. Quando você tiver dúvidas com relação a sua decisão, poderá dizer para a criança que vai pensar e mais tarde lhe dará a resposta.

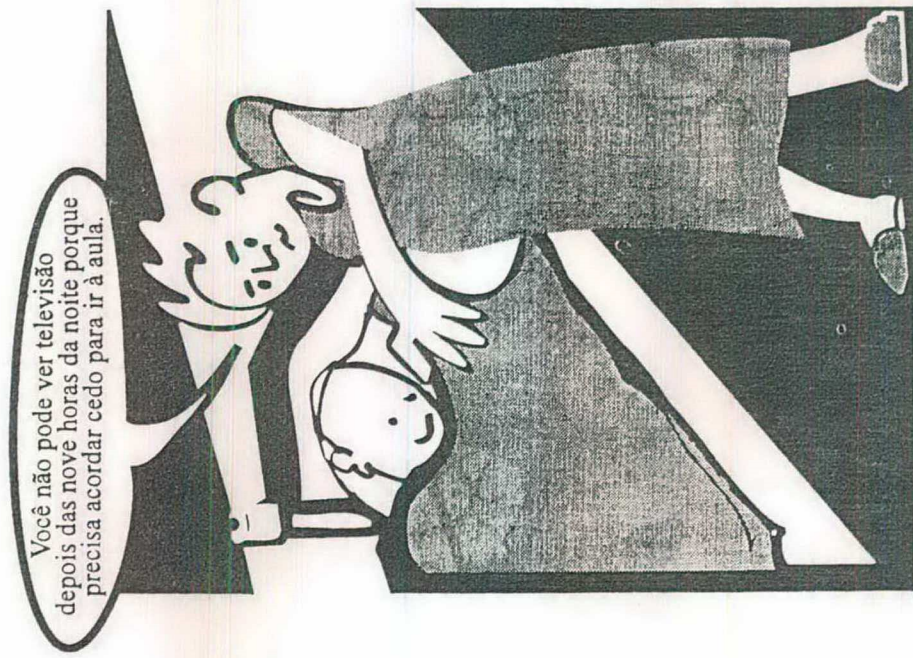
Mãe, posso ir na festa da Clarinha, vai ser legal.

Não sei não, vou pensar e depois te dou a resposta.



04 - EXPLIQUE PARA A CRIANÇA O PORQUÊ DE SUA DECISÃO - Procure usar frases curtas e objetivas pois a criança entenderá mais facilmente. Não é adequado falar demais e nem se perder em justificativas como se tivesse pedindo desculpas por sua atitude.

Você não pode ver televisão depois das nove horas da noite porque precisa acordar cedo para ir à aula.

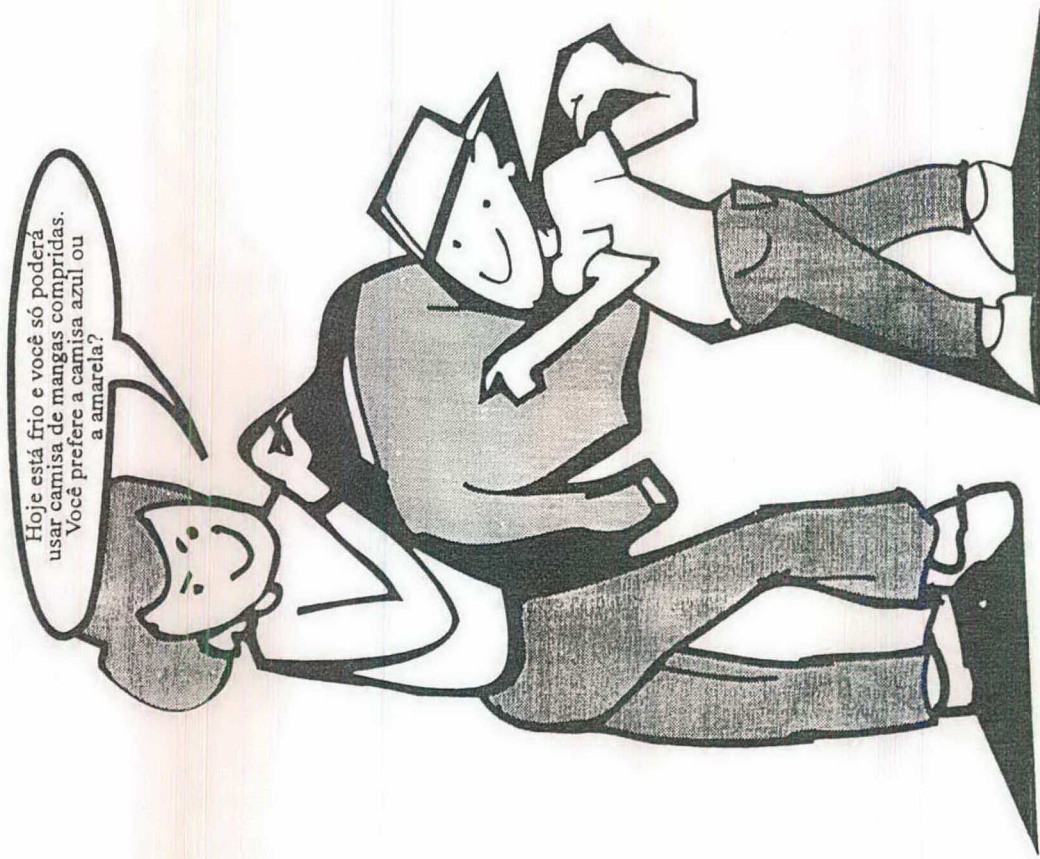


Fale com carinho, converse de maneira sincera, amigável e honesta mas sem perder a firmeza. Seja segura, mas não agressiva. A criança tem grande capacidade para apreender estas situações.

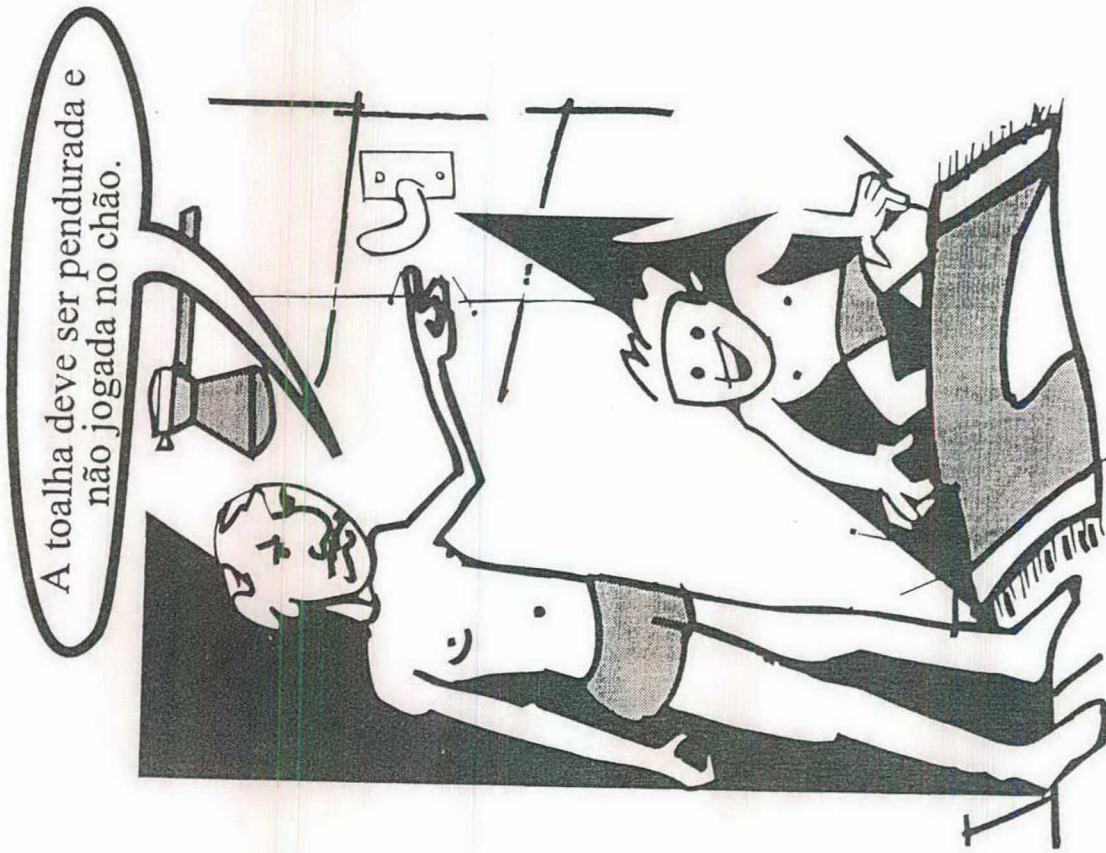
05 - ACEITAR QUE A CRIANÇA PODERÁ FICAR DES-CONTENTE - A criança poderá ficar triste ou com raiva no estabelecimento de limites e os pais devem estar preparados para lidar com estes sentimentos. Uma maneira de lidar com o fato é identificar quais os sentimentos que a criança está sentindo e expressá-los para ela, demonstrando compreensão. A tendência é que sentindo-se compreendida a criança aceite mais facilmente o limite imposto.



06 - OFEREÇA OPÇÕES DE ESCOLHA - Uma das maneiras de tornar o limite mais fácil de ser aceito pela criança é oferecer-lhe uma certa margem de escolha. A criança sentirá que também tem poder de decisão, o que é muito importante para o desenvolvimento de sua autonomia.



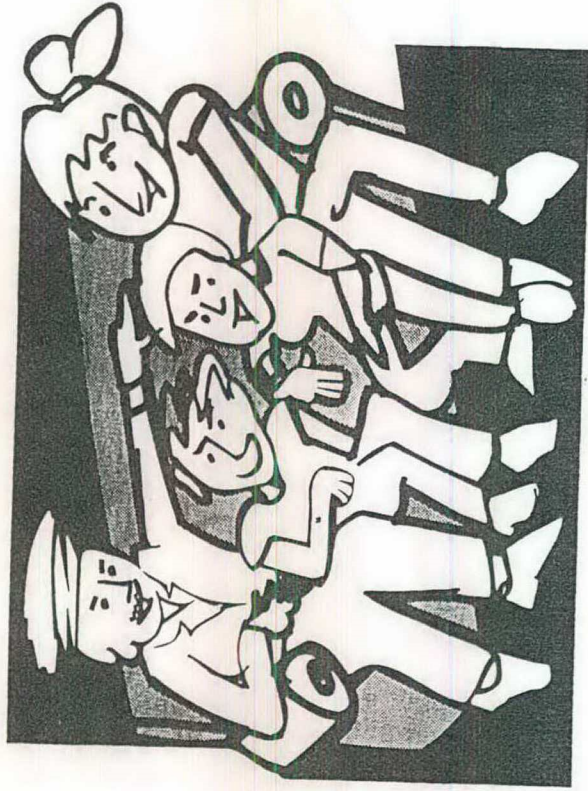
07 - **APONTE A SITUAÇÃO E NÃO A CRIANÇA** - Isto fará com que ela perceba o que deve fazer sem sentir-se acusada ou criticada.



08 - **PAI E MÃE DEVEM TER A MESMA POSTURA NO ESTABELECIMENTO DE LIMITES** - Deve haver concordância entre os limites estabelecido pelo pai e aquele estabelecido pela mãe. Se os dois não concordarem, a tendência é que a criança ou fique confusa, ou siga o que mais lhe convém.



09 - AJUDE SEU FILHO A SER COMPREENSIVO - Para que a criança se torne compreensiva é necessário criar um clima de compreensão mútua na família, habituando a criança a participar sempre que possível das decisões, ao invés de aliená-la dos problemas e da realidade.



BATE PAPO FINAL

Sabemos quanto é difícil educar crianças. Como os adultos, cada criança tem seu jeito particular de ser e de reagir às situações do dia a dia. Não existem manuais ou receitas que ensinem os pais a resolverem cada uma das dificuldades que vão surgindo na educação de seus filhos.

Entendemos porém que o importante na educação das crianças é sempre revermos as práticas educacionais que adotamos, se estamos de fato fazendo o melhor.

Repensamos o que estamos ensinando às nossas crianças, sabendo de antemão que nossas atitudes muitas vezes ensinam mais do que as palavras que usamos. Repensamos enfim, se estamos tratando nossas crianças como cidadãos de direitos e deveres que, como nós adultos, merecem res- peito.

Anexo 10

Questionário

Universidade Federal de Santa Catarina

Departamento de Enfermagem

Pesquisa sobre Qualidade de Vida com famílias moradoras do Morro do Quilombo

Identificação

Membros	idade	escolaridade	profissão	renda familiar	Procedência
Pai	22	8º série	aux. cozinha	R\$ 400,00	Francisco Beltrão
mãe	23	5º série	do lar	-	Spelis
filho	2a 4m	-	-	-	"

Questionário

1. Você(s) utiliza(m) os serviços do Centro de Saúde?
2. Quem utiliza o Centro de Saúde?
3. O que é qualidade de vida para você(s)?
4. O que é que você(s) sabe(m) sobre PSF?
5. Você(s) acha(m) que houve alguma mudança na qualidade de vida com a implantação do PSF?

- 1- sim
- 2- mãe e filho
- 3- Bem estar da família, serviço bom, saúde de todos
- 4- não
- 5- atendimento está mais próximo

Universidade Federal de Santa Catarina

Departamento de Enfermagem

Pesquisa sobre Qualidade de Vida com famílias moradoras do Morro do Quilombo

Identificação

Membros	idade	escolaridade	profissão	renda familiar	Procedência
Padrasto	26	1º grau inc.	serviço geral	R\$ 300,00	São José do Oeste - PR
Mãe	25	"	empregada dom.		"
Filho	05	—	—		Spolin
Filha	03	—	—		"
Filha	02	—	—		"

Questionário

1. Você(s) utiliza(m) os serviços do Centro de Saúde?
2. Quem utiliza o Centro de Saúde?
3. O que é qualidade de vida para você(s)?
4. O que é que você(s) sabe(m) sobre PSF?
5. Você(s) acha(m) que houve alguma mudança na qualidade de vida com a implantação do PSF?

1- Sim

2- Mãe e filhos.

3- É que os meus filhos comam na hora certa, comida saudável, não besteira, que as crianças durmam bem e que tenham saúde aí não preciso ter muito dinheiro.

4- Não

5- Senti mais estímulo para retornar ao programa do Hora a Comer e "leite e saúde".

Universidade Federal de Santa Catarina

Departamento de Enfermagem

Pesquisa sobre Qualidade de Vida com famílias moradoras do Morro do Quilombo

Identificação

Membros	idade	escolaridade	profissão	renda familiar	Procedência
Pai	28	2º série	frentista	R\$ 250,00	Povoado Redondo
Mãe	28	6º série	do pai	-	Spelis
Filha	06	1ª série	-	-	"
Filha	04	-	-	-	"
Filha	03	-	-	-	"

Questionário

1. Você(s) utiliza(m) os serviços do Centro de Saúde?
2. Quem utiliza o Centro de Saúde?
3. O que é qualidade de vida para você(s)?
4. O que é que você(s) sabe(m) sobre PSF?
5. Você(s) acha(m) que houve alguma mudança na qualidade de vida com a implantação do PSF?

1- sim

2- todos utilizam

3- viver bem

4- já ouvir falar

5- controla mais, ajudam bastante

Universidade Federal de Santa Catarina

Departamento de Enfermagem

Pesquisa sobre Qualidade de Vida com famílias moradoras do Morro do Quilombo

Identificação

Membros	idade	escolaridade	profissão	renda familiar	Procedência
Mãe	29	4ª série	desempregada	-	Spoliz
Filho	06	1ª série	-	-	"
Filha	08	3ª série	-	-	"

Questionário

1. Você(s) utiliza(m) os serviços do Centro de Saúde?
2. Quem utiliza o Centro de Saúde?
3. O que é qualidade de vida para você(s)?
4. O que é que você(s) sabe(m) sobre PSF?
5. Você(s) acha(m) que houve alguma mudança na qualidade de vida com a implantação do PSF?

1- Sim

2- Todos

3- Hoje é muito difícil, (pai-da-mãe sustenta a filha) ^{pai} sofreu um acidente e não pode trabalhar para ter dinheiro, principalmente hoje que as coisas são caras.

4- Já ouviu falar.

5- melhorou muito. Pode tratar das crianças.

Universidade Federal de Santa Catarina

Departamento de Enfermagem

Pesquisa sobre Qualidade de Vida com famílias moradoras do Morro do Quilombo

Identificação

Membros	idade	escolaridade	profissão	renda familiar	Procedência
Pai	27	1º grau inc	pintor	R\$ 600,00	fam - RS
Mãe	27	"	de lar		"
Filho	04	escola	-		"
Filha	06	escola	-		"
Filha	03	creche	-		"

Questionário

1. Você(s) utiliza(m) os serviços do Centro de Saúde?
2. Quem utiliza o Centro de Saúde?
3. O que é qualidade de vida para você(s)?
4. O que é que você(s) sabe(m) sobre PSF?
5. Você(s) acha(m) que houve alguma mudança na qualidade de vida com a implantação do PSF?

1- Sim

2- Todos.

3- Sei lá, se alimentar bem, vestir, comer bem.

4- não sabe.

5- mais segurança, pois ficam mais "à par" do desenvolvimento.

Universidade Federal de Santa Catarina

Departamento de Enfermagem

Pesquisa sobre Qualidade de Vida com famílias moradoras do Morro do Quilombo

Identificação

Membros	idade	escolaridade	profissão	renda familiar	Procedência
Pai	28	1º grau inv.	autônomo	R\$ 150,00	Admitês
Mãe	25	"	aux. creche	R\$ 180,00	Ipelês
Filha	05	creche	—		"
Filho	03	"	—		"

Questionário

1. Você(s) utiliza(m) os serviços do Centro de Saúde?
2. Quem utiliza o Centro de Saúde?
3. O que é qualidade de vida para você(s)?
4. O que é que você(s) sabe(m) sobre PSF?
5. Você(s) acha(m) que houve alguma mudança na qualidade de vida com a implantação do PSF?

1- Sim

2- Todos.

3 - Centro de saúde organizado, pessoas aptas para atender

4 - Não souber falar.

5 - Sem mudanças boas.

Universidade Federal de Santa Catarina

Departamento de Enfermagem

Pesquisa sobre Qualidade de Vida com famílias moradoras do Morro do Quilombo

Identificação

Membros	idade	escolaridade	profissão	renda familiar	Procedência
Pai	28	1º grau comp	pladador	R\$ 400,00	Chapeco
Filho	05	-	-	R\$ 180,00	Spelis
Filho	03	-	-		"
Filho	02	-	-		"
Enteado	18	1º grau comp	cuida de cga		"
Enteado	16	" " "	-		"
Enteado	12	" " "	-		"
Mãe	37	1º grau inc	faxineira		santa fuvare

Questionário

1. Você(s) utiliza(m) os serviços do Centro de Saúde?
2. Quem utiliza o Centro de Saúde?
3. O que é qualidade de vida para você(s)?
4. O que é que você(s) sabe(m) sobre PSF?
5. Você(s) acha(m) que houve alguma mudança na qualidade de vida com a implantação do PSF?

1- Sim

3- morar numa casa boa com banheiro, rede de ergoto, limpa.
Ter um plano de saúde.

4- não sabe o que é, já ouviu falar.

5- não porque não tem um programa, quase não está em casa para receber o ACS!

Universidade Federal de Santa Catarina

Departamento de Enfermagem

Pesquisa sobre Qualidade de Vida com famílias moradoras do Morro do Quilombo

Identificação

Membros	idade	escolaridade	profissão	renda familiar	Procedência
Pai	29	4º ano	de lar	-	São José do Oeste (PR)
Mãe	28	2º ano	servente	R\$ 200,00	"
Filha	04	—	—	-	"
Filha	02	—	—	-	"
Irmão	31	2º ano	servente	n sabe	"
Irmão	24	n sabe	serviço geral	"	"

Questionário

1. Você(s) utiliza(m) os serviços do Centro de Saúde?
2. Quem utiliza o Centro de Saúde?
3. O que é qualidade de vida para você(s)?
4. O que é que você(s) sabe(m) sobre PSF?
5. Você(s) acha(m) que houve alguma mudança na qualidade de vida com a implantação do PSF?

1 - sim.

2 - mãe, pai e filhos (sim)
Irmãos (não)

3 - ser saúde, alimento, não se incomodando

4 - não

5 - sim, muito bem.

Universidade Federal de Santa Catarina

Departamento de Enfermagem

Pesquisa sobre Qualidade de Vida com famílias moradoras do Morro do Quilombo

Identificação

Membros	idade	escolaridade	profissão	renda familiar	Procedência
Pai	43	2º grau	desempregado	R\$ 600,00	Ufopa
Mãe	42	ii	farmaçêutica		Paraná
Filha	07	1º série	-		Spolis
Filha	04	-	-		Spolis

Questionário

1. Você(s) utiliza(m) os serviços do Centro de Saúde?
2. Quem utiliza o Centro de Saúde?
3. O que é qualidade de vida para você(s)?
4. O que é que você(s) sabe(m) sobre PSF?
5. Você(s) acha(m) que houve alguma mudança na qualidade de vida com a implantação do PSF?

1- sim

3- vida estável, com emprego, salário, casa própria e saúde.

4- não

5- não, porque nunca precisamos diretamente do programa.

Universidade Federal de Santa Catarina

Departamento de Enfermagem

Pesquisa sobre Qualidade de Vida com famílias moradoras do Morro do Quilombo

Identificação

Membros	idade	escolaridade	profissão	renda familiar	Procedência
Pai	37	1º grau compl	autônomo	250,00 R\$	Itacorubi
Mãe	43	1º grau incompl	do lar		Bojé
Filho	06	1º série	-		Fleusenópolis
Filha	04	creche	-		Fleusenópolis

Questionário

1. Você(s) utiliza(m) os serviços do Centro de Saúde?
2. Quem utiliza o Centro de Saúde?
3. O que é qualidade de vida para você(s)?
4. O que é que você(s) sabe(m) sobre PSF?
5. Você(s) acha(m) que houve alguma mudança na qualidade de vida com a implantação do PSF?

1. Sim

2.

3. Ter boa alimentação, saneamento, transporte, casa.

4. Não

5. Muito bom e importante.

Universidade Federal de Santa Catarina

Departamento de Enfermagem

Pesquisa sobre Qualidade de Vida com famílias moradoras do Morro do Quilombo

Identificação

Membros	idade	escolaridade	profissão	renda familiar	Procedência
mãe	20	1ª grau inv.	não trabalha		Campos Novos
filho	23	1ª grau inv.	carreirista	R\$ 40,00	Freiburgo
filho	26m	-	-		Freiburgo
filha	1a	-	-		Ipelis

Questionário

1. Você(s) utiliza(m) os serviços do Centro de Saúde?
2. Quem utiliza o Centro de Saúde?
3. O que é qualidade de vida para você(s)?
4. O que é que você(s) sabe(m) sobre PSF?
5. Você(s) acha(m) que houve alguma mudança na qualidade de vida com a implantação do PSF?

1. sim, não é sempre
2. saúde, se alimentar bem (ter comida todo dia)
4. já escutei falar
5. Desconhecia o programa então não sabe diferenciar se melhorou ou não.

Universidade Federal de Santa Catarina

Departamento de Enfermagem

Pesquisa sobre Qualidade de Vida com famílias moradoras do Morro do Quilombo

Identificação

Membros	idade	escolaridade	profissão	renda familiar	Procedência
Mãe	18	1º grau incompleto	doméstica	R\$ 200,00	Ipelir
Pai	55	1º grau incompleto	autônomo	R\$ 200,00	Ipelir
Filho	3 anos	-	-	-	Ipelir

Questionário

1. Você(s) utiliza(m) os serviços do Centro de Saúde?
2. Quem utiliza o Centro de Saúde?
3. O que é qualidade de vida para você(s)?
4. O que é que você(s) sabe(m) sobre PSF?
5. Você(s) acha(m) que houve alguma mudança na qualidade de vida com a implantação do PSF?

1- sim
2- saúde, alimentação, banheiro
3- nada
4- não tem conhecimento de quando começou e

Anexo 11

Foto 3



Certificado 1

Anexo 12

III Simpósio Brasileiro de Vacinas



5 a 7 de abril de 2001
Centro de Convenções - Centro Sul
Florianópolis - SC

CERTIFICADO

Certificamos que

JULIANA MOREIRA COELHO

Participou do III Simpósio Brasileiro de Vacinas, realizado em Florianópolis-Santa Catarina, no período de 05 a 07 de Abril de 2001 na qualidade de

Realização




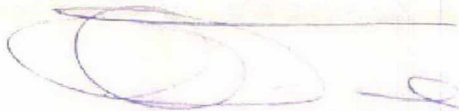
MEMBRO EFETIVO

APOIO



**SOCIEDADE
CATARINENSE DE
INFECTOLOGIA**


Dr. Aroldo Frohmann de Carvalho
Presidente da Sociedade Catarinense de Pediatria


Dra. Sônia Maria de Faria
Presidente do III Simpósio Brasileiro de Vacinas

III Simpósio Brasileiro de Vacinas



5 a 7 de abril de 2001
Centro de Convenções - Centro Sul
Florianópolis - SC

CERTIFICADO

Certificamos que

PRISCILA JULIANA BOSCOLLO HELENO

**Participou do III Simpósio Brasileiro de Vacinas, realizado em
Florianópolis-Santa Catarina, no período de 05 a 07 de Abril
de 2001 na qualidade de**

Realização





MEMBRO EFETIVO

APOIO



**SOCIEDADE
CATARINENSE DE
INFECTOLOGIA**


Dr. Aroldo Frohmann de Carvalho
Presidente da Sociedade Catarinense de Pediatria


Dra. Sônia Maria de Faria
Presidente do III Simpósio Brasileiro de Vacinas



5 a 7 de abril de 2001
Centro de Convenções - Centro Sul
Florianópolis - SC

CERTIFICADO

Certificamos que

VANESSA C. PROCHNOW

**Participou do III Simpósio Brasileiro de Vacinas, realizado em
Florianópolis-Santa Catarina, no período de 05 a 07 de Abril
de 2001 na qualidade de**

MEMBRO EFETIVO

Realização



APOIO



SOCIEDADE
CATARINENSE DE
INFECTOLOGIA

Dr. Aroldo Prohmann de Carvalho
Presidente da Sociedade Catarinense de Pediatria

Dra. Sônia Maria de Faria
Presidente do III Simpósio Brasileiro de Vacinas

Anexo 13

Foto 4



Anexo 14

Certificado 2



Prefeitura de Florianópolis
Secretaria de Saúde



CERTIFICADO

Conferido a: *Juliana Maria Coelho*

pela participação no: "Seminário Desenvolvimento Integral da Criança de 0 a 3 anos"
promovido pela: Secretaria de Saúde / Programa Capital Criança

No período de: 29 de maio de 2001

Carga horária: 12 horas

Florianópolis, maio de 2001.

Manoel Américo Barros Filho
Secretário de Saúde



Prefeitura de Florianópolis
Secretaria de Saúde



CERTIFICADO

Conferido a: *Priscila Juliana Bosello Beleno*
pela participação no: "Seminário Desenvolvimento Integral da Criança de 0 a 3 anos"
promovido pela: Secretaria de Saúde / Programa Capital Criança

No período de: 29 de maio de 2001

Carga horária: 12 horas

Florianópolis, maio de 2001.

Manoel Américo Barros Filho
Secretário de Saúde



Prefeitura de Florianópolis
Secretaria de Saúde



CERTIFICADO

Conferido a: **VANESSA CRISTINA PROCHNOW**
pela participação no: **“Seminário Desenvolvimento Integral da Criança de 0 a 3 anos”**
promovido pela: **Secretaria de Saúde / Programa Capital Criança**

No período de: **29 de maio de 2001**

Carga horária: **12 horas**

Florianópolis, maio de 2001.

Manoel Américo Barros Filho
Secretário de Saúde

Anexo 15

Foto 5

ATUAÇÃO DE ACADEMICAS DE ENFERMAGEM NA VIGILÂNCIA À SAÚDE NUMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

INTRODUÇÃO

As acadêmicas da mesma unidade territorial do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, atuaram desenvolvendo uma proposta de atuação em saúde, a crianças de 0 a 5 anos e suas famílias, na área Municipal de Saúde de Florianópolis no Centro de Referência, mais especificamente do Bairro do Boqueirão, onde se encontra o Centro de Saúde Família (CSF) implantado no bairro. A criação de 0 a 5 anos de saúde pública especial da família, foi planejada de acordo com o eixo de trabalho e desenvolvimento intelectual, social e afetivo, e por ser um indivíduo em risco de enfermidade.

NOSSOS CONCEITOS

O Ministério da Saúde e o órgão do PSF deve atuar em assistência prestada pela vigilância à saúde, trabalhando com a promoção da saúde, com a educação para a vida comunitária e com a educação em saúde (Ministério da Saúde, 1997). Tanto as atividades desenvolvidas em vigilância à saúde e a comunidade, a nível. Entendemos por saúde ativa a situação de saúde, a nível domiciliar e comunitário de clientela atendidas especifica de saúde, comunitária por sistemas de saúde e agentes comunitários, visando a ação de inserção nos programas pertinentes.

CONCLUSÃO

Devemos perceber que mesmo num programa implantado comunitário, como o Hora de Comer, nossa atuação está baseada nos eixos das metas propostas visando ações educativas, visando a promoção da saúde, incentivando a participação de líderes comunitários. É assim reforçando a importância da parceria entre o poder público e a população, em favor da saúde pública.

AUTORAS

Acadêmicas de Enfermagem: Juliana Helena
Acadêmicas de Enfermagem: Priscila Juliana Helton
Acadêmicas de Enfermagem: Priscila Juliana Helton
Acadêmicas de Enfermagem: Priscila Juliana Helton
Acadêmicas de Enfermagem: Priscila Juliana Helton
Acadêmicas de Enfermagem: Priscila Juliana Helton

NOSSOS OBJETIVOS

Os objetivos incluem para o trabalho de vigilância à saúde junto a crianças de 0 a 5 e suas famílias incluem: - avaliar as condições de saúde e desenvolvimento do Programa "Hora de Comer", que visam ao melhoramento, reintegrando-as ao mesmo e promovendo a inserção das mães na participação de sua comunidade no programa; - monitorar a atualização das crianças no Programa Municipal "Hora de Comer", estabelecendo parceria do Centro de Saúde no mesmo; - incluir crianças no Programa "Hora de Comer" após a detecção de casos que estejam acima da percentagem em consulta médica ou de enfermagem.

NOSSA EXPERIÊNCIA

Fomos avaliadas pelo agente comunitário da área 191 da intervenção 05. Em conjunto fomos o reconhecimento das famílias e abordamos as famílias onde haviam os indicadores positivos, no seguimento de crianças de 0 a 5 anos. Após o levantamento dos dados e o planejamento fomos uma seleção das crianças com diagnóstico, nos envolvendo com o Programa Municipal Hora de Comer. Iniciamos as crianças da comunidade no programa e outras com suspeita de baixo peso, em visitas realizadas em suas casas, incentivamos as famílias a realizar e retomar o cuidado com a saúde da criança. Com isso podemos realizar nossos objetivos.

BIBLIOGRAFIA

- MENDES, Eugênia Vilas. *Uma agenda para a Saúde*. 3.ed. Brasília, São Paulo, 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Brasília, 1997. 36p.
- DOMÍNGUEZ, Benito Nery Ramos. *O Programa de Saúde da Família: como fazer*. Prod. Independente, 1998.



Anexo 16

Artigo 1

ATUAÇÃO DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM NA VIGILÂNCIA À SAÚDE NUMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA¹

Autoras:

PROCHNOW, VC

HELENO, P.J.B

COELHO, J..M.²

Resumo

O artigo trata da experiência de acadêmicas da oitava unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, num projeto de prática assistencial, desenvolvido junto a crianças de 0 a 5 anos e suas famílias, no Centro de Saúde em Florianópolis-SC em uma micro - área que está integrada a Estratégia de Saúde da Família (PSF) implantada no bairro. Destaca a experiência de vigilância à saúde com busca ativa, das crianças com problemas nutricionais. Tais crianças/ famílias vivem num contexto social de risco, de famílias migrantes, cujos chefes de família estão desempregados e envolvidos com uso de álcool e drogas e suas companheiras são as provedoras do sustento da família, já que conseguem trabalhar. Como busca ativa o grupo define a atividade de identificação, em nível domiciliar e comunitário, de clientela com necessidades específicas de saúde, que é realizado por profissionais da saúde e agentes comunitários, estimulando a inserção ou reinserção das famílias nos programas pertinentes. Os objetivos definidos para o trabalho de busca ativa junto a clientela de 0 a 5 e suas famílias foram : a) resgatar as crianças/famílias faltosas e desistentes do Programa “Hora de Comer” bem como incentivar à conscientização da importância de permanência da criança no programa, com forma de prevenir a desnutrição e favorecer seu crescimento e desenvolvimento; b) reorganizar o atendimento das crianças no Programa Municipal “Hora de Comer, estabelecendo parceria do Centro de Saúde no mesmo; c) incluir crianças no Programa “Hora de Comer” após a detecção de casos que estejam abaixo do percentil 10, em consulta médica ou de enfermagem. Pudemos perceber que mesmo num programa implantado na comunidade, como o Hora de Comer, nossa atuação está revitalizando o alcance das metas propostas, religando crianças desistentes, revendo novas possibilidades de inclusão, incentivando a permanência de criança no Programa. E, assim reforça-se a positividade da parceria Centro de Saúde e políticas públicas, em favor da saúde infantil.

- 1 Trabalho apresentado à Disciplina de Enfermagem no Contexto Social IV do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.
- 2 Acadêmicas da oitava unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina

Introdução

Somos acadêmicas da oitava unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, somos requisitadas a elaborar uma proposta de prática assistencial para a integralização das atividades do curso.

Assim estamos desenvolvendo uma proposta de cuidado de Enfermagem junto a crianças de 0 a 5 anos e suas famílias em um Centro de Saúde de Florianópolis-SC, na comunidade de um bairro periférico, que é considerado uma micro - área integrada a Estratégia de Saúde da Família (PSF).

Identificamo-nos com a dinâmica da saúde pública, e temos interesse especial pela clientela de 0 a 5 anos. Além disso o local escolhido possibilita a oportunidade de trabalhar com PSF, tido como uma nova estratégia de oferecer saúde à população (Ministério de Saúde, 1997).

A criança de 0 a 5 anos de idade requer atenção especial da família, dos profissionais de saúde e afins, por estar em fase de crescimento e desenvolvimento no plano intelectual, social e afetivo. A criança também, por encontrar-se em situação de amadurecimento x vulnerabilidade, está susceptível a diversas enfermidades. O crescimento e desenvolvimento estão estreitamente ligados, recebendo influências do contexto social e do cuidado familiar e profissional. A criança necessita de um permanente investimento, pois é um elemento de renovação da sociedade e o fato de um grande número de famílias brasileiras pertencerem a classe social empobrecida, coloca faz com que a criança se encontre em situação de risco.

A proposta da Estratégia de Saúde da Família (PSF).

O PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. (Saúde da Família, 1998)

O PSF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, famílias do recém-nascidos ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral ou contínua. Esta estratégia está estruturada a partir de uma unidade de saúde com equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por uma determinada população, a ela vinculada, onde desenvolve suas ações.

Assim os princípios filosóficos do PSF apontam direções e permitem diagnósticos sobre as pautas de conduta dos profissionais da saúde. Devem estar conscientes e comprometidos com mudança da realidade social da sua comunidade / população residente na área de abrangência das suas unidades de saúde; devem centrar sua atenção na família; devem ter vínculos com sua clientela; integrar suas ações, priorizar a promoção da saúde e prevenção de seus agravos orientando-se pela vigilância em saúde e prioridades apontadas pelos programas oficiais de saúde como o PACS e PSF, assumir funções na reorganização dos serviços municipais de saúde.

Segundo Vasconcelos (1999) deve ocorrer apoio intensivo a famílias vivendo situações de crise, que colocam em risco a vida de um de seus membros. Essas famílias podem ser identificadas por diferentes indicadores: presença de desnutridos, recorrência de patologias facilmente controláveis, fracasso escolar de seus membros, ocorrência de óbitos por causas tratáveis, envolvimento de crianças em atividades ilícitas, violência contra membros mais frágeis, percepção pelos vizinhos de negligência e crise interna, crianças saindo para viver na rua além de vários outros. A presença desses indicadores apontam para a necessidade de apoio sistemático que se centra na dinâmica global da família e não apenas em membros isolados.

Continuando a abordagem de Vasconcelos (1999) "os serviços públicos comunitários que trabalham com famílias extremamente fragilizadas devem estruturar suas práticas não no fornecimento de serviços e bens que substituam as iniciativas da família; devem centrar suas ações no seu fortalecimento, tentando apoiar seus vínculos afetivos internos ameaçados e sua integração na rede de solidariedade pública.

A Vigilância a Saúde inserida na Saúde Pública.

Uma outra disciplina, Enfermagem no Contexto Social IV, requisitou que os alunos escrevessem um artigo onde relatassem uma experiência significativa na proposta de prática assistencial. Optamos em escrever sobre busca ativa, pois tivemos a oportunidade de observar na prática, a importância desta atuação direta, junto às famílias das crianças, pertencentes ao Programa “Hora de Comer”.

O Programa Hora de Comer está inserido na proposta do Capital Criança, da Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social do Município de Florianópolis ou seja a proposta política do Município de Florianópolis, para redução da mortalidade infantil. Prevê distribuição de uma cesta mensal de alimentos básicos à famílias que possuam crianças de 2 a 5 anos, detectadas abaixo do percentil 10, com a finalidade recuperar o peso das mesmas e com isso garantir seu crescimento e desenvolvimento saudável.

Definimos como “busca ativa” a atividade integrante da vigilância à saúde, de identificação, em nível domiciliar/ comunitário, de clientela com necessidades específicas de saúde, realizado por profissionais da saúde e agentes comunitários de saúde e, estímulo a inserção ou reinserção das famílias nos programas pertinentes.

A Lei Orgânica de Saúde Pública no Brasil (1990), define Vigilância como: “ o conjunto de ações ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar ou adotar medidas de prevenção e controle das doenças” (O Programa de Saúde da Família). Na prática, a vigilância a saúde, requer o envolvimento da comunidade e seus problemas de saúde, com a intersetorialidade de programas e profissionais de saúde.

Essa vigilância deve ser mantida de forma permanente e deve contar com a participação de uma equipe multiprofissional e dos Agentes Comunitários de Saúde, pois eles são promotores da saúde, ou seja, ativos na busca de pessoas com problemas de saúde; ativos na identificação dos fatores determinantes pelo aparecimento ou agravamento das doenças da comunidade; ativos na busca de soluções; ativos na implementação de atividades que promovam o grau de saúde da população (Ministério da Saúde, 1998).

A vigilância a saúde tem como objetivo fundamental, observar e detectar, o mais precocemente possível, os desvios de estado de saúde da população e estudá-los; conhecer

suas causas e propor ações e colocá-las à disposição dos que têm que tomar as decisões para intervenção e solução (O Programa de Saúde da Família).

Uma vez mantida a Vigilância, o problema de saúde passa por um programa de intervenção de saúde, assegurando o emprego de medidas efetivas para o controle da doença (Epidemiologia para os Municípios).

A equipe de Saúde da Família (PSF), desenvolve sua assistência permeado pela vigilância a saúde, trabalhando com a promoção da saúde, com a participação na vida comunitária, com a educação em saúde e realizando atividades individuais e coletivas que visem proporcionar a diminuição de fatores de risco que afetem a saúde da comunidade.

O termo vigilância refere-se também a um sistema especial de registro para um problema de saúde, ou, doença particular, como por exemplo o estado nutricional das crianças de 0 a 5 anos da comunidade (Ministério da Saúde 1999).

Neste sentido, os objetivos que estabelecemos no trabalho de busca ativa, junto a clientela de 0 a 5 e suas famílias foram:

- resgatar as crianças/famílias faltosas e desistentes do Programa “Hora de Comer” que residam no bairro Itacorubi, reintegrando-as ao mesmo e procurando conscientizá-las da real importância de sua permanência no programa.
- participar da reorganização do Programa Municipal “Hora de Comer” com problemas de alimentos com data de validade vencida e listas desatualizadas das crianças incluídas;
- incluir novas crianças no Programa “Hora de Comer” através de detecção em consulta médica, de enfermagem ou visita à comunidade.

As famílias assistidas

As famílias do Morro do Quilombo com as quais trabalhamos, são na sua maioria migrantes que se destinaram à Florianópolis, vindos do interior do estado do Paraná, em busca de melhores condições de vida. Vivem em casas alugadas, compradas ou apossaram-se de terrenos baldios onde construíram suas próprias moradias. Grande parte das casas são de madeira, variando de 1 a 3 cômodos onde moram uma média de 5 pessoas; nem todas as casas possuem banheiro fazendo uso do quintal como local para depositar suas eliminações. Algumas casas apresentam piso de chão batido. As instalações elétricas são

improvisadas tipo “rabixo”. Há umidade constante nas casas, devido a permanência de mangueiras de água abertas no terreno, além de muitas não disporem de janelas permitindo a ventilação e secagem das mesmas. Muitos dos moradores criam animais domésticos em precárias condições, ou seja, vivem soltos, adoentados e sujos; as crianças tem contato direto com esses animais. Uma parcela do lixo produzido por essas famílias é destinado aos terrenos baldios, córregos e até mesmo nos seus próprios quintais. Somente alguns encaminham seu lixo para ser recolhido pela Comcap, na rua geral.

A população economicamente ativa dessa comunidade é representada em sua maioria pela classe feminina. Os homens em grande parte são desempregados e dependentes da renda salarial das mulheres, que é de cerca de 1 a 2 salários mínimos. A escolaridade dessa população mostra que nem todos possuem o primeiro grau completo e que existe um elevado índice de analfabetismo. Diariamente as crianças são deixadas na creche pela manhã e retornam aos seus lares no turno da noite. Vimos também que em se tratando de higiene as condições de algumas famílias são precárias, deixando de realizar os cuidados básicos pessoais e de suas moradias, colocando em risco sua saúde.

Nossa experiência com busca ativa

Em função de uma reforma, o Centro de Saúde em que atuamos manteve-se fechado de outubro de 2000 a maio de 2001 e a população passou a ser atendida no Centro de Saúde de outro bairro próximo. A estrutura física desse outro Centro de Saúde também dificultou o atendimento, por exemplo vacinas não puderam ser aplicadas por falta de uma sala de imunização, esse CS era constituído apenas por uma sala de recepção, um banheiro, um consultório, uma sala de procedimentos e uma cozinha que divide espaço com uma farmácia.

Assim concentramos nossa atividade na comunidade. Acompanhando e atuando em conjunto com a agente comunitária da área 191, da micro-área 09, fizemos o reconhecimento do campo e tivemos a oportunidade de vivenciar a realidade descrita acima. Localizamos então as famílias onde haviam as crianças de 0 a 5 anos com condição nutricional comprometida (os marcadores procurados). Buscamos atender a nossa clientela dentro dos objetivos propostos e com os recursos disponíveis; problemas como atraso

vacinal foram encaminhadas a outros centros de saúde que possuíam salas adequadas para imunização.

Durante as estadas na comunidade fomos identificando crianças com baixo peso que não estavam no Programa, outras que o haviam abandonado e outras que não seguiam as orientações, mantendo a desnutrição da criança.

Assim fomos nos envolvendo com os profissionais do Programa Municipal Hora de Comer, com o médico do CS em que estamos atuando (centro de saúde mais próximo), intensificando ações em conjunto com a Enfermeira do Centro de Saúde de origem, que também deslocou, provisoriamente, o seu campo de atuação para este CS próximo, juntamente com os agentes comunitários de sua equipe. Médico, enfermeira e nós acadêmicas, passamos a efetuar as consultas das crianças mencionadas e nas atividades de educação em saúde

As famílias, num esforço extra, se deslocavam para o bairro vizinho, para as consultas, pesagem e medida dos filhos. Recebiam e trocavam informações sobre a importância e a entrega da cesta.

Escolhemos uma família para relatar a nossa experiência de busca ativa.. C.F.A, 3 anos e 9 meses, filha de R.A, de uma família de 4 pessoas (mãe e três filhos), moradora do Bairro em que atuamos, inserida ao Programa “Hora de Comer” por C.F.A. estar abaixo do percentil 10. C.F.A permanece o dia na creche, pois sua mãe trabalha fora como empregada doméstica para o sustento da família. Não tem contato com o pai, sendo a mãe a responsável pelos cuidados dos filhos. C.F.A era uma das crianças faltosas ao programa há dois meses, ou seja não comparecia ao Centro de Saúde nas datas pré-determinadas de pesagem e não comparecia nas reuniões educativas. Dia 20 de abril realizamos uma visita domiciliar, com o objetivo de busca ativa, na moradia dessa criança com intenção de investigar o motivo das faltas e de marcar consulta de puericultura para a mesma. Ao chegarmos lá fomos recebidas pela avó, pois R.A estava trabalhando. A avó que pouco sabia nos informar sobre a situação de saúde da criança, pois estava pouco tempo morando ao lado da casa da filha. Optamos em deixar por escrito a data da consulta já marcada. A avó, se responsabilizou em passar o recado e caso fosse necessário se dispôs a levar a criança ao Centro de Saúde.

Dia 24 de abril, R.A compareceu ao centro de saúde conforme combinado para consulta de C.F.A. A consulta foi então realizada por uma das acadêmicas onde foi detectado que a criança continuava em baixo peso, ou seja, abaixo do percentil 10. Nessa mesma oportunidade foi dialogado sobre a importância da cesta e da permanência da criança no programa para que dessa forma a assistência tivesse continuidade. Após a consulta foi entregue o papel da pesagem que deveria ser entregue na reunião educativa do mês de maio. No mês de maio R.A, voltou ao Centro de Saúde dentro da data prevista para pesar a filha. Também compareceu à reunião educativa e assim voltou a receber a cesta básica.

Conclusões

A desnutrição é um dos problemas de saúde mais graves e frequentes no mundo. Os índices de mortalidade e morbidade infantis confirmam a severidade desse problema nos países subdesenvolvidos. Algumas das possíveis complicações desse déficit no estado nutricional, podem ser citadas como sendo o comprometimento no crescimento e desenvolvimento físico, emocional e intelectual na etapa da vida em que a criança mais necessita de complemento alimentar e energia para se desenvolver (Waley, 1989, p.228).

Pudemos perceber que mesmo num programa implantado na comunidade, como o Hora de Comer, nossa atuação está revitalizando o alcance das metas propostas, religando crianças desistentes, revendo novas possibilidades de inclusão, incentivando a permanência de crianças no Programa. Com o trabalho desenvolvido junto a comunidade tivemos a oportunidade de vivenciar a real situação de saúde da população, mais especificamente as crianças de 0 a 5 anos e suas famílias. Percebemos que houve mobilização das famílias das crianças assistidas, pois desde o primeiro contato realizado, foi estabelecido entre nós acadêmicas e as famílias uma relação de confiança e parceria, a qual, se manteve durante nossos encontros em atividades educativas realizadas mensalmente na comunidade. No Centro de Saúde, onde realizávamos as consultas de puericultura, refletíamos sobre o cuidado da saúde da criança pelos pais, ou seja, a importância em pesar as crianças no Centro de Saúde com os profissionais adequados, o valor da cesta nutricional para o ganho de peso das crianças e a importância da recuperação nutricional para o crescimento e desenvolvimento dessas crianças.

Como resultados quantitativos podemos citar que de doze famílias trabalhadas, onze, permanecem no Programa Hora de Comer e apenas uma delas está ainda indefinida. Acreditamos que, ao término do nosso estágio, o acompanhamento e a vigilância à saúde dessas crianças terá continuidade, pelo repactuação da parceria entre o Centro de Saúde e políticas públicas, em favor da saúde infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade . *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997. 33 p.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. *Anais da Reunião Técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família de 26 a 28 de Maio de 1999*. Brasília, 2000. 84 p.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básicas. I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família: Relatório Final. Brasília, 1999. 78 p.

CARVALHO, Maria do C. B. de. A priorização da família na agenda da política social. In: *A Família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC, 1995.

DOMINGUEZ, Benito N. Ramos. *Programa de saúde da Família: como fazer*. Minas Gerais, CGE, 1998

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1998.

VASCONCELOS E.M. Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família. Ministério da Saúde. Editora Hucitec. São Paulo. 1999-10-28

WHALEY, Lucille F. *Enfermagem Pediátrica - elementos Essenciais à intervenção Efetiva*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara , 1989.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O PRESENTE RELATÓRIO CUMPRE SATISFATORIAMENTE OS REQUISITOS DA DISCIPLINA ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA (INT 5134) E ATENDE AS SOLICITAÇÕES DE REVISÃO EFETUADAS PELA BANCA DE AVALIAÇÃO DO MESMO. FOI APROVADO COM NOTA 9.0 (NOVE) REFLETINDO TANTO O EMPENHO DAS AUTORAS EM RELATAR , COMO REFLETIR SOBRE A PRÁTICA DESENVOLVIDA.

Edilza Maria Ribeiro
Professora EDILZA MARIA RIBEIRO

ORIENTADORA

FLORIANÓPOLIS, 13 DE JULHO DE 2001