

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE
ATENDIMENTO AMBULATORIAL À CRIANÇA DE 0 A 2
ANOS DE IDADE NO BAIRRO DO CORREGO GRANDE

DEBORA MARY RIHL GOMES

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - ENSINO INTEGRADO

FLORIANÓPOLIS - 1985

N.Cham. TCC UFSC ENF 0055
Autor: Gomes, Debora Mary
Título: Proposta para implantação de um

972513142 Ac. 240024
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0055
EX.1

ORIENTADOR: PROFº ANTONIO DE MIRANDA WOSNI

SUPERVISORA: ENFa. LILIAN MARIA PAGLIUCA

SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO	01
II - HISTÓRICO	09
III - OBJETIVOS	15
IV - DESENVOLVIMENTO	17
V - CRONOGRAMA	21
VI - AVALIAÇÃO	22
VII - CONCLUSÃO	24
VIII - BIBLIOGRAFIA	26

ANEXOS

I - INTRODUÇÃO

A concretização deste trabalho nos leva a reflexões mais profundas pois não se limita a um trabalho de término de curso mas antes de tudo a prestação de serviço de saúde a uma comunidade com desejo de melhorá-lo.

Para dar início a esta reflexão faz-se necessário uma pequena análise de como está a saúde da maioria da população e as reformulações que passou e que passa o setor saúde.

A crise, por que passa o país e o setor saúde, é na verdade das condições de vida e conseqüentemente da saúde que se encontra a maioria da população brasileira.

As doenças evitáveis que dependem, ou melhor, expressam as condições de vida da população se mantêm predominantes. Para ilustrar temos, segundo o Ministério da Saúde, como nos coloca POSSAS que a "Divisão Nacional de Tuberculose estima em 30 e 40 milhões de indivíduos infectados, com 100 mil pessoas adoecendo a cada ano, a esquitossomose constitui igualmente hoje um dos mais sérios problemas sanitários do país, com 12 milhões de pessoas atingidas, doença de chagas afeta atualmente mais de 5 mi

lhões de pessoas, sendo que o número de vetores infectados encontrados aumentou de 3,2% em 1971 para 7,1% em 1973, conforme dados divulgados na V Conferência Nacional de Saúde, em 1975; 150 mil brasileiros são portadores de hanseníase ou lepra; morrem anualmente cerca de 14 mil pessoas no país com tétano; 500 mil brasileiros são cegos e 10 milhões são vítimas de tracoma; 10 milhões são doentes mentais e 6 milhões são excepcionais. Todas estas patologias encontram-se associadas à desnutrição, que atinge 40 milhões de brasileiros. Destes, 12 milhões são crianças, o que leva a uma mortalidade infantil de pelo menos 100 mil por nascidos, ou seja, uma em cada 10 crianças morrem antes de completar o primeiro ano de vida".

Com referência a este último dado temos segundo POSSAS que a ... "mortalidade infantil no Brasil apresentou um acentuado aumento entre 1962 e 1970, passando de 94,6 para 108,7 óbitos de menores de um ano para cada mil nascidos vivos".

A saúde dos trabalhadores brasileiros é péssima como podemos observar nos dados acima. A maioria da população passa fome, não tem o que comer. As condições de vida do trabalhador em geral está precária sendo que esta está diretamente relacionada com a redução do salário e também a falta de uma política por parte do governo em atender as necessidades dos trabalhadores em geral como: moradia digna, educação, saneamento básico, distribuição justa de renda, reforma agrária.

O Setor Saúde tem incorporado as exigências do sistema capitalista que dá importância ao biológico, ao corpo e a acumulação do capital. Segundo citação de ALMEIRA et alii de FOUCAULT "El cuerpo es una realidad biopolítica; a medicina es una estra

tégia biopolítica". Seu foco principal é recuperar a saúde do trabalhador o mais rápido possível para que retorne a produzir, ou seja, recuperar o trabalhador para mantê-lo em condições de produtividade. Como nos coloca POSSAS "Não se trata de uma garantia de condições gerais de saúde do trabalhador, segundo um conceito ideal de saúde, e sim de mantê-lo em condições mínimas de saúde para a produção, reproduzindo o impacto do desgaste na produção sobre o organismo".

Nosso modelo de saúde tem respondido a necessidade do capital na medida em que mantém no seu interior a dicotomia entre a saúde individual e saúde coletiva. Esta dicotomia expressa a divisão entre as intervenções sobre a população trabalhadora e as intervenções sobre a população em geral. O Setor saúde possui dois Ministérios: o da Saúde e o da Previdência e Assistência Social sendo que para o primeiro cabe a saúde coletiva, saneamento, prevenção de doenças e ao segundo a saúde individual, curativa.

Segundo POSSAS "... a maior parte dos recursos estão voltados para a medicina individualizada, sintomática, curativa e de natureza essencialmente hospitalar, para qual se destinam 90% dos recursos com assistência médica no Brasil, transferidos para a rede privada através de contratos com terceiros pelo INAMPS".

A partir do que foi colocado se observa que esta dicotomia não se dá de forma casual tem sua lógica bem definida, na medida em que responde a uma demanda específica do sistema produtivo, os trabalhadores previdenciários e não o que a população em geral necessita como as medidas sanitárias. E também fa

vorece a transformação médica em mais um setor capitalista para obtenção de lucros.

Nos últimos anos tem surgido novas estratégias por parte do governo para racionalizar os gastos da previdência e extender os serviços de saúde a populações marginalizadas através da extensão de cobertura, do PREVSAUDE e mais recentemente as Ações Integradas de Saúde.

No texto da Ações Integradas da Saúde coloque que "a organização da rede de serviços integrada de saúde contempla a articulação dos níveis de atenção com distinta complexidade de atendimento, hierarquizados entre si, com a finalidade de manter a unidade funcional do sistema e assegurar o acesso a todos os níveis". Onde definem os cuidados em três níveis: primário, secundário e terciário.

Façamos, neste momento, uma revisão breve da Declaração de Alma Ata (78). Em primeiro lugar temos o seguinte conceito de cuidados primários de saúde que são "cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologia práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento". É o foco principal e função central do sistema de saúde e envolve outros setores correlatos como: agricultura, alimentação, habitação e educação.

Como coloca SANTOS sobre o conceito de atenção primária de saúde "constituem o conjunto de todas as atividades apoiadas

em tecnologia e manejo simples, recursos humanos não especializados, custos compatíveis para as grandes coberturas e sólido embasamento científico dirigidas para:

1. Orientar e executar medidas de promoção da saúde e proteção contra doenças, para toda a população (imunização, saneamento, salubridade habitacional e no trabalho, saúde mental, etc);
2. Fornecer primeiro atendimento de sintoma, ou doença para toda a população;
3. Oferecer acompanhamento após o primeiro atendimento, para toda a população;
4. Encaminhar casos que requeiram maior complexidade diagnóstica e terapêutica aos serviços de nível secundário ou terciário;
5. Interagir com o saber popular e as práticas populares de saúde e não obstaculizar o acesso da população e auxiliares de saúde a vários conhecimentos e práticas, hoje monopólio exclusivo dos profissionais de nível superior. "É o primeiro contato da comunidade (porta de entrada) com o Sistema Nacional de Saúde e que este deve ser regionalizado, hierarquizado e grau de complexidade crescente.

Que a comunidade participe de forma organizada na gestão do Posto estabelecendo prioridades, identificando as necessidades na realização de atividades e na avaliação.

Que se utilize todos os recursos disponíveis na comunidade pois como nos coloca a Declaração de Alma-Ata (78) "os cuidados primários de saúde tendem a ser mais eficazes se empregam

os meios que são compreendidos e aceitos pela comunidade" ...

Na Atenção primária de saúde temos a necessidade de re pensar os papéis dos profissionais da saúde. Por isso precisamos fazer algumas considerações em relação a nossa formação profis sional, Universidade, e levantar alguns pontos para contribuir na discussão do papel do enfermeiro neste nível de atendimento a saúde.

Com relação a Universidade, esta tem se direcionado no sentido de manter a ideologia dominante e se tornado cada vez mais elitizante, longe de atender as necessidades que a popula ção realmente necessita. Segundo VIEIRA "as instituições forma doras e utilizadoras resultam de um mesmo processo gerador e respondem aos mesmos determinantes estruturais, não importando portanto que as primeiras não se articulem com as segundas por que na realidade, elas tendem sempre a ajustar-se às exigências do trabalho dominante no aparelho utilizador".

Quanto ao papel da enfermeira nos cuidados primários de saúde ainda não está claro. Segundo CHAVES "em alguns casos, por iniciativa da enfermagem, estrutura-se um programa de cuidados primários sob a responsabilidade da enfermeira, tendo a auxi liar de enfermagem e o agente de saúde nos níveis inferiores , sendo mínima ou nula a participação médica. Em outros casos, de iniciativa médica, os mesmos dois níveis auxiliares e agente de saúde são usados, sendo a enfermeira profissional como que pos ta à margem.

E coloca adiante:

"No fundo talvez falte uma definição clara de quem faz

o quê, e uma explicitação do papel importante que a enfermeira pode, deve e tem que desempenhar na área de cuidados primários de saúde".

Outros autores como VERDERESE nos colocam que "Las enfermeras constituyem un amplio nucleo profesional y el perfeccionamiento de su competencia les pondrá en condiciones de ampliar su función y assumir uma mayor responsabilidad en el âmbito de la atención primaria de salud, liberando asi al médico de actividades que no requieren su formación avanzada".

No documento enviado a CIPLAN pela ABEn e COFen cita as diretrizes básicas para utilização plena do profissional de enfermagem nas Ações básicas de saúde tais como: (nos deteremos a nível primário).

1. "Nível de assistência primária.

- enfermeiro como elemento de apoio e de complementação das atividades dos atendentes e agentes comunitários, principalmente no estudo da comunidade, na identificação dos grupos de alto risco, na vigilância epidemiológica e na assistência direta a pessoas e grupos, com ênfase na promoção e proteção de saúde, especialmente do grupo materno-infantil, e de indivíduos com danos redutíveis e controláveis na comunidade".

E mais adiante:

" ... o profissional de enfermagem está capacitado, ou poderá, com curta capacitação em serviço assumir, com um custo bastante inferior ao planejado grandes partes das consultas" que seriam médicas.

Para finalizar esta parte temos a citação de GONDIN "É importante que nós que falamos em atendimento primário de saúde (primeiro contato da população com o serviço), que falamos em prevenção, educação em saúde, não entremos numa briga de poder, lutando por ser mais uma profissão dentro do consultório - quando há tanto o que fazer fora".

Em decorrência de não termos dentro do nosso currículo - uma maior prática voltada para o atendimento primário de saúde (primeiro contato) a população e de ver o homem não como paciente e sim agente, sujeito de sua própria história, homem inserido num contexto social historicamente determinado e que este seja respeitado como alguém possuidor de sentimentos, sensações e emoções.

E por considerar a criança, em especial a de 0 a 2 anos de idade de um ser humano que necessita e depende de atenção, não só no aspecto físico e ambiental, que é prioritário e necessário, mas também a relação da criança com as outras pessoas e com a sociedade.

No Brasil, como vimos no início do trabalho, a morte de crianças nesta faixa, e principalmente de 0 a 1 ano, é muito elevada e este é o mais expressivo e sensível indicador de más condições de vida e saúde da maioria da população.

Pensando nisso foi que decidi realizar meu estágio de conclusão de curso no ambulatório do Corrego Grande desenvolvendo uma prática voltada para as reais necessidades da comunidade.

II - HISTÓRICO

Os alunos da primeira fase de medicina, ano 81.2, a partir das aulas de Saúde Pública começaram a discutir e aprofundar estudos de Saúde Comunitária, formando um grupo (61) que manteve a discussão teórica até a 4a. (quarta) fase, quando sentiram a necessidade do estudo sobre uma prática, melhorando assim sua formação técnica e aprofundando as atividades na comunidade.

Então, surge o processo de legalização do ambulatório, inicialmente no Bairro da Serrinha, onde foi vista casa para a sede, foram feitas visitas a população e alguns alunos foram morar no Bairro. Tenta-se a viabilização, foi redigido um projeto que chegando a Reitoria não obteve resposta, Paralelamente a isso, surge espaço no Bairro do Corrego Grande, pela reivindicação feita pelo Conselho Comunitário ao Departamento de Saúde Pública e pela existência de um ambulatório na Escola Sol Nascente não comportava a demanda do Bairro.

Deste grupo inicial uma parte continuou com o processo burocrático junto ao Hospital Universitário e Reitoria, pela con

secussão do ambulatório da serrinha. E o restante do grupo 61
com novos integrantes iniciaram a formação do ambulatório do
Corrego Grande.

O Corrego surge como ambulatório de atendimento em saúde em setembro de 1984, quando nos dispomos, alunos de medicina cursando sétima, oitava e nona fase, professores do curso de Medicina juntamente com profissionais médicos, enfermeiros, nutricionistas voluntários, a alugar uma casa e montar um local para aperfeiçoar-mos a nossa formação profissional e desenvolver trabalhos para a melhoria das condições de vida da população por nós assistida.

Nosso regime de trabalho inicial, em mutirão, foi a restauração da casa, a montagem da farmácia e biblioteca para assistência em nossos trabalhos de atendimento em saúde. Através da doação e empréstimos por alunos e professores, que conseguiu do Almojarifado do HU os móveis que utilizamos.

O trabalho de atendimento iniciou-se no período da última greve dos professores universitários, mas tendo como orientadores médicos voluntários sem contrato com a Universidade, e alunos distribuídos em grupos de 4 por dia em regime semanal, rotatório.

O atendimento ambulatorial é realizado pelo estudante - utilizando o método SOAP para a colheita da história, exame físico e conduta, em seguida ocorre a discussão do caso com o orientador do dia, que auxilia na propêutica e na escolha da melhor conduta, juntamente com o aluno e a pessoa atendida.

A partir da nossa consciência de que nosso trabalho de atendimento é a primeira linha no sistema de saúde integrado , necessitamos do vínculo de referência com o Hospital Universitário para a obtenção de exames complementares, auxílio especialista e internação quando necessário. Mantendo um sistema de referência e contra-referência. Mais particularmente com a Divisão de Saúde Pública do H.U. que hoje já está concretizado.

Descrição da Comunidade do Corrego Grande

O Corrego Grande é um Bairro que se situa próximo a Universidade e tem como limite: ao sul o Bairro Pantanal e o Morro da Lagoa, a oeste com a Universidade Federal de Santa Catarina, ao norte o Bairro Santa Mônica e os conjuntos Jardim América e Anchieta e a leste o Bairro Itacorubi (Anexo I).

Segundo os critérios utilizados pela CELESC, de cinco pessoas por moradia, estima-se que a população seja de 3.600 habitantes.

O Bairro ainda não possui canalização de esgotos sendo - que a maioria das casas tem fossa e quando não possui as eliminações são feitas no mato ou em volta da casa.

Quase todas as ruas tem serviço de água encanada (CASAN) com exceção de algumas do Jardim Guarani. Muitas casas tem canalização própria puxadas pela mangueira do corrego que provém do poço, onde está localizado a estação de tratamento da CASAN.

A população é heterogênea com funcionários da UFSC, guar

das, professores, e também desempregados e subempregados.

Possui uma escola pública, posto de saúde da prefeitura (que se localiza na escola), subestação da CELESC, sede da Associação dos Servidores da UFSC, Laboratórios de química da UFSC, Comercial Futebol Clube e a escola particular Sol Nascente.

No que se refere a organização comunitária existe uma Associação de moradores e o clube de mães.

No mês de abril ocorreu um surto de impetigo e dois casos fatais de meningite e um caso de hepatite segundo os registros do Posto.

Descrição do Posto

O posto de saúde do Corrego Grande está situado na rua geral a 500m de bifurcação com a via de contorno norte. Esta funcionando para atendimento a população do Corrego Grande das 17:00 às 20:00 horas de segunda a sexta feira em casa de madeira alugada.

Realizam-se reunião dos grupos todos os dias das 16:00 às 17:00 horas para discutir assuntos que sejam pertinentes no momento e casos clínicos.

Semanalmente temos reunião geral do posto para discutir assuntos administrativos e outros.

Está em andamento no posto o grupo de pré-natal que se reúne as segunda e quinta feiras, com as gestantes, das 16:00 às 17:00 horas e tem como objetivo a profilaxia do parto e esclarecimentos gerais.

Espaço Físico do Posto

Utiliza-se o ambulatório do Corrego Grande como ponto de referência sendo que este é constituído por:

Duas salas:

Uma para curativo, pequena cirurgia e guarda de medicamentos.

Outra sala para estudo e reuniões e também funciona a parte administrativa do posto.

Uma cozinha para a limpeza do material.

Dois consultórios

Um banheiro

Duas varandas, sendo que uma é utilizada como sala de espera.

Existe a proposta de reforma do posto para adequar as necessidades de atendimento a população (Anexo II).

Recursos Humanos

17 acadêmicos do Curso de Medicina

1 acadêmica do Curso de Enfermagem da VIIIa. Unidade Curricular

4 médicos: 3 são contratados pela Divisão de Saúde Pública do H.U. e 1 pediatra do H.U.

2 enfermeiras que trabalham com estagiária voluntária do H.U.

3 psicólogos sendo que: 2 são estagiários voluntários e 1 professor do Departamento de Psicologia.

Recursos Materiais

1 biblioteca

Posto

Recursos Financeiros

A manutenção interna e externa é feita pela Divisão de Saúde Pública do Hospital Universitário.

III - OBJETIVOS

3.1 - Objetivo Geral

1. Implantar um programa de atenção a saúde à criança de 0 a 2 anos de idade integrado com a equipe de saúde do Posto do Corrego Grande.

3.2 - Objetivos Específicos

1. Determinar uma área inicial para a implantação do programa;
2. Buscar um conhecimento global das famílias das crianças de 0 a 2 anos da área determinada para o trabalho;
3. Integrar as ações de assistência materno-infantil;
4. Propor as mães ou pais da área inicial a formação de um grupo de reflexão sobre a saúde da criança;
5. Realizar avaliação do crescimento pondo-estrutural e desenvolvimento neuro-psico-motor das crianças de 0 a 2 anos, dando prioridade para as da área inicial do programa;

6. Aumentar a cobertura vacinal;
7. Estimular o aleitamento materno e dar orientação de alimentação adequada ao desenvolvimento da criança;
8. Prestar atendimento à criança de 0 a 2 anos nas doenças comuns;
9. Participar de outras atividades desenvolvidas no posto que tenha envolvimento no programa;
10. Participar das reuniões gerais do posto semanalmente;
11. Participar das reuniões dos grupos dias uma vez por semana;
12. Realizar reuniões com supervisor e orientador semanalmente.

IV - DESENVOLVIMENTO

Levantando uma área mais próxima do posto e em que as condições de vida das famílias se apresentam mais precárias a partir do mapeamento e do conhecimento prévio do Bairro.

Discutindo e avaliando com a equipe a escolha da área.

Realizando visitas domiciliares.

Programando a primeira visita a todas as crianças desta faixa etária.

Identificando as casas onde existem crianças nesta idade através de dados de "Registro de Cadastramento" quando houver (Anexo III).

Explicando aos moradores o motivo da visita, o trabalho que o posto está realizando, a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento neuro-psico-motor da criança.

Conversando com a família tentando conhecer as suas condições de vida, suas necessidades e a relação da criança com os outros.

Realizando visitas aos faltosos do programa que estiverem agendados no dia (Anexo IV).

Realizando visitas eventuais, quando se fizer necessário para atendimento da criança.

Conhecendo os recursos utilizados pela comunidade para resolver os problemas de saúde para possível envolvimento no programa. Colhendo informações sobre: a quem e o que geralmente a família recorre quando alguém adoece, ou seja, quais as práticas utilizadas para a resolução dos problemas como por exemplo: benzedeiras, parteiras, curiosas, chãs, farmacêuticos, INAMPS, IPESC , etc.

Buscando iniciar um relacionamento com as parteiras, benzedeiras, curiosas, indo visitá-las.

Anotando no caderno do programa dados como: nome da criança, rua, data de nascimento, sexo, número do prontuário, nome da mãe ou pai.

Realizando visitas domiciliares as gestantes da área inicial para se ter uma previsão dos futuros nascimentos.

Explicando o motivo da visita, os serviços que o posto está realizando e a importância do acompanhamento do pré-natal.

Convidando-a a participar do grupo de pré-natal que está em andamento no posto se ela não estiver realizando o mesmo.

Anotando no caderno do programa dados como: nome da gestante, data de nascimento, número do prontuário, DUM, DPP.

Participando do grupo de pré-natal para as gestantes discutindo os assuntos que forem levantados por elas. Buscando um

relacionamento com a mãe e levantando a importância do acompanhamento da criança.

Discutindo com as mães ou pais, na visita domiciliar, se elas sentem a necessidade de refletir sobre a saúde da criança.

Sugerindo as mães ou pais para que as reuniões se realizem no dia do aprazamento das crianças.

Realizando atendimento integral e contínuo a criança.

Encaminhando as mães para acompanhamento da criança no posto.

Agendando, a partir do primeiro atendimento, no posto, as crianças para consulta de rotina:

Recém-nascidos: na primeira, segunda e quarta semana de vida;

a partir do segundo mês: uma consulta por mês;

a partir do segundo ano: uma consulta a cada dois meses.

Orientando que, quando for necessário, a mãe ou pai procurem o posto para consulta.

Utilizando o método SOAP (Anexo V), as informações colhidas serão registradas na ficha individual, e o cartão "caminho da saúde" (Anexo VI).

Verificando, no momento da visita, e na consulta, se o esquema básico vacinal está sendo realizado.

Orientando a mãe ou pai a importância da vacina.

Encaminhando para serviços, por exemplo DSP, que tenham vacinação para os casos em que as vacinas estejam incompletas.

Participando do grupo de pré-natal para as gestantes, discutindo sobre atenção de puericultura no recém-nascido e aleitamento materno.

Orientando as mães a importância do aleitamento materno principalmente nos seis primeiros meses.

Orientando as mães quanto alimentação e utilizando um esquema conforme a idade (Anexo VII).

Atendendo as crianças de 0 a 2 anos nas doenças comuns da infância dentro da rotina estabelecida do posto e se for necessário encaminhar a outros serviços de maior complexidade.

Ajudando na organização e administração dos serviços de enfermagem do posto.

Conversando com os moradores na sala de espera.

Participando do atendimento para a população.

Discutindo, nas reuniões do posto, os temas pertinentes no momento e os problemas administrativos do posto.

Relatando nestas reuniões as atividades desenvolvidas do programa.

Discutindo nas reuniões do grupos dias casos clínicos - ocorridos e outros assuntos pertinentes no momento.

Realizando as reuniões com orientador e supervisora para avaliar o desenvolvimento do projeto.

VI - AVALIAÇÃO

Os objetivos serão alcançados se:

- Forem feito um levantamento da área inicial para implantação do programa e que corresponda as considerações das discussões.
- Forem realizadas as visitas domiciliares programadas, eventuais e aos faltosos do programa da área inicial.
- Forem identificados os recursos a que geralmente recorre as pesoas da área em caso de necessidade de saúde com possível envolvimento destes no programa.
- Forem registradas as gestantes existentes na área.
- Participar das reuniões do grupo de pré-natal.
- Realizando avaliação de crescimento pondo-estrutural e desenvolvimento neuro psico motor da criança de 0 a 2 anos dando prioridade as da área inicial.
- Encaminhando as crianças de 0 a 2 anos, nos casos de incompletos o esquema básico de vacinação, para os serviços que prestam este atendimento.
- Orientando a mãe da importância do aleitamento materno e a ali

mentação adequada para o desenvolvimento da criança.

- Realizando atendimento a criança de 0 a 2 anos nas doenças co
muns da infância.
- Participar das outras atividades desenvolvidas no posto que
tenham envolvimento no programa.
- Participar das reuniões realizadas e se relatado as atividades
desenvolvidas do programa.
- Participar das reuniões dos grupos dias discutindo os temas.
- Forem realizadas as reuniões com o orientador e supervisora ava
liando o desenvolvimento do programa.

VII - CONCLUSÃO

Este trabalho vem na tentativa de quebrar algumas práticas "formais" de aprendizagem onde tudo está pronto, e só é preciso executar de forma mecânica como se apertasse num botão e a partir daí tudo seria feito dentro das normas pré-estabelecidas. O ensino na universidade tem se desenvolvido desta forma e de uma maneira geral para atender as exigências do sistema capitalista.

A nossa formação não foge a esta prática e para reflexão coloco a citação que MEDEIROS faz em seu livro de VERDERESE "As atitudes exigidas do estudante são as mesmas que herdamos de uma tradição militar e que, se foram operantes há 50 anos atrás, talvez, já não se adaptam às situações complexas de uma civilização em mudança, caracterizada pelo grande avanço científico e tecnológico... . A própria forma em que se realizam os exames nas nossas escolas, fala de uma concepção autocrática em educação. Eles não apelam para a inteligência, análise crítica e poder criador do estudante, mas sim para a capacidade de repetição verbatim do que foi dito em classe. E o estudante é tanto

melhor, quanto maior for sua capacidade de memorizar e quanto maior for sua capacidade para a obediência e não oposição!"

E mais adiante:

"Releiam nossas colegas, com espírito crítico, o relatório mensal que é dado a nossas estudantes e através dele verão que as qualidades mais altamente valorizadas são as de conformismo e de obediência irrestrita ..."

Levando em consideração todos os pontos que foram levantados durante a elaboração deste trabalho, acredito que o aprofundamento destas questões se dará no dia-a-dia, na execução - dos mesmos e nas discussões travadas, e que isto venha no sentido de contribuir para discussão do papel do enfermeiro na atenção primária de saúde.

VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ALMEIDA, Ma. Cecília Puntel de. Contribuições ao estudo da prática de enfermagem. Ribeirão Preto. S.P. 79. (Mimeografado).
02. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Problemas fundamentais da enfermagem no sistema de prestação de serviços de saúde. Brasília, 1984. (mimeografado).
03. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata, OMS/UNICEF. Alma-Ata, 6/12 de setembro de 1978.
04. GERMANO, Raimundo Medeiros. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo, Cortex, 1983.
05. GONDIN, Gláucia et alii. Plano de assistência de enfermagem à comunidade. Santa Catarina, 1985.
06. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. MEC/MS. Ações Integradas de Saúde. Brasília, 1984.

07. PASSOS, Cristina. Saúde e trabalho - a crise da previdência. Rio de Janeiro, Graal, 1981.
08. CHAVES, Mário N. Saúde uma estratégia de mudança. Rio de Janeiro, Guanabara Dois, 1982.
09. SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Assistência primária à saúde: alguns aspectos físicos, funcionais, técnicos e políticos. Rev. Brasileira Ed. Médica, Rio de Janeiro, 5(1): 42-52, jan/abr 1981.
10. VERDERESE, Maria de Lourdes. Las nuevas dimensiones de la función de la enfermera na prestación de atención primária de salud. (Mimeografado).
11. VIEIRA, Cesar Augusto de Barros. Extensão de cobertura no Brasil, crise e reforma do sistema de saúde. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 30. Belém, 1978. Anais do XXX - Congresso Brasileiro de Enfermagem, Belém, 1978, p. 37-60.

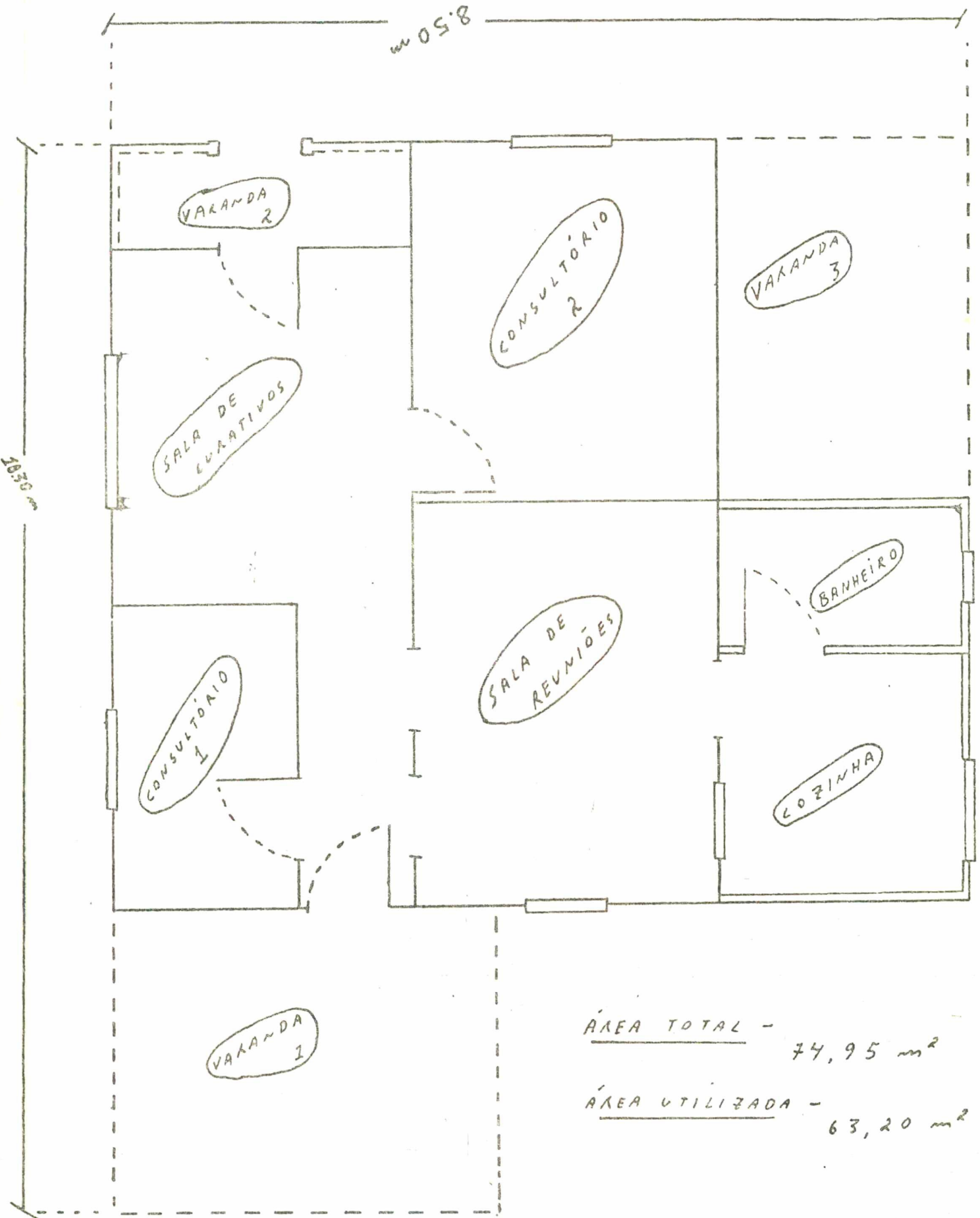
ANEXO I

MAPA DO BAIRRO DO
CORREIO GRANDE.



ANEXO II

PLANTA BAIXA DO POSTO DE SÁUDE
DO CORREIO GRANDE



ANEXO III

Nº DO PROPRIETÁRIO

Nº DA CASA

MORADORES (R. nº ou responsável).

ANEXO IV

ANEXO IV (SOAP)

ROTEIRO PARA ATENDIMENTO À CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS

NOME:

IDADE:

SEXO:

S - Tudo o que a mãe nos conta. Queixa principal. Problemas atuais. Antecedentes pessoais como: sobre a gestação, parto, alimentação, vacinas, eliminações, sono e repouso, doenças que já teve.

Q - O que vamos ver.

Exame físico.

Incluem os exames laboratoriais.

Facieis: observar vivacidade, euforia, agitação, prostração.

	1º Quadrimestre	750g/mês	3 cm/mês.
Peso e Altura	2º Quadrimestre	500g/mês	2 cm/mês.
	3º Quadrimestre	250g/mês	1 cm/mês.
	+ Peso e estatura ao nascer.		

Sinais vitais com exceção P.A.

Medir: os perímetros: cefálico, torácico e abdominal.

Pele (elasticidade, integridade, coloração, umidade).

Mucosas (coloração, integridade, umidade).

Tecido celular subcutâneo (gordurinhas).

Turgor

Musculatura

Avaliar gânglios de todo corpo.

Fontanelas (moleira) anterior (bregmática) e posterior (lambdóide) - ver se estão abertas, se está abaulada ou baixa e tamanho.

Couro cabeludo - se está íntegro (sem lesão).

Face - cor, integridade, e se os dois lados são iguais.

Olhos - ver se estão no local certo, se tem algum ferimento, cor da mucosa e conjuntiva.

Nariz - ver se tem secreção (catarro), se ventila (respira) bem.

Boca - observar lábios e cavidade oral, cor e umidade das mucosas, ver freio da língua (ver se a criança tem a língua presa) integridade da língua, gengivas e amígdalas. Verificar dentição que começa aparecer no sexto mês de vida.

Ouvido - ver a implantação, secreção, se a criança ouve, pavilhão, comprimir o tragus.

Pescoço - ver se tem gânglios, ver se mexe o pescoço.

Tórax - mamas, gordura, ausculta pulmonar e cardíaca, se o tórax está saltado ou não, se os pulmões se expandem. bem e a maneira como se expandem.

Abdome - gordura, umbigo, hérnia, palpação do fígado e baço, se está aumentado ou não, se tem feridas, se está flácido (mole).

Região genital -

Masculino - testículos, presença de hérnia, fimose, integridade, higiene.

Feminino - grandes e pequenos lábios, integridade, presença de secreção vaginal.

Anus - integridade.

Costas e vértebras - coluna

Membros - simetria, integridade, edema.

Desenvolvimento neuro-psico-motor (ver texto separado): avaliar o desenvolvimento da criança na parte motora, social, adaptativa e linguagem.

Reflexos: Sucção, moro, Babinsk, preensão palmar e plantar.

ANEXO VI

4º ano 5º ano

21																				
20																				
19																				
18																				
17																				
16																				
15																				
14																				
13																				
12																				
11																				
10																				
9																				
8																				
	37	39	41	43	45	47	49	51	53	55	57	59								

Você encontra mais informações sobre o Caminho da Saúde no livro do mesmo autor: *David Morley, Pediatr... no mundo em desenvolvimento: prioridades*, Edições Paulinas — Caixa Postal 8.107 — 01000 São Paulo — SP. No mes- mo endereço você pode obter estes cartões.

Caminho da Saúde 

Posio	Nº Registro	
Nome	H/M	
Nome da Mãe	Nº Registro	
Nome do Pai	Nº Registro	
Data da Primeira Consulta	Data de nascimento	Peso ao Nascer
Endereço		
Local de Referência		
IRMÃOS E IRMÃS		
Data de Nascimento	H./M.	Observações

VACINAS		VACINAS OBRIGATORIAS NO 1º ANO DE VIDA						
		ANTIPÓLIO	D.P.T.	B.C.G.	ANTI-SARAMPO	TOXÓIDE TETÂNICO	DUPLA	OUTRAS
DOSES								
1º	DATA RÚBRICA							
2º	DATA RÚBRICA							
3º	DATA RÚBRICA							
REFORÇO	DATA RÚBRICA							

ANEXO VII

ESQUEMA ALIMENTAR

O leite do peito deve ser exclusivo, dando os dois peitos em todas as mamadas, começando por aquele que foi sugado por último.

A Alactação Artificial:

Leite de vaca (60g) diluído ao meio com água fervida (60g) ou com uma mucilagem de cereal (60g) mais duas colheres de chá de açúcar.

Leite em pó (leite semi-desnatado) - 2 colheres das de sopa, rasas, 2 colheres das de chá de açúcar e 120 g de mucilagem (6 mamadas/dia).

Como complemento deve ser admitido suco de frutas, que deve começar de pouquinho até o corpo do nenê se acostumar e uma fruta só.

2º Mês:

Leite do peito como no primeiro mês.

A Alactação artificial:

Leite de vaca - diluição 2/3, ou seja, 2 partes de leite (90g) e uma de mucilagem (45g), sendo que, na primeira e última mamadeira quantidade maior 150 g.

Leite em pó: 3 colheres de sopa rasas, 2 colheres das de chá de açúcar e água (ou mucilagem) 130g.

Continuar os sucos de frutas.

3º Mês:

Leite de peito, suco de frutas, água fervida e chá (como também

o segundo mês)

A Alactação Artificial:

Leite de vaca não deve ser mais diluído em água. Acrescentar ce reais e açúcar de mesa.

Substituir uma das mamadas por papinha de frutas, geralmente a 2a. do dia (no início 2 colheres das de sopa e aumentar aos pocos).

A primeira e última mamada é de 175 g. as outras de 150 g.

4º Mês:

O horário alimentar deve ser de 4 em 4 horas, num total de 5 mamadas por dia.

Introdução da sopa de legumes.

Leite do peito reduzido para 3 vezes ao dia, sendo que as duas outras refeições são a de papa de frutas (a 2ª dia) e de uma sopa de legumes (a 4ª dia). Suco de frutas (100g.) no intervalo de alguma das refeições.

A Alactação Artificial:

Leite de vaca (sem diluir) mais creme de cereais - arroz, cevada, maizena, aveia, centeio, trigo - ou farinha-de-láctea, neston, mucilon, 1 colher de sobremesa e igual quantidade de açúcar.

A primeira e última mamada é de 200 g. as outras (papa e sopa) 175 g.

Leite em pó integral - 03 colheres das de sopa rasas, açúcar - 2 colheres das de sopa rasa mucilagem de cereal 175g.

5º Mês:

Leite do peito 2 vez/dia, a primeira e última.

A Alactação Artificial:

Também reduzir para 2 vez/dia (200 a 220g.) a primeira e a última.

Introduz mingau espesso, ficando a alimentação: 2 mamadeira de leite + suco, 1 papa de frutas, 1 de mingau e 1 de sopa.

Leite de vaca 1 (sem diluição) 1 colher das de sopa rasa de açúcar.

Leite em pó (tipo integral também) 5 colheres das de sopa (rasas), 2 colheres das de sopa rasa de açúcar, mais 220 g. de mucilagem de cereal.

6º Mês:

Leite do peito o mesmo do 5º mês. Quantidade 250 g. de 4 em 4 horas.

A Alactação Artificial:

Leite de vaca engrossado como do 5º mês.

Leite em pó (continua o tipo integral) sendo que serão em número de 2 mamadeiras/dia. As outras refeições serão: uma sopa concentrada, mingau consistente (maisena, arroz), uma papa de frutas. Também suco de frutas (100 ml) e gema de ovo, em dias alternados, sob a forma crua, misturada à sopa depois de pronta ou ao mingau.

7º Mês:

As mesmas refeições colocadas no 6º mês. Oferecer purês carne cozida. O feijão é dado o caldo. Gema de ovo 2 vezes/semana. Pequenas quantidades de frutas cruas.

- de 8 meses até 1 ano de idade a mãe ou pais continua acostumando o corpo do nenê com novas comidas.

- O nenê já pode comer ou chupar pedacinho de carne.
- Quando o nenê tiver 1 ano de idade, ele deve estar comendo de tudo.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DA PROPOSTA PARA A IMPLANTAÇÃO DE UM
PROGRAMA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL À CRIAN
ÇA DE 0 A 2 ANOS NO BAIRRO DO Córrego Grande.

DÉBORA MARY RIHL GOMES

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - ENSINO INTEGRADO

FLORIANÓPOLIS - 1985

FORMADO ATRAVÉS DE UMA LEITURA
ESPECIALIZADA , LÊ A REALIDADE A
PARTIR DE CÓDIGOS PREESTABELECIDOS.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que de alguma forma ajudaram na concretização deste trabalho , particularmente a orientação por parte ANTÔNIO DE MIRANDA WOSNI E A supervisão, carinhosa, de LILIAN MARIA PAGLIU CA.

SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO	01
II - RESULTADOS	05
III - CONCLUSÃO	15
IV - RECOMENDAÇÕES	16
V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17

ANEXOS

AVALIAÇÃO

I-INTRODUÇÃO

Este trabalho nos leva a uma reflexão sobre o estado (de sobre o estado) de saúde da população em geral, a maioria deste país; a política implantada pelo governo no setor saúde, as limitações que a Universidade impõem ao estudante como pessoa que pensa, atua, que possui sua própria HISTÓRIA, SENTIMENTOS E EMOÇÕES.

No início do trabalho coloquei a questão de que a saúde, hoje, é privilégio de alguns neste país. Pois a maioria da população não tem acesso aos serviços de saúde, e também as doenças facilmente evitáveis, que expressam as condições de vida da população, continuam a ser a causa principal da alta taxa de mortalidade infantil.

Para ilustrar como nos coloca KINGMA³ a "cada ano nascem no mundo 122 milhões de crianças e mais de 12 milhões dessas crianças, cerca de 10%, morrem antes de alcançar o primeiro aniversário. Outras 05 milhões morrem antes de atingir a idade escolar: isso representará anualmente 17 milhões de óbitos entre menores de 05 anos. É trágico que 85% destas são devido à desnutrição e infecção, causas de fácil prevenção e tratamento".

No Brasil temos segundo o Ministério da Saúde⁴ que "de cada mil crianças nascidas vivas, 87 morrem antes de completar um ano de idade e deve-se ter em mente que este número neutraliza extremos que vão desde 25 mortes por 1000 nascidos vivos e algumas áreas, até índice que ultrapassam a casa dos 150/1000 em outras".

E mais adiante:

"Os termos médios escondem assim, as enormes diferenças de condições de vida que separam os diferentes estratos da população."

Percebe-se que a situação é igual em países em desenvolvimento. E que em nosso Estado a situação é a mesma. Para ficar mais claro segundo a Secretaria de Saúde⁸ em "Santa Catarina, de cada 1000 nascidos vivos, 27,8 morrem antes de completar um ano de idade (1982)".

Este coeficiente tem sido utilizado para mostrar que estamos "bem" em saúde em relação aos outros estados mas comparando com os países da América do Norte e Europa ainda é alto.

A saúde da maioria da população é péssima como podemos observar nos dados acima. As condições de vida da população em geral está precária sendo que está diretamente relacionada com a redução do salário e também a falta de uma política por parte do governo em atender as necessidades como: moradia digna, educação, saneamento básico, distribuição justa de renda, reforma agrária.

O setor saúde tem se caracterizado como mais um setor do sistema capitalista e seu foco principal é recuperar a saúde do trabalhador o mais rápido possível. Como nos coloca POSSAS⁷ "não se trata de uma garantia de condições gerais de saúde do trabalhador, segundo um conceito ideal de saúde, e sim de mantê-lo em condições mínimas de saúde para a produção, reproduzindo o impacto do desgaste na produção sobre o organismo".

Este tem mantido em seu interior a dicotomia: da saúde individual, curativa (MPAS) e a coletiva (MS). Onde a primeira encarrega-se da saúde individualizada centra sua atenção na medicina hospitalar, curativa deixando os serviços básicos de saúde, a prevenção e promoção da saúde sem nenhum tipo de incentivo. A maior concentração de enfermagem está a nível hospitalar.

Nos últimos anos temos observado a mudança nos discursos do governo para racionalizar os gastos e estender os serviços de saúde a populações marginalizadas através da extensão de cobertura, o PREVSAÚDE (que teve muitas versões e foi considerado estatizante não vigorando) e mais recentemente temos as Ações Integradas da Saúde".

Deteremo-nos no conceito de Atenção Primária de Saúde onde na Declaração de Alma Ata¹ temos que estes são cuidados essenciais de saúde que tem como base métodos e tecnologia de manejo simples com sólido embasamento científico e utiliza recursos humanos não especializados e de custos compatíveis para a grande cobertura. Este é o primeiro contato da população (porta de entrada) com o Sistema Nacional de Saúde sendo este regionalizado e grau de complexidade crescente. Utiliza os recursos disponíveis da comunidade para resolver os problemas de saúde. E também neste nível de atendimento busca-se uma interação entre o saber popular e os conhecimentos que hoje estão centrados nos profissionais ditos de nível superior.

Dentro desta discussão surge a necessidade de repensar os papéis, as práticas dos profissionais de saúde e com isto levantar alguns pontos para contribuir na discussão do papel do enfermeiro

nos cuidados primários de saúde ainda não está claro. Em alguns casos a enfermeira faz um programa de cuidados primários tendo os auxiliares de enfermagem para a execução sem a participação do médico e outros casos o médico faz o programa e a enfermeira fica excluída. Não há participação de um no programa do outro.

Enumerou-se onze funções que uma enfermeira com formação e experiência poderia realizar neste nível de atendimento como nos coloca VERDERESE⁹:

1. La enfermera en atención primaria de salud puede representar el contacto inicial para las personas que ingresan en el sistema de atención de la salud, esto es, puede ser el primer profesional de la salud que reciba a la persona interesada.
2. En su condición de primer contacto, la enfermera deberá estar capacitada para hacer un diagnóstico inicial del estado de salud de la persona, a fin de decidir si requiere intervención médica, de enfermería o de otra naturaleza.
3. La enfermera en atención primaria de salud, deberá estar en condiciones de iniciar el tratamiento de pacientes con problemas de salud corrientes, que están en el ámbito de su competencia, o de disponer la transferencia de los pacientes al profesional u organismo de salud apropiados.
4. También deberá estar en condiciones de aconsejar a personas de todos los grupos de edad, en relación con las cuestiones de salud.
5. Tendrá que ser capaz de enseñar a los individuos y sus familias los conocimientos y las prácticas específicas necesarias para conservar la salud y prevenir las enfermedades, o la manera en que el individuo debe cuidarse o bien cuidar a un familiar, en caso de enfermedad, y ayudarlos en su recuperación y rehabilitación.
6. Debe saber ofrecer atención a mujeres normalmente sanas durante el ciclo de maternidad, incluida la vigilancia y el asesoramiento antes e después del parto, y poseer una especialización complementaria en obstetricia para prestar asistencia en casos de partos normales.
7. De igual manera, deberá estar en condiciones de vigilar la atención de la salud de los niños sanos.
8. Deberá estar capacitado para vigilar la atención de los ancianos excepto cuando requieran intervención médica en el caso de alguna enfermedad aguda.
9. Deberá estar en condiciones de vigilar los casos de enfermedades estabilizadas de larga duración o crónicas y, en consulta con el médico, de ajustar o modificar el tratamiento según sea lo indicado.
10. Deberá saber coordinar la atención de la salud de individuos y familias mediante referencia de pacientes u profesionales u organis

mos de salud apropiados, de acuerdo con las necesidades, y de proceder a la observación ulterior de los pacientes.

11. Deberá ser capaz de intervenir en situaciones de crisis, esto es, de adoptar las medidas procedentes, dentro de los límites de su competencia, o de referir el individuo (o la familia) al profesional o al organismo apropiado de salud, para su asistencia.

A Reunião Especial dos Ministros da Saúde das Américas recomendou a ampliação da cobertura dos serviços de saúde como nos refere OPS⁶ que "exige la adopción de modelos innovadores para abordar la atención de la salud, que colocan a enfermería en la disyuntiva de revisar sus patrones tradicionales de servicio con el fin de hacer realidad el derecho de todos a la salud. La enfermería en la América Latina no se encuentra preparada para enfrentar este reto, tanto por la escasez de este recurso como por su orientación predominantemente hospitalaria y su aprovechamiento inadecuado en la ejecución de los programas de salud".

Também procurou avaliar a questão do ensino nesta reunião sendo necessário "obtener una mayor participación de la estudiante en el proceso de enseñanza-aprendizaje en todos las etapas del currículo, desde su planificación hasta la evaluación de las experiencias de aprendizaje. Esto sugiere una mayor flexibilidad curricular y cambios de actitudes en el personal docente."

Este trabalho desenvolvido no posto de periferia onde atenção primária de saúde é o foco principal de discussão nos leva a reflexões sobre a nossa formação, a saúde e doença da comunidade e do país e a relação de dominação que existe no dia-a-dia seja ela entre os membros da equipe ou deste com a população.

No desenvolvimento dos resultados tentarei aprofundar estas questões que são importantes para contribuir na discussão do papel da enfermeira neste nível de atendimento.

II-RESULTADOS

No início do trabalho coloquei que a concretização deste nos leva a reflexões mais profundas pois não se limita a um trabalho de término de curso mas antes de tudo a prestação de serviço de saúde a uma comunidade com desejo de melhorá-lo.

Pretendia realizá-lo de forma integrada desenvolvendo em equipe não sendo um trabalho da enfermagem, da medicina ou do serviço social como se tem visto na prática. Também tivesse uma continuidade sendo esta de discussões e reflexões.

Pensando nisso informei, em reunião geral, que gostaria de realizar o trabalho de término de curso no posto.

No dia dez de maio apresentei a minha proposta de trabalho para discussão. O pessoal do posto relatou que a atenção a saúde da criança e da mulher era uma prioridade no mesmo e o meu trabalho viria no sentido de estimular as discussões e a elaboração de um programa de atenção a saúde da criança 0 a 05 anos.

A equipe do posto já discutia a formação de um grupo de puericultura que aprofundasse as questões sobre o assunto e elaborasse um programa a partir de propostas discutidas e aprovadas em reunião geral. Formamos o grupo de puericultura, do qual eu fazia parte e mais os estudantes de medicina e profissionais do posto. A primeira reunião foi no dia treze de maio para discutir como se viabilizaria a elaboração do programa.

Também ficou acertado que os grupos dias (reunião realizada das 16 às 17 horas da equipe que fará atendimento a população naquele dia) discutiriam a proposta de meu trabalho e pesquisariamos outras bibliografias que dessem mais subsídios para aprofundar os assuntos relacionados a saúde da criança.

Nas reuniões foi levantado a questão de como o posto se inseriu na comunidade, pois alguns achavam que tinha sido uma agressão a esta, que a demanda era pequena, enfim faltava infraestrutura para o seu funcionamento. Também não se tinha claro como se deveria trabalhar com a comunidade.

Utilizamos nos grupos dias, para aprofundar a parte técnica, outras bibliografias como: Programa de puericultura de 0 a 18 meses da prefeitura de Curitiba e do Ministério da Saúde. Com isto teríamos um conhecimento de outros programas que estavam em funcionamento e avaliaríamos a sua viabilidade para aplicação no Corrego Grande.

Quanto ao primeiro objetivo de determinar a área inicial para a implantação do programa, havia duas posições uma era de que realmente determinasse a área e a outra era que deveríamos trabalhar com a demanda do posto sugerindo que se fizesse uma das crianças, que haviam procurado o serviço, através da ficha epidemiológica.

Dos que defendiam a primeira proposta havia os que achavam melhor trabalhar com a área do "Sertãozinho", por ser mais carente e não ter mapeamento e cadastramento. A outra era de se trabalhar com a área mais próxima ao posto por ser esta a maior demanda, por já estar mapeada e cadastradas e pela carência de recursos humanos de que dispunha o serviço.

O grupo de puericultura reuniu-se, novamente, no dia vinte e quatro de maio abrindo um caderno do "Programa de Puericultura" onde registraríamos todas as propostas aprovadas na reunião geral.

A partir das discussões ocorridas nos grupos dias, de dez a vinte e dois de maio, o grupo sintetizou as propostas apresentando-as na reunião geral, do dia vinte e três, onde foram discutidas e aprovadas as seguintes:

1. Trabalharíamos, nesta fase inicial de implantação do programa, com as áreas mais próximas ao posto que são: Ana Maria Nunes, Manoel Cesino Coelho, Capitão Américo e Leopoldo Eufrásio. Por ser a melhor forma de constatar sua viabilidade.
2. Trabalharíamos com a faixa de 0 a 2 anos de idade por ser um grupo vulnerável, tendo a característica de alto risco e pela carência de recursos humanos do posto. Mas havia a preocupação de atingir a faixa de 0 a 5 anos por ser um acompanhamento preconizado mundialmente, pelo posto ter a característica de formação de recursos humanos e por ser um grupo que apresenta alta taxa de mortalidade.
3. Ficou resolvido que a partir de terça-feira, dia vinte e oito, dois dos participantes do grupo dia sairiam para fazer as visitas domici-

liares e estas deveriam abordar:

- a. Apresentação do posto: o estudante se identifica, pergunta se a conhece o posto, o que achou, etc.
- b. Falar do programa de puericultura: se a mãe sente a necessidade de discutir assuntos sobre a saúde da criança, propor a formação de um grupo para discutí-los. Apresentar e conversar sobre o cartão "caminho da saúde". Este seria entregue no dia da primeira reunião do "grupo de crianças".
- c. Conhecer a família: Buscar neste primeiro contato, manter uma conversa informal para se ter um relacionamento que possibilite continuar um trabalho com a família.

Sugerimos que, para que se crie um vínculo com a comunidade e a equipe, cada membro fique responsável por um número "X" de família e que se avalie a situação, pois não é necessário seguir de forma rígida esta abordagem.

4. Numa segunda visita convidaríamos as mães com os filhos para participar da primeira reunião do "grupo de crianças" que seria feita no posto em data previamente marcada.
 5. Agendaríamos duas datas a cada mês (por exemplo primeira e terceira quarta-feira de cada mês) em que as mães poderiam trazer as crianças para avaliação e participar do grupo uma vez por mês. A mãe teria duas opções ao mês para participar.
 6. Na primeira reunião do grupo será falado sobre a proposta do programa, saber das mães o que acham da proposta, o que gostariam de discutir. Poderíamos falar sobre o cartão "caminho da saúde", vacinação, etc. As crianças seriam pesadas, medidas e faríamos uma rápida avaliação.
 7. Nesta primeira reunião do grupo ou em outras oportunidades, em que sejam detectados a necessidade de consulta individual, poderíamos fazê-la após a reunião do grupo ou em outra data em consenso com a mãe.
 8. Seria colhido uma história completa individual de todas as crianças do programa pela pessoa que estiver acompanhando-a.
- Tínhamos a proposta de elaboração de um roteiro de consulta justificado pela necessidade de uma organização uniforme dos dados a serem colhidos nesta, mas nas próximas utilizaríamos o método do SOAP.
9. Seguimento das crianças para identificar as de alto risco.

Algumas das propostas colocadas anteriormente não tínhamos discutido em reunião geral.

Fizemos um cronograma de atividades do programa de puericultura (ANEXO I) onde dois dos participantes do grupo dia saíam para as visitas na rua Ana Maria Nunes (das 17 às 20hs). Após estas registrar no caderno, na parte posterior, do Programa de puericultura as casas e anotar o nome da criança, data de nascimento, sexo e o melhor horário para as mesmas. Das gestantes marcar o DUM, DPP, intercorrências da gravidez. Conversar com ela sobre a importância do acompanhamento do pré-natal e convidá-la para fazê-lo no posto.

Este cronograma foi passada para a cartolina e fixado na parede da sala de reunião em lugar visível.

No dia vinte e oito saímos para as visitas e constatamos o melhor horário ser das 16 às 18 hs.

Nos dias subsequentes constatamos que os estudantes dos grupos dias não saíam para as visitas. Sendo que estas se resumiam nas que estavam sendo feitas por mim.

Questionamos o porquê disto. Os estudantes relataram que eram contrários a certas propostas como: de fazer duas visitas e sim uma, não estavam preparados para conversar com a mãe sobre o cartão "caminho da saúde" por isto não concordavam em levá-lo para as mesmas. A necessidade de ter uma infraestrutura para dar início ao programa como: balança para a criança, régua antropométrica (já tínhamos solicitado à Divisão de Saúde Pública do Hospital Universitário) e a elaboração do programa com rotinas e determinando quem faz o quê. Percebemos que a maioria não tinha clareza do programa.

Nestas reuniões foi levantado, com base em bibliografias, que deveríamos definir a faixa de 0 a 5 anos para trabalharmos pois como foi colocado no início esta era uma preocupação do posto. Temos segundo o Ministério da Saúde⁴ que "as doenças diarréicas, responsáveis por cerca de 30% dos óbitos de crianças menores de um ano no país, podem acometer uma mesma criança 6 a 8 vezes em seu primeiro ano de vida e 2 a 4 vezes nos anos subsequentes até 5 anos de idade".

E mais adiante:

"As infecções respiratórias agudas são as doenças mais comuns na infância. No Brasil, em 1980, entre os óbitos com causas definidas, foram responsáveis por 12,8% das mortes entre as crianças de um ano e 20,3% das mortes entre as de um a quatro anos."

Estas questões foram levadas para reunião geral, no dia treze de junho, onde foi questionado a função do grupo de puericultura e redefinição dos objetivos do programa.

O grupo apresentou para discussão e aprovação os objetivos. Foram deliberadas as seguintes propostas:

Dos objetivos:

1. Objetivo Geral: Prestar atendimento à criança de 0 a 5 a nos.

2. Objetivos Específicos:

a. Acompanhar o crescimento pondo-estatural e desenvolvimento neuro psico motor à criança de 0 a 5 anos.

b. Prevenir as doenças infecto-contagiosas comuns na infância através da cobertura vacinal.

c. Promover a Terapia de Reidratação Oral (TRO) na assistência a as doenças diarréicas da criança.

d. Estimular o aleitamento materno e orientar alimentação a adequada para a criança principalmente no período de desmame.

e. Promover a educação em saúde em todos os atendimentos prestados a criança.

f. Realizar controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRA) na criança.

g. Utilizar e discutir o cartão "Caminho da Saúde".

Das visitas:

1. Realizariámos uma visita para divulgar o trabalho do posto, particularmente o programa de puericultura. A partir da procura da mãe a este serviço conversariámos sobre o "grupo de criança" e a gendarámos as crianças, duas datas a cada mês, para a reunião.

2. As visitas reiniciariámos no dia dezoito e data máxíma para término no dia quatro de julho. (das 16 às 18 hs).

Da organização:

1. Buscariámos, (o grupo de puericultura e o conselho Administrativo) informes sobre a aquisição da balança e fita.

2. Mandariámos, uma balança que nos foi doada, para conserto. (serviços de manutenção do H.U).

Da elaboração do programa:

1. O grupo utilizaria as seguintes bibliografias para tal:

a. Programa de "Promoção da saúde da mulher e da criança" da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

b. Programa de Assistência a criança de 0 a 18 meses da Prefeitura de Curitiba.

c. Projeto de Enfermagem do Posto do Corrego Grande - Liliam M Pagliuca e Gláucia Gondin.

d. Projeto "Proposta para a implantação de um programa de atendimento ambulatorial à criança de 0 a 2 anos do Corrego Grande- de

minha autoria.

e, Pediatria no Mundo em Desenvolvimento-Prioridades. David Morley.

Elaboramos um novo cronograma de atividades (vide anterior), fizemos um mapa da área (ANEXO II) e fixamos os dois na parede da sala de reunião. Assim, todos teriam conhecimento do andamento do programa.

Quando os participantes das visitas retornassem, anotariam as memas no mapa identificando a casa e o número do prontuário e também no caderno do "Programa de puericultura", na parte posterior e outros dados colocados anteriormente como: nome da criança...

No dia vinte de junho percebendo que os estudantes não saíam para as visitas, apesar de todas as tentativas de mobilização e envolvimento dos mesmos no programa, apresentei em reunião a seguinte avaliação: as visitas estavam resumidas nas minhas novamente, não estava realizando outras atividades previstas, não estava estabelecendo um vínculo com as famílias para dar um acompanhamento contínuo à criança, tinha meu tempo limitado. Também na fase de elaboração do projeto algumas pessoas colocaram que este trabalho era uma coisa ideal e que as mães não se interessariam. Mas, no entanto, deparei com a resistência por parte da equipe enquanto as mães mostravam-se bastante interessadas na proposta.

Passei a trabalhar com a faixa de 0 a 5 anos pois era meu objetivo trabalhar com a equipe.

Como coloquei anteriormente tinha meu tempo limitado procurei realizar as outras atividades e estabeleci um cronograma:

Na ~~segunda~~ e ~~quarta~~ - feiras - ficava no posto para consulta de enfermagem dando prioridade para as crianças menores de 5 anos.

Na ~~terça~~ e ~~quinta~~ - feiras - visitas junto com a equipe do posto.

Na ~~sexta~~ - feiras - Atividades de administração de enfermagem do posto.

Este tinha uma certa flexibilidade pois participava de um dos grupos dias e este era rotativo e também geralmente as reuniões do grupo de puericultura eram realizadas no horário do funcionamento.

Realizei consulta de enfermagem à população nas doenças comuns baseado na bibliografia de Ministério da Saúde-OPAS-OMS⁵ onde coloca que são atividades de enfermagem "prover serviços terapêuticos de enfermagem:

1. Tratamento das doenças comuns (diarréia, infecção respiratórias superiores e problemas da pele)."

Segundo VERDERESE⁹ "Las enfermeras constituyen un amplio núcleo profesional y el perfeccionamiento de sua competência les pondrá en condiciones de ampliar su función y asumir una mayor responsabilidad en el ámbito de la atención primaria de salud"..

Entramos, várias vezes, em contato com a Divisão de Saúde Pública do Hospital Universitário para nos informar quando receberíamos a balança e a régua. Mandamos doada para o conserto. Recebemos uma no dia 17 de julho.

Fiz avaliação do crescimento pondo-estatural e o desenvolvimento neuro psico motor das crianças menores de 5 anos utilizando o método SOAP (do meu projeto) e o cartão "caminho da saúde". Tem a proposta da divisão de usar o cartão da criança do INAM- Ministério da Saúde (ANEXO III).

Nas visitas, que realizei, conversava com as mães a importância do acompanhamento da criança, este poderia ser feito no posto. Discutia a proposta da formação de um grupo de reflexão sobre a saúde da criança (grupo de criança). Sempre avaliava a necessidade de responder as ansiedades que a mãe apresentava naquele momento. Muitas vezes ia para falar sobre a criança e a mãe queria falar da sua saúde e conversávamos sobre a mesma. Em outras discutia sobre o aleitamento materno, sua importância e alimentação adequada para o desmame.

A partir do dia vinte e cinco de junho a onze de julho (no horário das 16 às 18 hs) houve uma efetiva participação de todos os membros na realização das visitas da área inicial. Ficou, temporariamente, até o término das mesmas, canceladas as reuniões dos grupos dias.

Confeccionamos uma "ficha de identificação" (ANEXO IV) para identificação e agendamento das crianças. Propus a utilização da ficha de agendamento do meu programa mas acharam melhor usar um arquivo colocando neste a ficha e aprazando as crianças pelo dia da semana.

Voltamos a nos reunir no dia primeiro de julho e setimos a necessidade de clarear o objetivo geral, pois quanto a questão da formação de recursos humanos não colocamos nada. Ficou assim:

1. Prestar assistência integral, sistemática e contínua, visando a promoção da saúde da criança de 0 a 5 anos enfatizando a transferência de conhecimento e a organização social da comunidade.
2. Proporcionar a formação multidisciplinar aos membros da equipe, tornando efetiva a troca de conhecimento e habilidades entre os diferentes níveis profissionais e de ensino e proporcionando uma visão global do sistema de prestação de serviços em saúde a cada um dos integrantes, de maneira que exista um domínio sobre a totalidade da assistência prestada, de forma democratizada, sem entretanto diluir responsabilidades.

Foi acrescentado na metodologia os seguintes itens:

Da primeira consulta individual:

- a. Realizar esta seguindo os itens relacionados abaixo:
 1. Preencher a ficha de identificação.
 2. Abrir prontuário, se for necessário.
 3. Preencher o "cartão "caminho da saúde" com a mãe esclarecendo-a o seu uso.
 4. Fazer a anamnese e exame físico.

Do aprazamento:

- a. Sugerimos que seja aprazadas as crianças para as primeiras e terceiras segunda-feira de cada mês no horário das 16 às 17 hs e das 19 às 20 hs , sendo um horário para cada reunião.

Da participação na reunião:

- a. Achamos que é importante, para que se crie um vínculo com as mães e a equipe, manter uma pessoa fixa do grupo de puericultura e mais uma do grupo dia.
- b. Para este primeiro encontro sugerimos que uma destas pessoas coordene as discussões. Nas próximas serão as mães que coordenaram.

No dia onze de julho terminamos todas as visitas desta área inicial tendo um total de sessenta e seis crianças menores de 5 anos.

Nestas visitas detectamos duas famílias cujos filhos, nesta faixa etária, estavam com o esquema básico de vacinas incompletos . Orientamos a importância de completar as vacinas encaminhado ao DSP.

Uma desta família, a avó de 9 netos (sendo 2 menores de 5 anos) contraiu tuberculose mas estava fazendo o tratamento e exames de escarro.

Fomos informados que uma criança, que a neta desta paciente com tuberculose, estava com a mesma doença. Retornamos a casa da mãe das crianças e conversamos sobre a doença, transmissão, prevenção e tratamento. A mãe nos relatou que só duas filhas, que memoraram com a paciente, fizeram o teste tuberculínico. Explicamos a importância de fazer este nas outras crianças.

Constatamos que o filho menor estava com tosse, expectoran-do e tinha apresentada febre. Discutimos sobre a importância do acompanhamento do crescimento pondo-estatural e do desenvolvimento neuro psico motor da criança e sugerimos que o mesmo poderia ser feito no posto como havíamos colocado anteriormente. Um fato interessante foi que a família não recebeu a visita do DSP.

Identificamos dois casos psiquiátricos. Sendo que a mãe de três crianças (sendo uma menor de 5 anos) esta já fazia acom

panhamento com um membro da equipe. O outro caso encaminhei para o acadêmico de enfermagem no Hospital Universitário. Participei das primeiras entrevista à domicílio e discutimos várias vezes o caso.

Um dos meus objetivos era buscar um conhecimento da comunidade procurando saber a quem as pessoas recorriam ou recorrem quando estão doentes. Fiquei sabendo que no bairro uma senhora de nome Doça que foi parteira a muito tempo atrás. Fui visitá-la. Contou que sua família reside ali desde 1919 quando o lugar ainda era sítio e a maioria das terras do Jardim Anchieta eram dos Jesuítas. Apreendeu a prática de parto com Ana Maria Nunes ex e já falecida parteira do bairro. Disse que tinha feito muitos partos mas quando tá presentava sinal de perigo mandava para a maternidade. Convidei-a para conhecer o posto.

Prestei atendimento as crianças menores de 5 anos dentro da rotina, e acompanhamento de pré-natal a gestantes utilizando o método do SOAP e o cartão "Esperando com Saúde"(ANEXO V). Explicava a gestante o uso do mesmo e orientava que o trouxesse em todas as consultas. Antes de sair conversei com as gestantes que elas passariam a ser acompanhadas por outra acadêmicas.

Realizei atividades de Administração de enfermagem como:

1. Controle de medicamentos e material.

Utilizamos a ficha "controle de medicamentos" (ANEXO VI) nesta registrávamos o mês, contávamos todos os que estavam em estoque e marcavamos a quantidade de cada um na coluna "E" (estoque). Destacávamos a lista "saída de medicamentos" do armário somava a quantidade que saiu de cada um e diminuía o este resultado com o que estava em "E", marcava na coluna "C". A previsão era para três meses sendo esta a média aritmética do total consumido nos últimos meses colocar na coluna "P" (previsão). Desta marcamos o que veio "V".

Fixavamos uma nova lista "saída de medicamentos" no armário. Utilizávamos esta ficha para o material de curativo, agulhas e seringas.

Verificamos que o pessoal do posto não estavam marcando a saída destes. Reforçamos a necessidade de tal rotina.

Também fazíamos o controle dos lençóis (entrada, saída e responsável) na lista. Estes eram trocados as sexta-feira pelo estudante do grupo-dia e levado para lavar no Hospital Universitário.

Todo material que recebíamos era registrado no caderno de enfermagem. E também as rotinas que implantamos como: esterilização ou desinfecção das luvas e espéculos do otoscópio(ANEXO VII), de material de curativo e bisnagas(ANEXO VIII). Passamos estas atividades para o conselho administrativo pois com a minha saída e da

supervisora o posto está sem profissioanl de enfermagem sendo que se espera que esta situação seja provisória.

Para finalizar, muitas vezes, aproveitava que as pessoas estavam esperando para a consulta para conversar sobre o posto, o que estavam sentindo. Era um momento muito rico para a troca de conhecimento, experiência e sempre as pessoas participavam da conversa.

III-CONCLUSÃO

A atenção primária de saúde ou cuidados primários não saiu do discurso de muitos, poucos a efetivam na prática.

Não é o foco principal, como vimos sua definição no início do trabalho, do Sistema Nacional de Saúde de nosso país e sim que este ainda conserva como prioritário a atenção a saúde a nível secundário, médico hospitalar, puramente curativa.

Temos percebido que a maior concentração do pessoal de enfermagem está neste nível de atendimento.

Com este trabalho busco fazer reflexões neste sentido e também quebrar, de maneira "tímida," algumas práticas "formais" de aprendizagem, onde as coisas têm um começo e um fim, não tendo espaço para uma formação mais crítica da realidade. O ensino na Universidade tem se desenvolvido desta forma.

A nossa formação não foge a esta prática e para reflexão coloco mais uma vez a citação que MEDEIROS² faz em seu livro de VERDERE SE "releiam nossas colegas, com espírito crítico, o relatório mensal que é dado a nossas estudantes e através dele verão que as qualidades mais altamente valorizadas são as de conformismo e de obediência irrestrita".

Espero ter contribuído na discussão do papel da enfermeira na atenção primária de saúde e da nossa formação.

IV - RECOMENDAÇÕES.

Aos professores e estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem, recomendamos que busquem estender a outras fases, do profissionalizante, esta prática da oitava unidade curricular onde o estudante elabora suas propostas de trabalho e discute com orientador ou supervisor a melhor forma de realizá-lo.

Ao Departamento e Coordenadoria do Curso, recomendamos que seja aumentada a carga horária e atividades curriculares à nível de saúde comunitária.

Aos estudantes e professores, recomendamos para que busquem uma prática democrática na realização dos estágios curriculares.

A Divisão de Saúde Pública ou a SubDiretoria de Enfermagem do Hospital Universitário, recomendamos que o Posto do Córrego Grande tenha pessoal de enfermagem contratados.

Aos estudantes da oitava unidade curricular, recomendamos a viabilização de forma espontânea a troca de conhecimento entre os mesmos.

V-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

01. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata, OMS/UNICEF. Alma-Ata, 6/12 de setembro de 1978.
02. GERMANO, Raimunda Medeiros. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo, Cortex, 1983.
03. KINGMA, Stuart J. Para que nossos filhos tenham vida. Rev. Contact. Ed. Paulinas, São Paulo, p.3, ab 1984.
04. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência integral à saúde da criança. Brasília, DF, 1984.
05. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Padrões mínimos de Assistência de Enfermagem à comunidade. OPS/OMS. Brasília, DF, 1977.
06. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Enseñanza de enfermería en salud comunitaria. OMS. Washington, DC, EUA, 1976.
07. POSSAS, Cristina. Saúde e trabalho - a crise da previdência. Rio de Janeiro, Graal, 1981.
08. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA. Estatísticas de morbimortalidade no Estado. SC, 1980/82.
09. VERDERESE, Maria de Lourdes. Las nuevas dimensiones de la función de la enfermera na prestación de atención primaria de la salud. (Mimeografado).

VI. ANEXOS

ANEXD I

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO PROGRAMA DE PVERICULTURA

DIAS DA SEMANA (DIASUM)

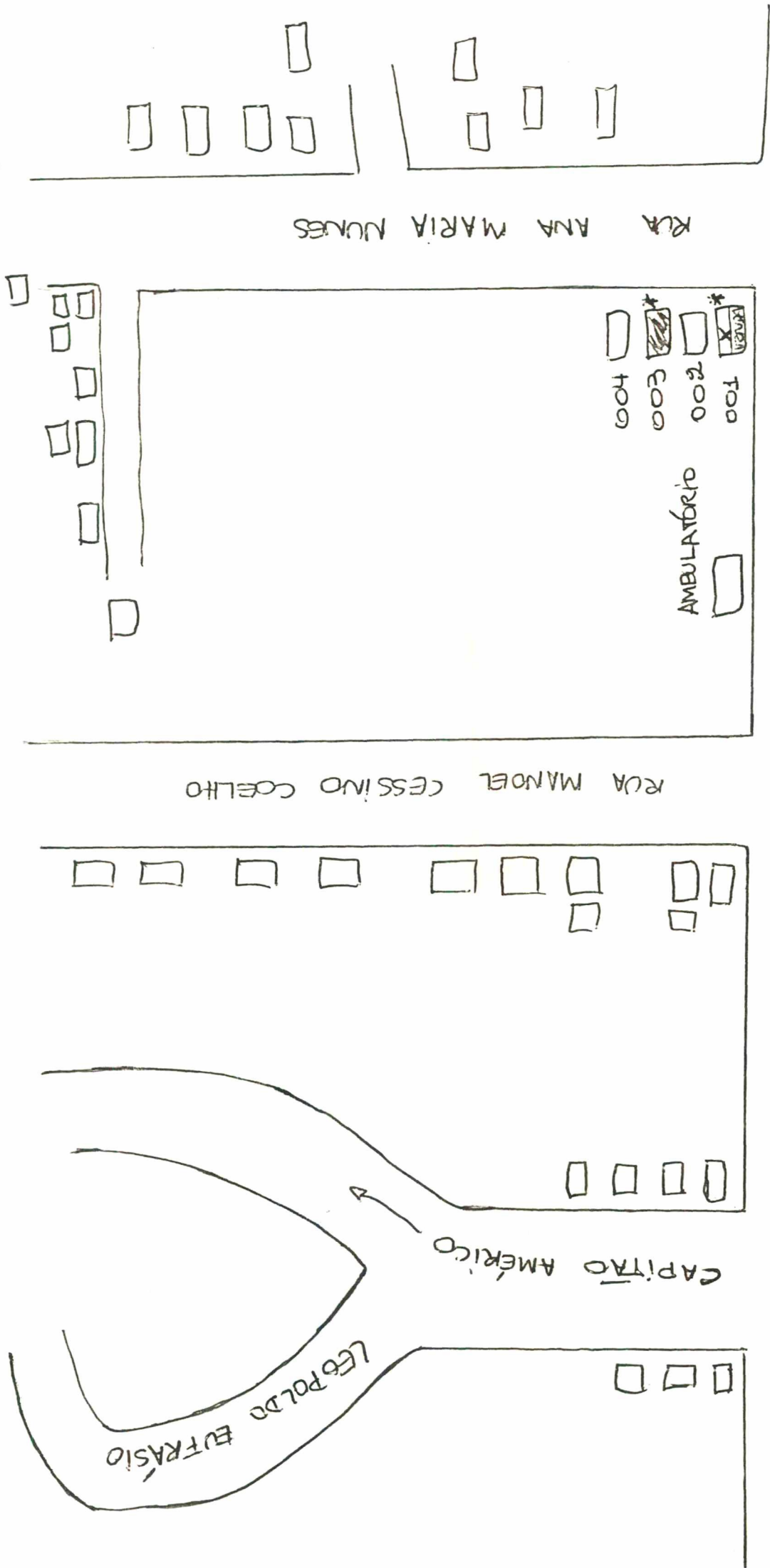
SEMANA	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA	OBSERVAÇÕES
Iª SEMANA	27/05	28/05	29/05	30/05	31/05	
IIª SEMANA	03/06	04/06	05/06	06/06 FERIADO	07/06 POSTO FECHADO	
IIIª SEMANA	10/06	11/06	12/06	13/06	14/06	
IVª SEMANA	17/06	18/06	19/06	20/06	21/06	

• ANOTAR OS NOMES DAS PESSOAS QUE SAÍRAM PARA AS VISITAS, NO QUADRADO DO DIA, TAMBÉM O HORÁRIO E OBSERVAÇÕES (SE HOUVER)

ANEXO II

MAPA DA ÁREA INICIAL PARA IMPLANTACÃO DO PROGRAMA DE PUEKULTURA DE O A OS ANOS

LEGENDA
 [X] CASAS VISITADAS
 [] CASAS COM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS



RUA JOÃO PIO DUARTE E SILVA

* EXEMPLIFICANDO! AS CASAS COM NÚMERO 001 E 003 DA R. ANA MARIA NUNES JÁ FORAM VISITADAS.

ANEXO III

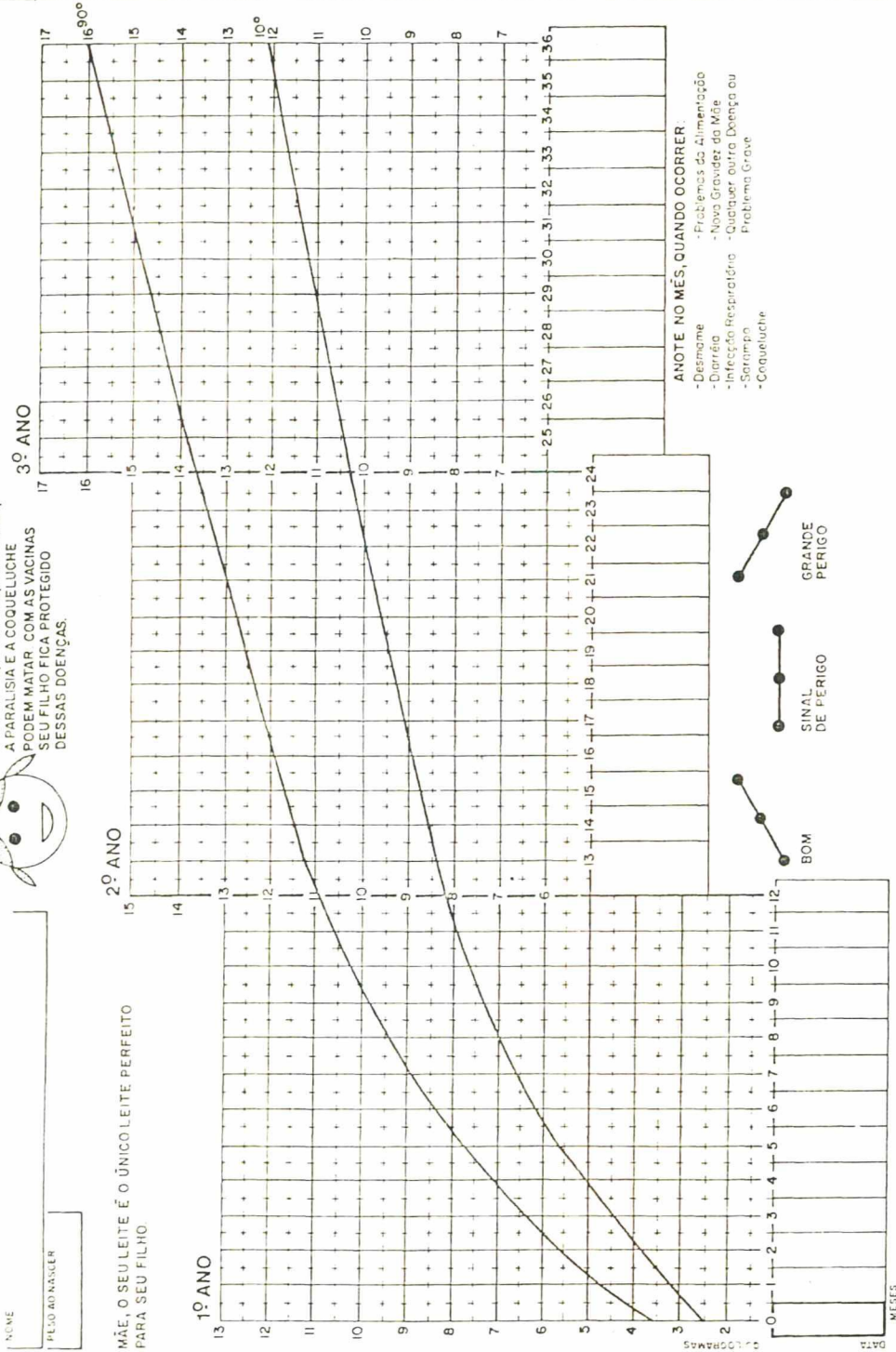
FEMININO



O SARAMPO, O TÉTANO, A DIFTERIA,
A PARALISIA E A COQUELUCHE
PODEM MATAR COM AS VACINAS
SEU FILHO FICA PROTEGIDO
DESSAS DOENÇAS.

NOME _____
 PESO AO NASCER _____

MÃE, O SEU LEITE É O ÚNICO LEITE PERFEITO
PARA SEU FILHO



ANOTE NO MÊS, QUANDO OCORRER.
 -Desmaie
 -Diarria
 -Infecção Respiratória
 -Sarampo
 -Coqueluche
 -Problemas de Alimentação
 -Nova Gravidez da Mãe
 -Qualquer outra Doença ou Problema Grave



MASCULINO

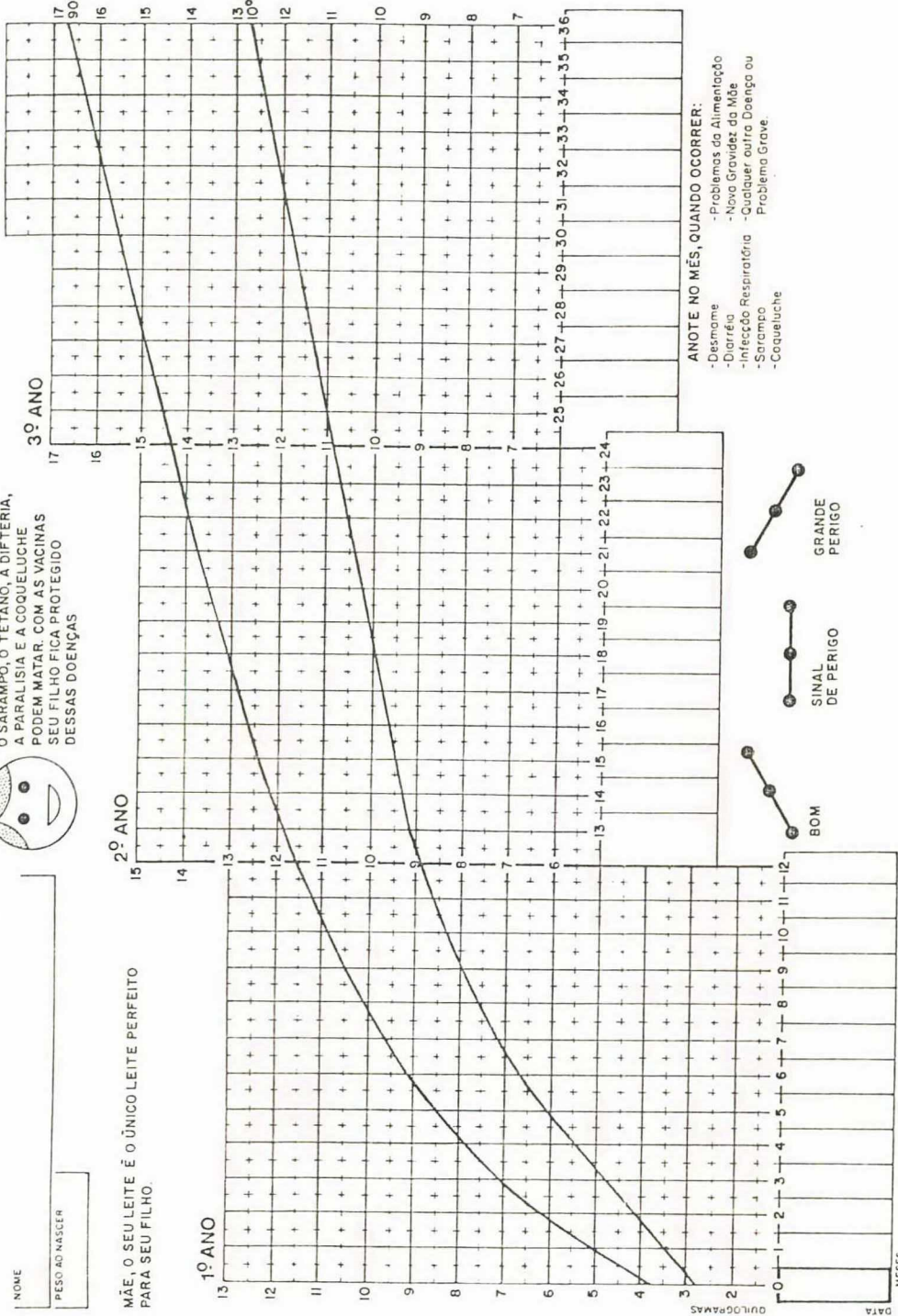


O SARAMPO, O TÉTANO, A DIFTERIA, A PARALISIA E A COQUELUCHE PODEM MATAR, COM AS VACINAS SEU FILHO FICA PROTEGIDO DESSAS DOENÇAS

NOME

PESO AO NASCER

MÃE, O SEU LEITE É O ÚNICO LEITE PERFEITO PARA SEU FILHO.



ANOTE NO MÊS, QUANDO OCORRER:

- Desmame
- Diarréia
- Infecção Respiratória
- Sarampo
- Coqueluche
- Problemas da Alimentação
- Nova Gravidez da Mãe
- Qualquer outra Doença ou Problema Grave



DATA

MESES

ANEXO IV

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

NOME:

PAÍS:

ENDEREÇO:

DATA DE NASCIMENTO

REFERÊNCIA.

RETORNOS A PRAZADOS

CONSULTAS EVENTUAIS

ANEXO V

**A MÃE PRECISA DE CUIDADOS ESPECIAIS
NO CASO DE CONDIÇÕES QUE AUMENTAM
OS RISCOS DE GRAVIDEZ
PARA MÃE E FILHO**

Idade menos de 16 a * mais de 40 a **
 Peso menos de 40 kg ** mais de 90 kg **
 Altura menos de 1,50m * Anomalia *

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

2 ou mais abortos 5 ou mais partos
 Última gestação há menos de 2 anos
 Hemorragia pré-parto Hemorragia pós-parto *
 2 ou mais natimortos ** Último filho natimorto **
 2 ou mais filhas prematuras **
 Recém-nascido com mais de 4 kg **
 com defeito congênito
 Último filho morreu antes dos 7 dias

PROBLEMAS DE SAÚDE **

DOENÇA do coração renal venérea
 Anemia (Mucosa descolorada)
 Pressão alta (acima de 140/90) Diabetes
 Desnutrição Tuberculose Epilepsia

PROBLEMAS SÓCIO-ECONÔMICOS

Renda familiar 1 Salário Mínimo ou menos
 A MÃE fuma toma muita bebida alcoólica
 é solteira escolaridade 2 anos ou menos
 Outro risco identificado _____

* Parto hospitalar ** Consulta Médico

ESPERANDO COM SAÚDE
Cartão Pré-Natal



Posto _____ Nº Registro _____
 Nome _____
 Idade _____ Est. civil _____ Instrução _____ anos
 Trabalho _____
 Nome do marido _____
 Trabalho _____
 Renda familiar _____
 Endereço _____
 Local de referência _____

ANÁLISES

SANGUE Grupo sanguíneo _____ Rh (+) (-) **
 Sensibilização _____
 VDRL (-) (+) ** Glicemia (>100) **
 URINA I _____
 ESCARRO _____
 OUTRO _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

GEST. NORMAL	FORCEPS	CESÁREA	ABORTO	NATI-VIVOS	NATI-MORTOS	FILHOS VIVOS

MÃE

LEVE SEMPRE ESTE CARTÃO QUANDO FOR AO POSTO OU AO HOSPITAL

RELATÓRIO DO PARTO

Data _____ Local _____
 Trabalho de parto normal hemorragia pré-parto
 Parto normal apressent. pélvico
 cesárea forceps
 Eliminação da placenta normal descolam. manual hemorragia pós-parto
 Complicações _____

RECÉM-NASCIDO

Sexo	Peso	Altura	BCG	APGAR

Condições ao nascer boa reanimado incubadora
 Condições na alta vivo morto
 Iniciou "Caminho da Saúde" sim não
 Consequências _____
 Controle pós-parto _____
 Data _____ Local _____

MATERNIDADE

FAVOR ANOTAR OS DADOS DO PARTO E DO RECÉM-NASCIDO

ANEXO VI

ANEXO VII

ROTINA DE ESTERILIZAÇÃO OU DESINFECÇÃO DOS ESPÉCULOS DO OTOSCÓPIO
E LUVAS.

Para espéculos:

1. Lavar o espéculo com água e sabão.
2. Secar
3. Colocar no frasco que contém CIDEX-Ver rótulo do frasco "Para espéculos de otoscópio"
4. Retirar após 10 hs (esterilização) e 10 min. (desinfecção).
5. Lavá-los novamente, secar.
6. Colocá-los no estojo.
7. A solução de CIDEX deverá ser trocada uma vez por semana. Desprezar a solução, lavar o frasco, secar e colocar nova solução.

Para Luvas:

1. Após o uso lavar as luvas, secar.
2. Colocar em solução de Cidex por 10hs ou 10min.⁺
3. Retirar da solução enxaguando em água corrente.
4. Deixar escorrer, secar.
5. Levar para a Central de Esterilização do H.U. na sexta-feira (Pelo membro do grupo-dia).
6. Marcar a saída deste material e seu retorno na lista fixada no armário de curativo.
7. Trocar a solução de Cidex lvez por semana (6^o-feira).

+Se foi colocado pouco tempo antes de mandar o material para esterilização.

ANEXO VIII

ROTINAS DE ESTERILIZAÇÃO OU DESINFECÇÃO DO MATERIAL DE CURATIVO E DAS BISNAGAS.

Para o material de curativo:

1. Após o uso escovar com água e sabão as pinças.
2. Deixar escorrer e secar.
3. Colocar na solução de cidex, no mínimo, por 10hs
4. Retirar da solução, enxaguar em água corrente, secar.
5. Levar (por um membro do grupo-dia), para a central de esterilização do H.U. na sexta-feira ou antes se a demanda for maior.
6. Marcar a saída e entrada do material na lista fixada no armário de curativo.
7. Trocar a solução uma vez por semana.

Para as bisnagas:

1. Fazer esta esterilização uma vez por mês.
2. Desprezar as soluções que restaram no frasco.
3. Lavar em água corrente e deixar escorrer
4. Coloca-las em solução de Cidex por 10hs.
5. Retirar da solução e enxaguar .
6. Deixar secar.
7. Colocar nova solução com o rótulo no frasco marcando a data da troca, nome da solução e a pessoa que preparou.

Usar luva para a proteção.

VII-AVALIAÇÕES E SUGESTÕES.

Este foi o primeiro trabalho que realizei em saúde comunitária, também o do posto. Não tive antes oportunidade de sentar e discutir saúde com estudantes de outros cursos e de elaborarmos juntos um programa.

Encontrei muitas dificuldades para realizá-lo tanto para conseguir orientador, com disponibilidade nesta área, como num posto em fase de implantação onde a infraestrutura é precária. Não se tinha enfermeiras contratadas pela instituição para o mesmo.

Consegui realizar todos os objetivos propostos. A implantação de um programa é um processo lento e gradativo que exige disponibilidades da equipe indo além do tempo que previsto nesta fase.

Desde o início a equipe do posto manifestou prioridade no programa de atenção à saúde da criança de 0 a 5 anos. Houve um efetivo envolvimento e mobilização dos membros da equipe no programa, realizando as visitas domiciliares, discussões nos grupos dias e a formação de um grupo de puericultura para aprofundar as questões elaborando o programa a partir de propostas discutidas e aprovadas em reunião geral. Este é um serviço do posto.

Tive com o orientador e supervisora uma troca de experiência muito rica que contribui para a minha formação.

Para finalizar sugiro que os estudantes da oitava unidade curricular possam fazer estágios onde queiram não havendo o empecilho de ser área de especialização.