

ACÇÃO DE ENFERMAGEM AO ESCOLAR
E SEU AMBIENTE: A CAMINHO DA EDUCAÇÃO

N.Cham. TCC UFSC ENF 0013

Autor: Souza, Ana Izabel

Título: Acção de enfermagem ao escolar e



972518111 Ac. 239187

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

Ana Izabel J. de Souza

Eloísa Elena Jensen

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0013

Ex.1

AÇÃO DE ENFERMAGEM AO ESCOLAR
E SEU AMBIENTE: A CAMINHO DA EDUCAÇÃO

Trabalho da VIII^a Unida
de Curricular do Curso de Gra
duação em Enfermagem ~~da~~ Univer
sidade Federal de Santa Catari
na.

"A escola é o instrumento do povo para construir seu próprio futuro, para instrumentalizar sua ação. As pessoas precisam satisfazer suas necessidades biológicas, liberar suas inquietações sociais, suas ambições econômicas, seus anseios políticos, sua realização cultural; precisam clarear o verdadeiro sentido de sua vida."

(Jossetti do Carmo Barbosa, A Participação Comunitária em Programas de Saúde Escolar: Ensaio Metodológico. Boletín de la Oficina Panamericana. LXXXIX, Agosto 1980.)

ÍNDICE

INTRODUÇÃO ;;;.....	4
A REALIDADE=DA LAGOA	9
OBJETIVOS GERAIS	13
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
CRONOGRAMA	19
CONCLUSÃO	22
BIBLIOGRAFIA	24
ANEXOS	25

INTRODUÇÃO

A Criatura humana, desde seu aparecimento sobre a Terra, trava uma luta constante com os elementos da natureza. Da animalidade, ao primeiro pensamento reflexionado sobre a situação que o cerca, o homem busca abrigo junto a outros seres humanos. A mente evolui, o homem de características nômades passa ao sedentarismo construindo cidadelas, comunidades que se buscam proteger. As pessoas integantes de uma comunidade abrigam o fermento de mudanças. Cada criatura humana possui a força interior de novas conquistas, ainda adormecidas na escassa informação, que conduz à conscientização da realidade. Conscientização que torna a criatura participativa no contexto que habita e que o transforma em vetor irradiador de ações de mudanças, na criação de um futuro melhor.

Com a expansão populacional do mundo, da distribuição desordenada dos homens sobre a Terra, começam novos problemas. Espalhadas desintegradas, as comunidades foram inserindo-se em contextos diferentes. As áreas urbanas e rurais tornaram-se paradoxalmente distantes, opostas. O homem enfrenta hoje o reflexo das desavenças interiores de "pretensa superioridade". Contudo, instituições mundiais são criadas para estudar as condições dos que morrem de fome do outro lado do planeta. Pessoas que vivem em zonas rurais quase inaces

síveis onde fervilham doenças ext^{tas} nos centros urbanos. Num crescendo, a O.M.S. (Organização Mundial da Saúde) aparece a divulgar os conceitos de Saúde na tentativa de despertar os países para as realidades que abrigam. Cada país sente suas realidades nas favelas circundantes, na criança desnutrida que não atinge o primeiro ano de vida, nas mulheres esqueléticas, nas crianças "barrigudas" que povoam o sertão, sobrevivendo na balança de vida e morte seja sobre o sol escaldante, seja sobre as águas revoltas que numa ironia da natureza os faz capitular.

Do conceito de "bem estar físico mental e social" a O.M.S. parte em 1957 para a formulação de um modelo mais real que possa ser alcançado pelos países, principalmente, os países em desenvolvimento. A O.M.S. passa então a definir Saúde como sendo:

Condição do organismo humano que expressa um funcionamento adequado em dadas condições genéticas e ambientais.

Reforça a O.M.S. o papel atuante do ambiente no desenvolvimento individual de cada um. Ganhando apreço, a atenção primária tenta fazer chegar às populações menos favorecidas serviços de saúde promovendo um alento em tantos males. Apenas a instalação dos Serviços não bastam, a comunidade necessita ser estimulada e despertada para sua realidade.

A atenção primária de Saúde é uma estratégia para promover a assistência sanitária essencial aos principais problemas de saúde da comunidade, através dos serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação oferecendo em contexto amplo a atenção integral a Saúde.

(Edésio P. Duarte. Ação de Enfermagem ao Escolar e seu meio. UFSC, 1984.)

Baseados nesse princípio de atenção primária de saúde é que esse trabalho irá desenvolver-se. O presente trabalho consiste num projeto de atenção primária em saúde a ser desenvolvida em uma unidade Escolar de forma a utilizá-la como disseminadora de ações de saúde e ao escolar, como elemento integrador dos recursos básicos

da Comunidade. Trata-se de um projeto da VIIIª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a ser desenvolvido nos meses de maio, junho, julho de 1985 na Escola Municipal Henrique Vera, localizada na Comunidade da Lagoa da Conceição (Florianópolis, Santa Catarina). O presente projeto visa atingir as crianças na faixa etária escolar, seus familiares bem como outros setores da Comunidade a elas envolvidas. Tem como Orientadora a professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, a enfermeira Ilca Luci Keller e supervisão da enfermeira Rosane Conti Benedt, da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Em 1978 a O.M.S. e a UNICEF, preconizavam a reavaliação dos Serviços Básicos de Saúde, de forma a aproveitar os recursos da comunidade. Assim sendo, a extensão dos serviços de atenção primária chegam até às escolas. Muitos projetos têm surgido enfatizando a problemática de saúde escolar.

Na idade escolar muitas deficiências tornam-se evidentes. O escolar, é uma criança que começa a conquistar um espaço no mundo, penetra na Escola(entidade cuja vinculação com a comunidade deve ir além do caráter formativo, buscando uma participação efetiva e dinâmica como agente de mudança) onde se vê sistematizado por aulas que limitam seus movimentos atrás de mesas e cadeiras. Nesse universo de primeiros indícios de socialização mais abrangente, a criança passa a perceber e a desenvolver o "instinto" de competição junto às outras da mesma faixa etária. Impelidos pelas exigências curriculares, o escolar cuja saúde é precária passa a apresentar perturbações na aprendizagem. Se tem dificuldade na leitura, se a escrita lhe sai deformada, confusa, se nos jogos de educação física apresenta atividade motora incoordenada; a criança aos poucos, caso não seja encaminhada a serviços competentes, sofre o isolamento dos colegas com o acréscimo da desaprovação dos pais, quando desinformados. A criança, por vezes recebe o rótulo de "criança problema", transfor

Imando-se em alguns casos em um adulto frustrado, improdutivo e angustiado.

Baseados em pesquisas reveladoras realizadas em escolas municipais de diversas partes do Brasil, o Governo Federal instituiu o desenvolvimento de Programas de Saúde nas Escolas .

A Lei nº 5692 em seu artigo 7º obriga as escolas de 1º e 2º graus a incluírem em seus currículos programas de saúde, assegurando assim uma formação em aspectos de saúde demonstrando a preocupação dos legisladores como demonstra o parecer 540/77 do CFE.

(Regina Rodriguez Botto Targino, Implantação de um Projeto de Saúde Escolar, Bahia)

Em 1973 na Bahia, houve a elaboração de um projeto de Educação em Saúde Escolar, onde concluiu-se que:

A aprendizagem é consequência da sanidade no seu sentido completo, impõem-se medidas preventivas de combate às causas existentes. Portanto, só uma educação integrada pode oferecer subsídios efetivos, tendo em vista sua função reorientadora dos costumes e valores, enfim, do comportamento. como forma padronizada de pensar, sentir, e agir.

(Iracy Silva Costa, Educação em Saúde Escolar: Análise de uma Experiência. UF B, 1973)

Dez anos após este trabalho, 1983, realizou-se a implantação de um projeto de Saúde Escolar nas escolas municipais de João Pessoa Paraíba, composta de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar envolvendo: médicos, enfermeiros, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, pedagogos, assistentes sociais, orientadores e administradores escolares. Nessa experiência houve a constatação de problemas referentes a escolares tais como: verminose, desnutrição, cáries, problemas visuais, entre outros, sendo estes os de maior incidência.

Tais experiências nos vêm trazer dados que indicam a relação direta entre Saúde e Aprendizagem. Um organismo espoliado pela

verminose, caminha para a desnutrição e num ciclo vicioso do ambiente em que vive, as circunstâncias a tornam mais frágil diante do mundo.

O desenvolvimento pondoestatural altamente comprometido se traduz ou se reflete em deficiente desenvolvimento mental. A fome e o esforço para manter o equilíbrio metabólico reduzem a capacidade intelectual e desviam significativa parcela de energia e de atenção do aluno, reduzindo sua capacidade de produção. O baixo nível de saúde se associa a maioria das vezes, ao desemprego, ao alcoolismo e ignorância e desorganização familiar.

(Jossetti do Carmo Barbosa. A Participação em Programa de Saúde Escolar: Ensaio Metodológico. Bolétin de la Oficina Panamericana, LXXXIX nº2, agosto/80)

Na Universidade Federal de Santa Catarina foram desenvolvidos 4 Projetos da VIIIª Unidade Curricular em "atenção de enfermagem ao Escolar". A realização dos mesmos nos vêm demonstrar não só a preocupação pela saúde escolar, mas também novos horizontes para a enfermagem. Envolvendo a Saúde há o aspecto Educacional de cada um em busca de novas metodologias que se apliquem à realidade de cada comunidade. O processo de continuidade dos trabalhos até hoje desenvolvidos, residem no âmago das potências comunitárias, que podem vir a exigir os direitos que se têm não só como membro de uma comunidade, mas como "pessoa humana".

"O mundo pertence as crianças de hoje", temos que lutar para que o futuro ao chegar não encontre somente adultos alienados, e menos ainda ossos fragmentados das crianças que morreram de fome, de falta de atenção e amor.

A REALIDADE DA LAGOA DA CONCEIÇÃO

A Lagoa da Conceição é uma comunidade relativamente grande, localizada entre o bairro Itacorubi e Barrada Lagoa. Sua população era constituída na grande maioria por pescadores. Hoje devido a seu ponto turístico privilegiado, instalaram-se muitos restaurantes e a maioria dos moradores nativos venderam os terrenos e casas para pessoas de "fora", que buscam o contato direto que a natureza proporciona. A maioria dos nativos pescam a noite na ponte ou de canoa. Há muitas lavadeiras.

A Lagoa da Conceição possui uma infraestrutura relativamente boa: existem 2 supermercados, uma farmácia, um posto de gasolina e várias vendas onde há um grande movimento de homens bebendo cachaça, principalmente durante a noite. O sistema de abastecimento de água pe feito por duas cachoeiras que abrangem poucas casas. O resto dos moradores obtém água por poço ou ponteira. Não existe um sistema de esgoto. Iniciou-se em 1984 um projeto para a construção do esgoto, abrangendo algumas ruas. O restante dos habitantes possuem fossa. Entretanto, alguns restaurante e casas despejam o esgoto diretamente na Lagoa.

Em relação ao transporte, os horários do ônibus aumentaram neste último anos devido à reivindicação da comunidade.

A maioria das casas são construídas de tijolos e poucas não possuem energia elétrica. O lixo é recolhido todos os dias nas ruas principais. Nas ruas que possuem poucas casas o recolhimento do lixo é feito em dias intercalados.

A maioria das casa possuem televisão, sendo esse um dos principais divertimentos da comunidade. Ainda existe um Clube (Sociedade Amigos da Lagoa) onde são promovidos bailes e som discoteque. Ao lado do Clube funciona um biblioteca feita de um ônibus doado. Há razoável utilização da biblioteca pela comunidade.

Boa parte da comunidade é católica, contando com uma igreja.

Atualmente não existe o Conselho Comunitário, extinto há oito anos. Entretanto, há uma tentativa de rearticulação do Conselho. O intendente responsável demitiu-se sendo substituído por outro provisoriamente..

As quartas-feiras a comunidade conta com o programa de "Sacolão" para as compras, onde a procura é muito grande. Aos sábados como opção há a presença da tradicional feira, recentemente iniciada.

A Lagoa da Conceição é dividida da seguinte maneira: Canto da Lagoa, onde existe um posto de saúde e uma escola. A Costa da Lagoa só tendo acesso por barco, onde existe uma escola primária e um posto de saúde. Atualmente a licença de uma Atendente do Posto do Canto obriga a Atendente do Posto de Saúde da Costa a atender ambos em dias alternados.

A terceira parte da Lagoa é a própria Lagoa da Conceição onde há uma escola municipal e um posto de saúde ao lado.

A Escola Municipal Henrique Vera possui um total de 391 alunos distribuídos no Jardim, Pré-primário, Primário e Ginásio. O Jardim possui 30 alunos na idade entre 3 a 4 anos, funcionando no período matutino. O pré-primário possui 30 alunos na faixa etária de 5 a 6 anos, funcionando à tarde. A escola possui 9 salas de aula, uma sala para a direção, sala de professores, quatro banheiros (sendo dois de uso dos professores) uma cozinha, uma dispensa, uma quadra de esporte e um pátio coberta para uso em caso de chuva. O terreno ao redor da escola não é calçado, com muitas árvores. O primário funciona pela manhã e o ginásio à tarde. A escola possui uma horta, onde

poucos alunos trabalham. A merenda escolar é qualitativamente defazada, ultimamente só tem recebido macarrão, feijão e arroz. Os alunos do ginásio não estão recebendo merenda. As crianças do pré-primário recebem alimentação variada devido a cooperação das mães. Em relação aos professores, estes conforme dito pela diretora, são profissionais de boa atuação, "ajudando a conscientizar os alunos em relação à importância da higiene".

O Posto de Saúde localiza-se ao lado da escola. Nele trabalham três atendentes, dois médicos, duas dentistas divididos entre manhã e tarde. A estrutura física do Posto compõe-se de uma farmácia, um consultório médico e um dentário, sala de imunização, sala de espera, sala de recepção, sala de curativo. O posto possui nebulizador, duas estufas, geladeira. Há falta de material de curativo, injeção e até medicamentos. No Posto funciona o sistema de cadastramento familiar. Conforme informações das Atendentes, as enfermidades que mais aparecem são: amigdalite, estado gripal e verminose. Não é recolhido material para exames. Segundo as Atendentes não, é realizado um serviço de orientações às pessoas atendidas, somente em relação a remédio é fornecido orientação quando o médico esquece de fazê-la.

As Crianças da escola, anualmente passam pelo médico do Posto para exame físico. Exame realizado a nível de ausculta cardíaca, pulmonar e questionamentos sobre queixas ou doenças anteriores. As fichas das crianças ficam de posse dos professores de educação física. O grupo selecionado para desenvolvimento deste projeto são os alunos da 2ª e 3ª série primária. São alunos, na grande maioria repetentes. Os pais dessas crianças em grande parte são operário e pescadores; as mães são do lar. A idade dos alunos selecionados varia de 8 a 13 anos, sendo que dos 24 alunos existentes: 2 tem 8 anos 2 de 9 anos, 5 de 10 anos, 6 de 11 anos, 7 de 12 e 2 de 13 anos, ison na 2ª série. Na 3ª série a idade dos alunos varia de 9 a 15 anos - Dos 16 alunos: 2 tem 9 anos, 2 tem 10 anos, 1 de 11 anos, 2 de 12

anos, 2 alunos de 14 anos e um de 15. Quatro alunos não constam a data do nascimento.

OBJETIVOS GERAIS

Contribuir para a melhoria do nível de informação e das condições de saúde das pessoas na Comunidade da Lagoa da Conceição, oportunizando a conscientização da mesma para suas reais necessidades na busca de propostas para o seu desenvolvimento integral.

Considerando o papel preponderante da Escola como agente formativo e polarizador de informações, e a sua vinculação com a população tentar-se-á integrar as ações de saúde entre a Escola-Família e Comunidade reforçando a importância da avaliação de saúde das crianças na idade escolar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVO Nº 1

Realizar avaliação de Acuidade Visual em crianças na faixa etária escolar do grupo selecionado.

METODOLOGIA

- Orientação e demonstração do teste de acuidade visual com a utilização de cartazes específicos para a realização do mesmo. Utilização da escala optométrica de Snellen e fichas de registro (Anexo 1).

- Supervisão dos professores na aplicação do teste.

- Orientação às famílias das crianças dando os encaminhamentos necessários.

-

RECURSOS:

- Instalações físicas da escola
- Instalações físicas do Posto
- Escala Optométrica de Snellen
- Crianças do grupo selecionado
- Professores do grupo selecionado
- Médico do Posto de Saúde
- Bibliografia para consultas

AVALIAÇÃO

Será considerado satisfatório se o teste for realizado em 90% do grupo selecionado.

OBJETIVO Nº 2

Realizar avaliação da Acuidade Auditiva em crianças na faixa etária escolar do grupo selecionado.

METODOLOGIA

- Orientação aos professores e explicação sobre o teste de acuidade auditiva a ser aplicado (Teste a ser descrito em anexo - Anexo 2).

- Orientação aos familiares e realização dos devidos encaminhamentos em visitas domiciliares.

RECURSOS: Crianças do grupo selecionado

Professores do grupo selecionado

Instalações da escola

Posto de Saúde para encaminhamento

Bibliografia

AVALIAÇÃO

Será considerado satisfatório se o teste for aplicado em 90% do grupo selecionado.

OBJETIVO Nº 3

Realizar avaliação das condições posturais da criança na faixa etária escolar do grupo selecionado .

METODOLOGIA

- Exame físico das crianças selecionados, com a participação dos professores de educação física.(Anexo 3)

- Encaminhamento para avaliação médica das crianças portadoras de anormalidades posturais.

- Orientação aos professores na escola e à família em visita domiciliar com os devidos encaminhamentos.

RECURSOS: Instalações do Posto de Saúde

Crianças do grupo selecionado

Professores de sala de aula e educação física

- Médico do Posto de Saúde
- Bibliografia

AVALIAÇÃO

Será considerado satisfatório se os exames forem realizados em 90% das crianças do grupo selecionado.

OBJETIVO Nº 4

Propor e executar um plano de Assistência de Enfermagem, baseados na teoria das necessidades básicas de Wanda Aguiar Horta, às crianças portadoras de verminose no grupo selecionado.

METODOLOGIA

- Identificar as crianças portadoras de verminose através de exames parasitológico nas crianças do grupo selecionado.
- Elaborar um plano de assistência de enfermagem de acordo com o tipo de "verme" de cada criança.
- Executar o plano através de orientação aos alunos nas aulas, com auxílio dos professores, estendendo as orientações às famílias através de visitas domiciliares.
- Realizar avaliação do método empregado (Feedback).

RECURSOS: Médico do Posto de Saúde

Professores

Crianças do grupo selecionado

Famílias das crianças

Bibliografia para orientações.

AVALIAÇÃO

Será considerado atingido se o plano for implementado em 100% das crianças portadoras de verminose, no grupo selecionado.

OBJETIVO Nº 5

Propor e executar um plano de Assistência de Enfermagem às crianças portadoras de Desnutrição.

METODOLOGIA

- Coleta de dados sobre peso e estatura das crianças selecionadas.
- Cálculo do déficit nutricional segundo Tabela de Gomes (Anexo 4).
- Orientação aos familiares através de visita domiciliar, com os devidos encaminhamentos.

RECURSOS:

- Professores da escola
- Crianças do grupo selecionado
- Familiares das crianças do grupo selecionado
- Bibliografia para consultas

AVALIÇÃO

Será considerado atingido se o plano for implementado em 90% das crianças identificadas com desnutrição.

OBJETIVO Nº 6

Integrar as ações de saúde entre a escola, a comunidade e o Posto de Saúde.

METODOLOGIA

- Manter contatos com a equipe de saúde do Posto de Saúde.
- Encaminhar, solicitar e participar de serviços no Posto de Saúde
- Participar de serviços no Posto através da execução de técnicas de enfermagem, orientação aos atendentes quando solitado, orientação aos que procuram o Posto em relação a aspectos de Saúde.

RECURSOS:

Instalações do Posto de Saúde

Estagiárias de enfermagem

AVALIA

AVALLIAÇÃO

Oo objetivo será considerado atingido em 100% se a metodologia for cumprida.

CRONOGRAMA

De 6 à 10 de maio de 1985

- Início do Projeto.
- Apresentação do Projeto à Escola.
- Primeiros contatos com as crianças do grupo selecionado.
- Levantamento dos dados para cálculo do déficit nutricional.
- Encaminhamento de requisição para exame parasitológico.

De 13 à 17 de maio de 1985

- Elaboração de plano Assistencial de acordo com o déficit nutricional de cada criança.
- Orientação aos professores a respeito dos testes a serem executados.
- Início dos testes sobre acuidade visual e encaminhamentos necessários.
- Participação nas atividades do Posto de Saúde.

De 20 a 24 de maio de 1985

- Continuação dos testes de Acuidade Visual.
- Levantamento de dados de acordo com o resultado dos exames parasitológicos.
- Elaboração do plano assistencial de acordo com o resultado dos exames parasitológicos de cada criança.
- Participação nas atividades do Posto de Saúde.

De 27 a 31 de maio de 1985

- Orientação aos professores e crianças do grupo selecionado a respeito dos testes de Acuidade Auditiva.
- Início dos testes de Acuidade Auditiva, com os devidos encaminhamentos.
- Participação nas atividades do Posto de Saúde.

De 3 a 7 de junho de 1985

- Orientação aos professores e alunos sobre a importância da avaliação postural.
- Observação e avaliação postural das crianças do grupo selecionado.
- Encaminhar e reforçar orientações com os professores (educação física) quanto as anormalidades posturais, encaminhamento ortopédico.
- Reforçar junto às crianças a importância de hábitos higiênicos.
- Participar de atividades no Posto de Saúde.

De 10 a 14 de junho de 1985

- Continuar a avaliação das condições posturais das crianças selecionadas.
- Executar planos assistenciais referentes a desnutrição
- Reforçar junto às crianças a importância de hábitos higiênicos.
- Participar de atividades no Posto de Saúde.

De 17 a 21 de junho de 1985

- Continuar a execução do plano assistencial referentes a déficit nutricional e verminose.
- Participar das atividades no Posto de Saúde.
- Reforçar junto às crianças a importância de hábitos higiênicos.

De 24 a 28 de junho de 1985

- Continuar a execução dos planos assistenciais elaborados.

- Participar de atividades no Posto de Saúde.

De 1 a 5 de julho de 1985

- Retorno às casas através de visitas domiciliares.
- Efetuar encaminhamentos necessários.
- Participar das atividades no Posto de Saúde.

De 8 a 12 de julho de 1985

- Continuação das visitas domiciliares.
- Participar de atividades no Posto de Saúde.

De 15 a 19 de julho de 1985

- Continuar visitas domiciliares.
- Participar de atividades no Posto de Saúde.

De 22 a 26 de julho de 1985

- Iniciar Relatório.

CONCLUSÃO

Sabe-se que saúde no Brasil, não é um serviço considerado prioritário. Parece não haver uma verdadeira preocupação com a saúde das pessoas. O Posto de Saúde mostra-se como um serviço estático, procurado pelas pessoas só quando necessitam um cuidado terapêutico. Ele não funciona em cima da real proposta de um Posto inserido numa comunidade, trabalhando a nível de recuperação da saúde e não da promoção e prevenção da mesma.

Parece que a política e seus homens estão voltados para a execução de serviços que no momento são dispensáveis para uma grande maioria da população. Por que uma política de saúde voltada para hospitais? Hospitais que incentivam o consumo de remédios exigindo a manutenção de aparelhos especializados, voltada apenas para a "recuperação" da saúde. Por que não há a realização de serviços primários e básicos como a nutrição, educação, habitação e saúde? Parece que falta aos profissionais uma política de atuação mais consciente. Consciência que deve ser desperta para os serviços básicos extremamente necessários e não utópicos. Como conseguir essa "consciência"? Esta precisa brotar do interior de cada pessoa. A partir disso, então poderá haver mais união entre as pessoas e assim resgatar serviços para sua comunidade, chegando-se à um desenvolvimento integral.

O projeto de saúde escolar, é uma tentativa para que as pessoas sintam a importância da educação para a Saúde. Educar não é fácil. É uma questão de tempo e de "querer". Tanto os educadores como os educandos precisam estar dispostos à proposta. A educação é

um meio para promover a saúde e conscientizar as pessoas do potencial de mudanças existente em cada um.

BIBLIOGRAFIA

1. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Relatório. Alma-Ata, OMS & UNICEF, 1978. 64p.
2. CONFERÊNCIA REGIONAL SUL AMERICANA SOBRE SAÚDE, CURA E INTEGRIDADE DE VIII. Relatório. Quito, Comissão Médica Cristã do Conselho Mundial das Igrejas, 1982. 59p.
3. COSTA, I.S. Educação em Saúde Escolar: análise de uma experiência. Universidade Federal da Bahia; 1973. 21p.
4. FREIRE, P. Conscientização. 3ª ed. São Paulo: Moraes, 1980.
5. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Manual de orientação do professor na aplicação do teste de aferição da acuidade visual. Brasília, Departamento de Documentação e Divulgação, 1978. 47p.
6. OBSERVAÇÃO DE SAÚDE ESCOLAR. Manual para o professor. São Paulo, Departamento de Estado de Assistência ao Escolar, 1978. 45p.
7. ROUCEK, J. A Criança Problema. 2ª ed. São Paulo: IBRASA, 1973.
8. SALLES, A. Higiene Escolar. 4ª ed. Rio de Janeiro: Livraria Freitas Bastos.
9. TARGINO, R.R.B. Implantação de um programa de saúde escolar. Unidade Médica. junho/84.
10. WERNER, D. & BOWER, D. Aprendendo e ensinando a cuidar da saúde. São Paulo: Ed. Paulinas, 1984.

ANEXOS

ANEXO 1

RELAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO

Escola.....Cidade.....Bairro.....
 Endereço.....Fone.....
 Diretor.....Local do Exame.....

Nome do escolar	Classe	Reteste		Sinais ou sintomas oftalmo.	Observação
		OD	OE		

ANEXO 2

Descrição de um jogo para avaliação auditiva:

As crianças formam uma roda e uma delas fica no meio, com os olhos tapados. Em volta dela colocam pedrinhas ou outras coisas / pequenas. As outras crianças procuram aproximar-se, silenciosa- / mente, e tirar as pedras.

- se a criança no meio ouve outra criança se mover, aponta para ela e essa sai fora do jogo.

- vence quem consegue recolher a maior quantidade de pedras / sem ser ouvido

ANEXO 3

Aspectos a observar à respeito da POSTURA e Marcha:

Sinais físicos:

- costas arqueadas (corcunda)
- um ombro é mais alto do que o outro
- curvatura acentuada da coluna vertebral para frente, na altura da cintura
- pernas arqueadas ou em X
- pés chatos
- articulações inchadas ou rijas
- quadril caído para direita ou para esquerda
- defeitos evidentes nas mãos, nospés, nas pernas ou nos braços

Comportamentos:

- anda mancando ou de modo estranho
- cai facilmente
- anda com os pés voltados para dentro ou para fora
- bate um joelho no outro ao andar
- anda com dificuldade
- entorta demasiadamente os sapatos para dentro ou para fora
- prefere atividades que solicitam poucos movimentos

Queixas:

- frequentemente sente dores: nos pés, nas pernas e nas costas

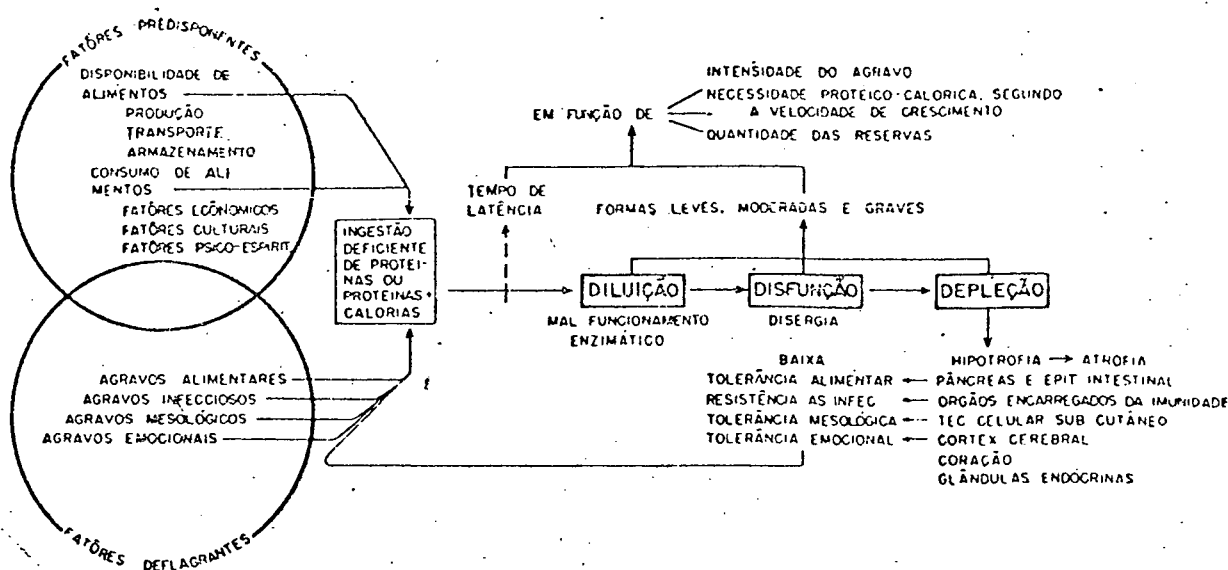


FIG. 5.11 — Etiopatogenia da Desnutrição.

**DILUIÇÃO
DISFUNÇÃO
DEPLEÇÃO.**

cada um deles podendo determinar no desnutrido parâmetros bioquímicos, funcionais e clínicos que, na realidade, podem ser normais para idades progressas. Considerando esses fatos como universais na desnutrição infantil, poder-se-ia considerá-la como um estado crônico de carência calórico-proteica no qual o organismo apresenta desaceleração (casos leves), interrupção (casos moderados) ou involução (casos graves) da evolução normal de seus parâmetros bioquímicos (diluição), funcionais (disfunção, com ênfase no desenvolvimento neuropsicomotor) e anômicos (depleção, com ênfase no crescimento físico) podendo a involução levá-los aos padrões do recém-nascido nos três setores.

CLASSIFICAÇÃO

A classificação da desnutrição em 1.º, 2.º e 3.º graus é baseada em Gomez (1946) em função do déficit de peso do desnutrido em relação ao peso normal esperado para a idade da criança, a saber:

- 1.º grau = déficit de peso de 10,1 a 25,0%
- 2.º grau = déficit de peso de 25,1 a 40,0%
- 3.º grau = déficit de peso acima de 40,0%

Os valores normais são os apresentados por Marques e cols. (1975) e correspondem à classe sócio-econômica IV da população, do Município de Santo André (Área Metropolitana da Grande

São Paulo) estudada por Marcondes & cols. (1971). Da aplicação do critério de Gomez aos valores normais referidos no estudo de Marques, resultam as tabelas 5.2 e 5.3 com os valores limites para as desnutrições de 1.º, 2.º e 3.º graus, para ambos os sexos, e as figs. 5.12 e 5.13 que constituem os gráficos de evolução pondoestatural em uso no Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Em que pese o valor prático e a aceitação generalizada da classificação de Gomez, ela encerra um defeito importante: não leva em consideração a altura da criança. Assim, crianças de baixa estatura e em bom estado nutricional podem ser classificadas como desnutridas pelo critério de Gomez o que implica — nesses casos — em usar com muito cuidado os gráficos de evolução pondoestatural e valorizar ao máximo outros dados clínicos (anamnese alimentar, estado geral, quantidade e distribuição do panículo adiposo, pele e mucosas, cabelos, musculatura) no diagnóstico do estado nutricional.

No caso da criança ser portadora de desnutrição de 3.º grau, impõe-se o reconhecimento do tipo clínico dessa condição, se marasmo ou kwashiorkor. Marasmo é a desnutrição na qual a carência dietética é de calorias e proteínas proporcionalmente, e incide sobretudo em crianças no primeiro ano de vida. Kwashiorkor é a desnutrição predominantemente protéica, incide sobretudo em crianças de 24 a 36 meses de idade e, nas formas clássicas, evolui com edema e lesões importantes de pele e fâneros. As principais diferenças entre marasmo e kwashiorkor são apresentadas no quadro 5.6 (vide o item Quadro Clínico mais adiante para maiores detalhes).

TABELA 5.2 — CÁLCULO DOS LIMITES DE PESO PARA DIAGNÓSTICO DA DESNUTRIÇÃO DE 1.º, 2.º E 3.º GRAUS (Segundo critério de Gomez: pesos normais segundo Marques & cols.)
SEXO MASCULINO

SEXO MASCULINO											
IDADE meses	PESO NORMAL	menor			IDADE meses	PESO NORMAL	menor				
		D _I do que	D _{II} do que	D _{III} do que			D _I do que	D _{II} do que	D _{III} do que		
continuação											
SEXO MASCULINO											
IDADE meses	PESO NORMAL	menor			IDADE meses	PESO NORMAL	menor				
		D _I do que	D _{II} do que	D _{III} do que			D _I do que	D _{II} do que	D _{III} do que		
6 ANOS											
1.	21.251	18.939	15.782	12.626	1.	28.677	25.809	21.508	17.206		
2.	21.751	19.126	15.938	12.751	2.	28.874	25.987	21.656	17.324		
3.	21.461	19.315	15.096	12.877	3.	29.071	26.164	21.803	17.443		
4.	21.671	19.504	15.253	13.003	4.	29.269	26.342	21.952	17.561		
5.	21.882	19.694	15.412	13.129	5.	29.467	26.520	22.100	17.680		
6.	22.093	19.884	15.570	13.255	6.	29.668	26.701	22.251	17.801		
7.	22.305	20.075	15.729	13.383	7.	29.869	26.882	22.402	17.921		
8.	22.515	20.266	15.889	13.511	8.	30.073	27.066	22.555	18.044		
9.	22.731	20.455	17.048	13.639	9.	30.279	27.251	22.709	18.167		
10.	22.944	20.650	17.208	13.766	10.	30.488	27.439	22.866	18.293		
11.	23.155	20.842	17.369	13.895	11.	30.700	27.630	23.025	18.420		
12.	23.371	21.034	17.528	14.023	10 ANOS						
7 ANOS											
1.	23.514	21.225	17.688	14.150	1.	31.136	28.022	23.352	18.662		
2.	23.776	21.416	17.847	14.278	2.	31.360	28.224	23.520	18.816		
3.	24.039	21.608	18.007	14.405	3.	31.589	28.430	23.692	18.953		
4.	24.321	21.797	18.166	14.533	4.	31.824	28.642	23.868	19.094		
5.	24.432	21.989	18.324	14.654	5.	32.065	28.859	24.049	19.239		
6.	24.643	22.179	18.482	14.780	6.	32.313	29.032	24.235	19.356		
7.	24.853	22.355	18.640	14.912	7.	32.569	29.312	24.427	19.541		
8.	25.052	22.556	18.797	15.037	8.	32.832	29.549	24.624	19.699		
9.	25.275	22.743	18.953	15.162	9.	33.105	29.794	24.829	19.853		
10.	25.477	22.929	19.108	15.286	10.	33.387	30.046	25.040	20.032		
11.	25.694	23.116	19.263	15.410	11.	33.679	30.311	25.259	20.207		
12.	25.899	23.300	19.417	15.533	11 ANOS						
8 ANOS											
1.	26.094	23.485	19.571	15.656	1.	34.298	30.868	25.773	20.579		
2.	26.297	23.667	19.723	15.778	2.	34.627	31.164	25.970	20.776		
3.	26.509	23.850	19.875	15.900	3.	34.959	31.472	26.227	20.931		
4.	26.731	24.031	20.026	16.021	4.	35.326	31.793	26.495	21.196		
5.	26.992	24.212	20.177	16.141	5.	35.698	32.128	26.773	21.419		
6.	27.191	24.391	20.326	16.261	6.	36.087	32.478	27.068	21.652		
7.	27.390	24.570	20.475	16.380	7.	36.494	32.845	27.370	21.896		
8.	27.602	24.748	20.624	16.499	8.	36.920	33.228	27.690	22.152		
9.	27.806	24.926	20.772	16.618	9.	37.366	33.629	28.025	22.420		
10.	27.992	25.101	20.919	16.735	10.	37.833	34.050	28.375	22.700		
11.	28.094	25.280	21.067	16.853	11.	38.323	34.491	28.747	22.994		
12.	28.255	25.457	21.214	16.971	12 ANOS						
1.	28.491	25.633	21.361	17.089	1.	0.000	0.000	0.000	0.000		

AÇÃO DE ENFERMAGEM AC ESCOLAR
E SEU AMBIENTE: A CAMINHO DA EDUCAÇÃO

Ana Izabel J. de Souza
Eloísa Elena Jensen

INDICE

<i>Índice</i>	<i>Páginas</i>
<i>INTRODUÇÃO ::::</i>	<i>1</i>
<i>RESULTADOS</i>	<i>3</i>
<i>CONCLUSÃO ::::</i>	<i>17</i>
<i>RECOMENDAÇÕES</i>	<i>20</i>
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	<i>21</i>
<i>ANEXOS</i>	<i>22</i>

INTRODUÇÃO

O presente relatório visa a apresentação dos resultados obtidos através da realização do Projeto de Ação de Enfermagem ao Escolar e seu Ambiente: A caminho da educação, da VIII^a Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolvido no período de seis de maio a dezenove de julho de mil novecentos e oitenta e cinco; na escola Básica Henrique Vera junto ao Posto de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis situado na Comunidade da Lagoa da Conceição; sendo orientado pela professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, enfermeira Ilca Luci Keller e supervisora a enfermeira Rosane Conti Benedt da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

O projeto referido apresentava o seguinte objetivo: Contribuir para a melhoria da saúde das pessoas da comunidade da Lagoa da Conceição, oportunizando a conscientização da mesma para suas reais necessidades na busca de propostas para o seu desenvolvimento integral. A população alvo consistia em trinta e cinco crianças de ambos os sexos da segunda e terceira série primária, cuja faixa etária variava de oito a quinze anos, per-

tercentes à Escola Básica Henrique Vera, junto a qual foram desenvolvidos os seguintes objetivos: avaliação da acuidade visual; avaliação da acuidade auditiva; avaliação das condições posturais da crianças; propor e executar um plano de assistência de Enfermagem às crianças portadoras de verminose; propor e executar um plano de assistência de enfermagem às crianças com déficit nutricional; integrar as ações de saúde entre a escola, o Posto de Saúde e a comunidade.

RESULTADOS

RESULTADOS

Objetivo n.º 1

Realizar avaliação da acuidade visual em crianças na faixa etária escolar do grupo selecionado.

Para a realização dos teste de acuidade visual utilizou-se a escala de Snellen pela sua simplicidade e precisão na detecção de distúrbios visuais. Utilizou-se para a realização do mesmo o espaço físico disponível no Posto de Saúde.

O teste foi aplicado em crianças que apresentavam o uso de óculos, devido a levantamentos de problemas visuais anteriores, sendo estas classificadas no item: com correção. As demais crianças que na aplicação não faziam a utilização de óculos foram classificados no item: sem correção.

Adotou-se para classificação de normalidade e anormalidades os seguintes critérios:

- Normal: 100 %
- Deficiência Visual leve: 90 a 60%
- Deficiência Visual moderada: 30 a 50%
- Deficiência Visual Grave: abaixo de 30%

Considerando-se o olho direito, olho esquerdo e ambos os olhos separadamente para efeito de avaliação. O critério adotado baseou-se no Manual de Aplicação do Teste de Acuidade Visual (MEC, 1978) que propõe encaminhamentos segundo a classificação acima. Dividindo-se estes em:

- Deficiência visual leve equivalente a encaminhamento sem urgência
- Deficiência visual moderada correspondendo a encaminhamento relativamente urgente.
- Deficiência visual grave equivalendo a encaminhamento urgentíssimo.

Os resultados obtidos encontram-se na Tabela 1

Tabela 1: Resultado do teste de acuidade visual em 35 crianças de ambos os sexos, pertencentes a 2ª e 3ª série primária.

	Classificação dados obtidos	OD		OE		AO	
		nº	%	nº	%	nº	%
Sem Correção	Normal	24	68	19	54,2	25	71,4
	Deficiência Visual Leve	7	20	12	34,2	7	20
	Deficiência Visual Moderada	1	2,8	1	2,8	0	0
	Deficiência Visual Grave	0	0	0	0	0	0
Sem Correção	Deficiência Visual Moderada	2	5,7	3	8,5	0	0
	Normal	1	2,8	0	0	1	2,8
	Deficiência Visual Leve	0	0	0	0	2	5,7
	Deficiência Visual Grave	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	35	100	35	100	35	100

- OD: olho direito
- OE: olho esquerdo
- AO: ambos os olhos

Análise da Tabela: através da tabela identifica-se grande porcentagem de crianças com deficiência visual leve, principalmente no olho esquerdo. Embora não conste da apresentação tabular, constatou-se maior número de deficiência visual leve "sem correção" no sexo feminino. De acordo com a tabela houve número significativo de casos, classificados no item com correção (OD: 5,7%, OE: 8,5%), que apresentaram deficiência visual moderada, supondo-se dessa forma a existência de fatores contribuintes para esta situação, tais como: uso inadequado do óculos, ausência de acompanhamento oftalmológico; rejeição do óculos devido autoimagem afetada pela não percepção real sobre a importância do uso de óculos na correção dos problemas encontrados.

No desenvolvimento referente a este objetivo, as crianças que já possuíam óculos e que foram identificados com problemas visuais foram encaminhadas ao ofatamologista da Fundação Catarinense de Educação Especial (FCEE) (devido a projeto anterior reali_zado em 1984 na mesma escola) para reconsulta. As demais crianças foram encaminhadas pa_ra a Secretaria de Educação da Prefeitura Municipal de Florianópolis, e esta comprometeu-se a viabilizar a marcação de consultas no oftalmologista do Inamps. Uma vez marca_da a consulta a Prefeitura encarrega-se de avisar a diretora da escola e esta em comu_nicar aos familiares das crianças envolvidas. Em vista disso, convocou-se para uma neu_nião nas dependências do Posto de Saúde, as mães das crianças portadoras de perturba_ções visuais objetivando maior integração, participação e informação sobre os assuntos relacionados aos problemas visuais encontradas nas crianças.

Segundo LEÃO, CORREA & VIANNA:

((...) Do ponto de vista da criança, uma das principais cau_sas conhecidas de dificuldades escolares é a imaturidade neurológi_ca em funções tais como: percepção visual e auditiva, lateralidade esquema corporal, percepção espaço-temporal e outras que caracte_rizam os quadros da disfunção mínima, verificadas nos exames clínico e neurológico (...)

(LEÃO, Ennio, CORREA, Edison José, VIANNA, Marcos Borato. Pediatria Ambulatorial. Belo Horizonte; Imprensa Universita_ria. 1983. Pag. 88)

Partindo disto surge a hipótese de que as deficiências visuais no período es_colar, diminuem a motivação e o interesse pelas atividades escolares acarretando preju_ízos no seu rendimento escolar, bem como em sua inadaptação. Levando-se em conta a in_dividualidade da criança e a situação social em que ela se encontra há o agravamento dos problemas detectados aumentando a sua inadaptabilidade à escola.

Conforme o Manual de Aplicação do teste de Acuidade Visual (MEC, 1978), ainda não existem estatísticas brasileiras globais capazes de fornecer dados exatos sobre os problemas visuais que atingem a população estudantil.

As pesquisas realizadas em vários países sobre os problemas visuais (oftalmológicos) revelam que cerca de 2% das crianças em idade escolar apresentam deficiência visual. Dados regionais levantados pelo Ministério da Saúde revelaram que no período de outubro de 1974 a abril de 1976 foram examinados, em 155 municípios da Região Nordeste, 126.128 escolares, sendo que 13.676, ou seja, 10,8%, apresentaram deficiência visual. Destes, 80,3% sem correção. Neste mesmo levantamento foram encontradas 28 crianças com cegueira, sendo 13 no OD e 15 no OE.

Em Santa Catarina, apesar da realização de testes de acuidade visual nas escolas, ainda não se dispõe de estatísticas referente aos problemas encontrados.

"(...) Em 1973, no Estado de São Paulo cerca de 25% dos escolares apresentaram perturbações oftalmológicas; daqueles, 5% apresentaram menos de 50% da visão normal (...)"

(Manual de Aplicação do Teste de Acuidade Visual, MEC 1978)

Estudos realizados no Brasil informam que 40% dos problemas visuais; 50 a 75% de casos de cegueira poderiam ser evitados ou minorados, com medidas preventivas, tais como: educação sanitária oftalmológica e com a assistência curativa. Concluindo-se dessa forma que problemas visuais comprometem o rendimento escolar, dada a boa visão no processo de aprendizagem e que tais problemas podem vir a ser evitados, através de medidas preventivas.

O objetivo foi alcançado em 100%

Considerações

Considerou-se a pouca luminosidade das salas de aula das crianças selecionadas para o desenvolvimento do projeto, como fator contribuinte para o aumento da porcentagem de crianças com perturbações visuais.

Considerando a escassez de espaço físico disponível na distância estipulada para a realização do teste, conforme treinamento da Fundação Catarinense de Educação Especial (5 m), o mesmo foi aplicado na distância de 4,5 em uma das dependências do Posto de Saúde. Conforme orientação técnica essa variação não interfere nos resultados obtidos.

Considerando a ausência de funcionárias do Posto de Saúde na última semana do Projeto, foi impossível o treinamento das mesmas para a aplicação do teste de acuidade visual.

OBJETIVO Nº 2

Realização do teste de acuidade auditiva em crianças r... da etária escolar selecionada.

O presente objetivo não foi realizado devido aos seguintes fatores:

- Inadequação de técnicas propostas e ausência de instrumentos próprios.
- Bibliografias imprecisas e não condizentes com a realidade brasileira.
- Ausência de critérios objetivos para avaliação dos testes encontrados nas escassas bibliografias.
- Inabilidade teórico-prática das estagiárias e dificuldade de acesso aos profissionais da área para orientações específicas.

O teste proposto através do projeto não foi realizado devido a sua subjetividade na avaliação, bem como a sua não adaptabilidade à realidade encontrada junto as crianças selecionadas.

Corroborando os problemas e dificuldades encontradas temos a opinião de Marcondes.

"(...) A avaliação da deficiência auditiva é muito mais frequente e problemática. Trabalhos americanos (Nader, 1974) indicam que esta deficiência é mais frequente do que se imagina. Entre nós a situação é praticamente uma incógnita. Almeida & Cols. (1978) encontraram 2,4% de crianças com suspeita de deficiência auditiva no Rio de Janeiro com confirmação diagnóstica acima de 90% (...)"

(MARCONDES, E. Ecopediatria. Sarvier)

(...) *Inexistem testes fidedignos simplificados, mesmo com o uso de aparelhos eletrônicos (Eisner & Oglesby, 1971); Lescollflair, 1973, e a audiometria é cara e complexa para ser aplicada a todas as crianças (...)*

(MARCONDES, E. *Ecopediatria*. Ed. Sarvier, 1980)

OBJETIVO Nº 3

Realizar a avaliação das condições posturais da criança.

O teste foi realizado com a participação da professora de educação física da escola. O problemas levantados encontram relacionados na Tabela 2. A classificação foi ordenada segundo os desvios posturais encontrados e não pela determinação do grau de cada um.

Tabela 2: *Resultado de exame postural aplicado em 34 crianças de ambos os sexos, pertencentes à 2ª e 3ª série primária.*

<i>dados obtidos</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>Desvios encontrados</i>		
<i>Escoliose</i>	<i>12</i>	<i>35,2</i>
<i>Lordoescoliose</i>	<i>8</i>	<i>23,5</i>
<i>Cifoescoliose</i>	<i>6</i>	<i>17,6</i>
<i>Cifose</i>	<i>5</i>	<i>14,7</i>
<i>Lordose</i>	<i>2</i>	<i>5,8</i>
<i>Lordocifose</i>	<i>1</i>	<i>17,6</i>
<i>TOTAL</i>	<i>34</i>	<i>≐ 100</i>

Análise da Tabela:

Através da tabela identifica-se 35,2% de casos relacionados a escoliose, bem como a sua associação com a lordose(2,9%) e cifose(17,6%).

As escolioses encontradas podem ser escolioses verdadeiras ou simplesmente atitudes escolióticas determinantes de deformações laterais da coluna vertebral.

Na escoliose verdadeira, as vértebras têm uma forma patológica ou cuneiforme; e na atitude escoliótica, as vértebras têm uma forma normal e as curvaturas escolióticas se corrigem pela flexão que se realiza por um estiramento da coluna vertebral. Devido a necessidades de exames específicos para determinação de ambas, não foi possível determinar o tipo dos casos de "escoliose" encontrados no grupo selecionado. Constatou-se através do teste apenas os desvios.

Sabe-se que as atitudes escolióticas estão relacionadas aos hábitos posturais defeituosos. Os desvios laterais de origem postural evoluem raramente para uma escoliose verdadeira; permanecem geralmente flexíveis, corrigíveis e sem grande rotação. Existem escolioses que aparecem no período de crescimento (2ª infância e adolescência) denominadas escolioses juvenis (escolioses dorsolombares). Muito mais frequente nas meninas(70%) e 90% do lado direito.

"(...) A maioria das escolioses verdadeiras são detectadas muito tarde. O verdadeiro tratamento ginástico para a escoliose é um tratamento preventivo, e não seria demais insistir sobre a importância das revisões sistemáticas escolares, a partir dos seis anos."

O mesmo nem sempre acontece com as atitudes escolióticas flexíveis e sem rotação. Algumas não podem se beneficiar de uma ginástica precoce; estas são as atitudes escolióticas flexíveis que apresentam certas crianças na idade pré-púbere. Estas crianças procuram sem cessar seu equilíbrio, são incapazes de executar corretamente o mais simples movimento, não podem manter uma mesma posição durante alguns segundos. Geralmente são crianças que acabam

bam de passar por uma enfermidade eruptiva...)"

(LAPIERRE, A. A Reeducação Física. Vol. 2. Manole Ltda, 1980
pag. 143.)

Raramente a escoliose é uma deformação isolada. O desequilíbrio da coluna vertebral é polimorfo (LAPIERRE, 1980). A escoliose dorsal está frequentemente associada a uma cifose e a escoliose lombar a uma lordose. A tabela demonstra grande número de associações- cifoescoliose (17,6%), lordoescoliose (23,5%).

Conforme Lhermitte e Corbin as cifoescolioses dificultam a irrigação medular provocando uma isquemia que conseqüentemente pode levar a uma paraplegia (A. Thomas Roque).

As cifoses encontradas, 14,7%, em cinco crianças. A cifose é um exagero da curvatura dorsal fisiológica. Geralmente é compensada por uma hiperlordose lombar e cervical (LAPIERRE). A cifose pode ser flexível ou fixada. A cifose flexível é corrigida imediatamente por um simples esforço voluntários. Não há deformação óssea. As causas mais comuns incluem a deficiência de ordem fisiológica; ex: na criança, a astenia geral, habitual ou ocasional (doenças da infância, sarampo, etc.), maus hábitos posturais, atitudes escolares (mesa muito baixa, escrita) atitudes profissionais (ajustador, ferreiro).

Na criança com cifose rígida aparecem deformações ósseas que parecem estar relacionadas a um tipo genético particular ou a uma verdadeira distrofia óssea, análoga a escoliose verdadeira, segundo a opinião de LAPIERRE.

As crianças portadoras de lordose apareceram em dois casos. A lordose é uma acentuação da curvatura lombar fisiológica. Geralmente é corrigível na posição sentada. Entretanto pode se fixar progressivamente no adulto, excepcionalmente na criança. O arco lombar favorece o aparecimento de algias lombares e lombo-sacras (lombalgias, lombagos ciáticos, sacro-lombalgias, lombo-ciáticas) modificando consideravelmente a estática e a dinâmica desta região.

Os problemas posturais mais acentuados foram submetidos à apreciação do médico do Posto de Saúde, e este avaliou a necessidade ou não de encaminhamentos mais específicos.

Nas crianças com problemas posturais acentuados enfatizou-se aos familiares e professoras a correção dos vícios posturais

Considerações:

Considerando a arquitetura das carteiras nas salas de aula, era de se esperar uma grande porcentagem de crianças com problemas posturais.

OBJETIVO Nº 4:

Propor e executar um plano de assistência de enfermagem às crianças portadoras de verminose no grupo selecionado.

Em virtude do tempo restrito para planejamento e execução do Projeto, optou-se pelo encaminhamento de requisições de exames parasitológicos, durante a fase de planejamento, possibilitando já um contato antecipado da escola com o Posto de Saúde. Na execução do Projeto desenvolveram-se aulas expositiva-dialogada com as crianças do grupo selecionado em busca da conscientização para o problema da verminose.

Das 35 crianças solicitadas para a realização dos exames, apenas 17 trouxeram o resultado (48,5%). Em conteúdo implícito no Projeto as demais que crianças que não retornassem com o resultado seria trabalhadas no aspecto de educação para a saúde.

Na Tabela 3 encontram-se os resultados dos exames parasitológicos.

Tabela 3: Resultado dos exames parasitológicos de 17 crianças de ambos os sexos, pertencentes à 2ª e 3ª série primária.

Tipo de parasita dados obtidos	Nº	%
Não apresentaram	6	35,2
<i>Ascaris lumbricoides</i>	3	17,6
<i>Giardia lamblia</i>	3	17,6
<i>Ascaris lumbricoides</i> + <i>Trichiurus trichiura</i>	2	11,7
<i>Ascaris lumbricoides</i> + <i>Oxiurus</i>	1	5,8
<i>Giardia lamblia</i> + <i>Strongyloides stercoralis</i>	1	5,8
<i>Trichiurus Trichiura</i>	1	5,8
TOTAL	17	100

Análise da Tabela: Analisando a tabela, verifica-se a maior incidência de parasitas como a *Ascaris lumbricoides* e a *Giardia lamblia*. Durante as visitas domiciliares observou-se que o ambiente onde as crianças vivem propiciam tais resultados.

O *Ascaris lumbricoides* é um nematódeo encontrado nas regiões intertropicais e em lugares de precárias condições sanitárias. Também é muito encontrado em zonas rurais e vilas sem esgotos. Fatores esse encontrados nas casas visitadas.

" (...) A *Giardia lamblia* dos flagelados parasitos do aparelho digestivo é um dos mais frequentes e de ação patogênica mais intensa. A infecção é mais frequente na infância entre os pré-escolares e os escolares. Localiza-se nas partes altas do intestino delgado, em particular no duodeno e na porção inicial do íleo (...)"
(MORAES, Parasitologia & Micologia Humana. 2a ed. Cultura Médica)

O *Trichiurus trichiura* é um parasito do intestino grosso, cuja incidência é relativamente alta, principalmente nas populações rurais e suburbana, em geral não beneficiada pelos recursos de higiene e saneamento (Moraes)

As associações parasitárias aumentam ainda mais a capacidade espoliadora no organismo da criança. Propiciando maior suscetibilidades às doenças e conseqüentemente diminuindo o rendimento escolar.

" (...) As doenças parasitárias, principalmente oxiúriase e giardíase, também se disseminam facilmente em uma escola, mesmo a despeito de bons cuidados higiênicos (...)"

(MIRACONDES, E. Ecopediatria Ed. Savvier. 1980)

Devido as condições sócio-econômicas de algumas crianças, em dados coletados no decorrer das visitas domiciliares, detectou-se que algumas não possuem dependências sanitárias. Das 28 famílias visitadas, seis delas não possuem banheiro (21,4%), propiciando um ambiente adequado para a infestação de parasitas. Aliado a isso, existe uma indiferença em relação a importância da utilização de hábitos higiênicos.

Os dados tornar-se-iam mais significativos se houvesse a relação parasitas x ausência de dependência sanitária, entretanto das oito que não possuem banheiro, somente duas crianças retornaram com o resultado do exame solicitado.

Sabe-se que a umidade, a indiferença quanto a cuidados higiênicos, a não utilização de cuidados higiênicos tais como andar calçado, cortar e limpar unhas, propiciam a possibilidade da reinfestação parasitária. Fatores esses constatados através das visitas domiciliares e no próprio ambiente escolar.

O Projeto consistia na elaboração de um plano assistencial de enfermagem às famílias das crianças portadoras de verminose (ANEXO 1). Este plano foi executado nas visitas domiciliares em 100% das crianças que apresentavam verminose.

Os demais alunos que não trouxeram os resultados foram orientados quanto a importância da realização dos exames de saúde periódicos, bem como a relação existente entre rendimento escolar x saúde.

Identificou-se durante as visitas domiciliares que muitas mães administravam vermífugos (segundo relato das mesmas) sem acompanhamento médico. Relataram algumas a morte de filhos por "ataque de bicha" ocorridos em média há 15 anos atrás.

Considerações:

Considerando que muitos pais trabalham fora de casa houve um retorno diminuto dos exames parasitológicos solicitados.

Considerando o início da greve dos servidores do Inamps muitas crianças deixaram de realizar os exames solicitados.

Considerando a pouca valorização do acompanhamento de saúde obteve-se pouco retorno dos exames encaminhados.

OBJETIVO 5

Propor e executar um plano de assistência de enfermagem às crianças com déficit nutricional.

O déficit nutricional foi levantado através de peso e altura das crianças considerando o sexo e a idade.

Para o cálculo do déficit nutricional utilizou-se a tabela de Marques em substituição a de Marcondes, pela possibilidade de levar-se em conta peso/idade/altura/sexo (Tabela de Marques) - ANEXO 2. Segundo Marques a tabela por eles planejada pode ser considerado para todo país devido a inexistência de estudos antropométricos regionais.

Para a classificação do déficit nutricional foi considerado o critério de Gomez

- Desnutrido grau 1 : 10 a 24%
- Desnutrido grau 2 : 25 a 49%
- Desnutrido grau 3 : menor que 50%

Tabela 4: Resultado do levantamento realizado para avaliação nutricional com 35 crianças de ambos os sexos da 2ª e 3ª série primária.

Classificação ^{dados}	Nº	%
Eutróficos	26	74,2
Desnutrido 1º grau	9	25,7
Desnutrido 2º grau	0	0
Desnutrido 3º grau	0	0
TOTAL	35	≅ 100

Análise da Tabela: Segundo a utilização da tabela de Marques houve maior número de crianças eutróficas, encontrando-se apenas 25,7% de crianças desnutridas em grau 1. Contudo, tais resultados (desnutridos de 1º grau) nos mostra que algum fator no comportamento alimentar destas crianças está defasado. Este comportamento inclui seleção, aquisição, conservação, preparo e consumo dos alimentos. O comportamento alimentar tem

normalmente suas bases fixadas na infância, transmitidas pela família, sustentadas pela tradição, crenças e valores, tabus que passam através das gerações. Uma boa nutrição está relacionado com o progresso educacional; quanto mais pobre a nutrição, mais difícil para a criança beneficiar-se da educação e da vida escolar.

"(...) A educação alimentar é a pedra fundamental na construção da saúde. Ela pode ser empreendida nos consultórios médicos, nas escolas, nos lares, nos cinemas e muitos outros lugares (...) Devem levar em consideração os hábitos e costumes alimentares, as condições econômicas, as fontes de alimentos disponíveis. Devem analisar não somente a quantidade e a qualidade da dieta, mas também os métodos de preparação dos alimentos, de modo a que sejam preservados os nutrientes essenciais presentes nos alimentos naturais (...)

(LEAVEL, Hugh . Medicina Preventiva. Mc Granh-Hill São Paulo)

Teve-se a oportunidade de transmitir-se às crianças informações relacionadas a nutrição através de aulas-expositivo dialogadas. Com isso, oportunizou-se a orientação sobre a importância do consumo na quantidade e qualidade suficiente de alimento numa refeição e sua relação com a saúde física e mental.

As orientações estenderam-se às famílias em visitas domiciliares através de etapas do Processo de enfermagem (ANEXO 3).

Considerações

Considerando que o trabalho em saúde pública é lento e progressivo, não obtêm-se resultados imediatos diante das orientações fornecidas, pois os mesmos tornam-se visíveis a longo prazo.

Considerando a existência de hábitos alimentares inadequados (educação) há dificuldade na assimilação dos reais valores nutricionais existente nos alimentos e na utilização de recursos disponíveis.

Considerando a dificuldade (deficiente) condições econômicas e sociais dessas pessoas, verifica-se a problemática na compra da alimentação necessária para a sobrevivência e a boa nutrição.

OBJETIVO 6:

Integrar as ações de saúde entre a escola e a comunidades e o Posto de Saúde.

Posto de Saúde - Escola - Comunidade são aspectos que se interpenetram num mesmo ambiente. No caso do Posto e a da Escola onde realizou-se o Projeto, havia pouco interesse por parte da escola em usar o Posto; como este apresentar serviços à escola. Contudo, no decorrer do Projeto demonstrou-se a viabilidade e a necessidade da integração destas duas instituições. Através do constante intercâmbio entre as estagiárias e as funcionárias do posto e da escola conseguiu-se demonstrar a assertiva acima.

"(...) Já que em comunidades de baixa condição sócio-econômica é comum o aparecimento de problemas escolares como o absenteísmo e repetência, é necessário que haja uma solução coletiva envolvendo professores, pais, equipes de saúde e outras pessoas da comunidade..."

(LEÃO, Ennio, COORREA, Edison José, VIANNA, Marcos Bonato. Pediatría Ambulatorial Belo Horizonte; Imprensa Universitária. 1983. Pag 88)

Considerou-se o objetivo parcialmente alcançado.

CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

O Projeto realizado na área de Saúde Escolar nos proporcionou uma visão diferenciada da que tínhamos antes de ingressarmos nele. Anteriormente a possibilidade de realizar-se um projeto de saúde que se adaptasse à realidade de uma escola regular, com horários e programas já definidos, "alunos problemáticos" (como rotulação feita pelas próprias professoras das crianças selecionadas) além da dificuldade nas estratégias de abordagem em saúde pública, nos oferecia uma visão indefinida de como seria a realização do mesmo.

Contudo, ao vislumbrarmos a abertura dada pela diretora e alguns professores da escola onde realizou-se o projeto, conseguimos estabelecer bases para o desenvolvimento dos objetivos propostos. As atividades realizadas com as crianças, o contato diário com as traquinagens e problemas que apresentavam, nos proporcionou maior acréscimo em torno do relacionamento pessoa-pessoa. Não éramos os "professores-cobreadores", tentamos nos fazer próximos através de aulas ministradas num esforço para despertar aquelas crianças carentes de recursos, afeto e proteção para a realidade em que vivem; cujos problemas podem ser minorados se houver empenho e orientação tanto deles como das pessoas envolvidas dos setores de saúde e educação.

Grande parte da população com a qual trabalhamos, além de problemas de saúde, possuem o agravos das discrepâncias sociais. Disso não se afastam as atendentes

que compartilharam conosco esses meses de estágio.

A Escola, o Posto de Saúde e a Comunidade pareciam desconhecer-se vivendo sob um mesmo horizonte. Dificuldades de relacionamento entre as funcionárias da Escola e do Posto de Saúde impossibilitavam maiores envolvimento na reciprocidade de atendimento aos alunos. Dificuldade esta não apenas encontrada a nível de Postos de Saúde e Escolas mas dentro da própria estruturação do sistema de saúde e educação estabelecida pelos serviços responsáveis, que coordenam vários profissionais (médicos, dentistas, atendedores, professores, serventes e diretores) em uma incoordenação desgastante e frustrante para a população.

A saúde deve ser abordada sobre um prisma profundo tanto na sua relação com os profissionais da área, bem como com os profissionais colaboradores na extensão dos conhecimentos.

Saúde Pública e trabalhos comunitário sugerem uma paciência secular. Sabe-se que as orientações dadas, as tentativas de solucionar problemas apresentarão resultados a longo prazo. Infelizmente não mediremos a receptividade, aceitação e prática das orientações por nós ministradas. O tempo disponível para a realização do projetos tornou-se muito mais que reduzido para vislumbrarmos alguma melhora ou não na situação das crianças por nós assistidas. Avaliamos, encaminhamos, constatamos problemas que podem ser a explicação para a grande maioria de crianças com baixo rendimento escolar (relação comprovada através da bibliografia existente em trabalhos com tempo e recursos necessários para a elaboração da relação: Saúde x aprendizagem. Sabemos que frutos escassos poderão aparecer, contudo, das sementes lançadas talvez nada neste, a não ser o movimento silente do vento junto ao tempo a varrer intenções expostas em ações.

Permanece conosco a certeza da viabilidade entre a integração da saúde e educação. Há que se trabalhar junto a cada pessoa as diretrizes para elaboração de um plano realmente coordenado e eficaz, onde ações sejam postas em execução gerando um interesse mais profundo, além do leviano "interesse econômico" que gera frutos imaturos ou apodrecidos na ganância.

Como atributo do ser humano; pessoas precisam de pessoas. Enquanto os adultos problemáticos discutem em linguagens diferentes sobre o futuro da infância, e juventude as crianças crescem e amadurecem; muitas sem perspectiva de vida oscilam como um pêndulo no sistema explorador, rotulador, preconceituoso e elitista da sociedade moderna.

As perspectivas de trabalho, ou seja, o papel importante da enfermeira e dos profissionais de enfermagem na área da saúde escolar são enormes. Existirão e existirão crianças na idade escolar tornando-se adolescentes. Estes jovens são os bebês que na idade pré-escolar a enfermagem pediátrica tanto se preocupou e preocupa avaliando peso/estatura, condições de parto, e que ao crescerem parecem estar imunes às doenças ou a qualquer influência ambiental. Não deve ser relegado a segundo plano o cuidado com os lactentes e pré-escolares como fator preventivo; entretanto através dessa preocupação anterior e do desinteresse posterior traduz-se a visão limitada que ainda temos da criança. Torna-se fácil e prazeroso contactar com bebês recém-saídos das fraldas, pois nos levam às ingenuidades de outro mundo, dos sabores da infância distante. Ao passo que crianças maiores, questionam, exibem as influências do meio através da agressividade, das rebeldias constantes, dos palavrões descabidos ou do mutismo absoluto e desconcertante. E por essa limitação na percepção de mais esse campo de atuação, que reduzidas pesquisas existem para nos trazer maiores informações sobre essas crianças que buscam um interesse maior de existência.

Concluimos que grande parte dos professores escolares não conhecem a realidade dos alunos com quais trabalham. Crianças que trabalham para ajudar a família, problemas de alcoolismo, drogas, desajustamentos familiares, casas insalubres, renda financeira aquém do nível desejável para sobrevivência encontram repercussão e amplitude nas crianças com as quais tivemos oportunidade de trabalhar. Os dados levantados através da incidência de parasitoses, desvios posturais ou déficit nutricionais são apenas alguns dos aspectos do problema maior: o problema social, com o qual a enfermagem tem um compromisso intrínseco a partir do momento que se propõe a trabalhar com Criaturas Humanas.

RECOMENDAÇÕES

- Recomendamos aos professores do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que propiciem mais estágios curriculares no decorrer do curso na área de Saúde Pública, pois os poucos que temos são insatisfatórios.
- Recomendamos aos alunos do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e outras universidades cujos currículos sejam similares, que reivindiquem mais campos de estágio em Saúde Pública, ampliando a visão na atenção primária.
- Recomendamos aos enfermeiros que voltem-se um pouco mais para a área de Saúde Escolar com enfoque na pesquisa e assistência direta à criança e família.
- Recomendamos aos órgãos competentes na estruturação dos Sistemas de Saúde consigam integrar os aspectos: saúde e educação, pois os mesmos não devem ser negligenciados quando se pensa em comunidade.
- Recomendamos as enfermeiras da Prefeitura Municipal de Santa Catarina que estabeleçam maior vínculo com os funcionários que trabalham nos Postos de Saúde, valorizando-os como profissionais cujos potenciais podem ser utilizados nas atividades de agente de saúde ativos e participantes.
- Recomendamos que nas escolas primárias e secundárias, a disciplina "ciências", aborde de forma mais apropriada os conteúdos relacionados à saúde e as pessoas responsáveis pelo desenvolvimento deste conteúdo saibam adequá-los a realidade e que sejam conscientizadas de sua importância.
- Recomendamos aos responsáveis pela estruturação da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, e a todos os envolvidos que se pense mais detidamente no papel do Supervisor de estágio, conscientizando o mesmo a vincular-se com as atividades de estágios numa integração participativa.

BIBLIOGRAFIA

- GOULART, Enio Garcia, LEITE, Ignácio da Costa, MORAES, R. Parasitologia e Micologia Humana. 2ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1978.
- LAPIERRE, A. A Reeducação Física: programa de diploma do Estado de Massagista - Cinesiterapeuta. 6 ed. São Paulo. Manole, 1982
- LEÃO, Enio, CORREA, Edison José, VIANNA, Marcos Borato. Pediatria AMBULATORIAL. Belo Horizonte; Imprensa Universitária. 1983.
- ✓ MARCONDES, Eduardo. Crescimento normal e deficiente. 2ª ed. São Paulo, Saraiva, 1978.
- MARCONDES, Eduardo Ecopediatria: a força do ambiente sobre a saúde da criança. São Paulo, SARVIER, 1981
- ✓ MARQUES, Rubens Murilo, Marcondes, Eduardo, BERQUÓ, Elza, PRANDI, Reginaldo, YUNES, João. Crescimento e desenvolvimento pubertário em crianças e adolescentes brasileiros II Altura e Peso. 1ª ed. Brasileira de Ciências. São Paulo, 1982.

#INEXOS

ANEXO 1

Plano Assistencial de Enfermagem às crianças portadoras de Verminose

A abordagem deste plano completa-se através do existente às crianças portadoras de déficit nutricional.

NOME DA CRIANÇA:

IDADE:

SÉRIE:

PAI:

PROFISSÃO

MÃE:

PROFISSÃO:

Orientações: Explicar quanto a finalidade da visita

Orientar quanto a epidemiologia, manifestação dos sintomas de infestação parasitária (de acordo com o parasita encontrado em cada criança).

Informar sobre a relação existente entre verminose x rendimento escolar (desinteresse, sonolência, irritabilidade, cansaço, anemia).

Reforçar a importância de hábitos higiênicos.

Orientar quanto à execução de medidas preventivas.

Reforçar a importância da realização de exames de saúde periódicos.

Observações: Tal plano assistencial é acrescentado pelo histórico de enfermagem existente no ANEXO 3, sendo elaborado e aplicado segundo a realidade da família a ser visitada.

TABELA 46 - ALTURA (CM) POR IDADE - SEXO FEMININO (CONT)

Table showing height percentiles for females by age and month. Columns include IDADE, ANOS MESES, and Percentil (2.5, 5.0, 10.0, 15.0, 20.0, 25.0, 35.0, 50.0, 65.0, 75.0, 80.0, 85.0, 90.0, 95.0, 97.5). Rows range from 4 years 0 months to 7 years 5 months.

104

TABELA 46 - ALTURA (CM) POR IDADE - SEXO FEMININO (CONT)

Table showing height percentiles for females by age and month. Columns include IDADE, ANOS MESES, and Percentil (2.5, 5.0, 10.0, 15.0, 20.0, 25.0, 35.0, 50.0, 65.0, 75.0, 80.0, 85.0, 90.0, 95.0, 97.5). Rows range from 8 years 6 months to 12 years 11 months.

105

TABELA 47 - PESO (KG) POR IDADE - SEXO MASCULINO (CONT)

Table with columns: IDADE (ANOS MESES), PERCENTIL (2.5, 5.0, 10.0, 15.0, 20.0, 25.0, 35.0, 50.0, 65.0, 75.0, 80.0, 85.0, 90.0, 95.0, 97.5). Rows represent ages from 8 to 12 years.

110

TABELA 47 - PESO (KG) POR IDADE - SEXO MASCULINO (CONT)

Table with columns: IDADE (ANOS MESES), PERCENTIL (2.5, 5.0, 10.0, 15.0, 20.0, 25.0, 35.0, 50.0, 65.0, 75.0, 80.0, 85.0, 90.0, 95.0, 97.5). Rows represent ages from 13 to 17 years.

111

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

a) Criança

Nome- idade: Sexo:
Data de nascimento: Naturalidade:
Procedência:
Escolaridade:
Observações suplementares:

b) Situação familiar

Nome do Pai: idade Profissão
Escolaridade:
Nome da Mãe: idade: Profissão:
Escolaridade
Número de filhos vivos ou mortos:
Observações suplementares:

c) Descrição das condições de saúde e habitação

Condições sanitárias: lixo - esgoto - água encanada - luz . Fonte da água
poço, cachoeira - ponteira (adaptado para a Lagoa da Conceição) - Tipo de habitação
Quantidade de pessoas residentes na casa - Presença e quantidade de animais -

Condições alimentares: Tipo de alimentação - presença de horta caseira - de
que maneira preparam os alimentos - hábitos alimentares da criança e da família (condi-
ções de aquisição alimentar)

PLANO ASSISTENCIAL : De acordo com o problema da criança e a situação real da família.

- Orientar sobre a importância da amamentação.
- Orientar quanto a utilização correta dos alimentos.
- Informar sobre os tipos de alimentos e as suas propriedades.
- Reforçar sobre a vantagem da horta caseira
- Orientar e reforçar sobre a utilização de recursos alimentares disponíveis pela família.
- Orientar quanto ao destino adequado do lixo.

ANEXO SUPLEMENTAR

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA

1. Histórico de Enfermagem

a) Criança

Nome- L. J. D. F. (14 anos)

Sexo: Masculino

Data de nascimento: 24/3/1971

Naturalidade- Catarinense

Procedência: Lagoa da Conceição (Canto da Lagoa Nacionalidade: brasileira

Escolaridade: Cursa a 3ª série primária da Escola Básica Henrique Veral/Lagoa da Conceição.

Observação: esta é a primeira vez que cursa a 3ª, anteriormente passou dois anos na 2ª série. Os alunos de sua sala são em sua maioria crianças com baixo rendimento escolar, tidos pelas professoras como crianças problemas", "difíceis".

b) Situação Familiar

Nome do Pai: L.J.D., 45 anos

Profissão: chacreiro

Nome da Mãe: L.M.D., 46 anos

Profissão: do lar

Escolaridade do pai: analfabeto

Escolaridade da mãe: primária.

Número de filhos: 6 filhos vivos (5 menores de idade)

1 filha morta devido a "ataque de bicha".

c) Descrição das condições de saúde e habitação

A família de L.J.D.F., não costuma realizar exames periódicos de saúde. As condições ambientais são insalubres (muita umidade, pouca luminosidade). Não possuem camas suficientes para as crianças. O lixo é colocado para serem levados pelo sistema de limpeza pública, entretanto, os arredores da casa estão repletos de ferro velho e de esterco paradas vacas e cabras que criam (as vacas em estábulo um pouco abaixo da casa)

as cabras ficam perto da cozinha amarradas, há muitas galinhas que entram casa adentro, bem como 3 gatos e um cachorro. O espaço do quintal é ocupado para a colocação do estercó a ser vendido. Há a presença de luz elétrica, mas as lâmpadas são muito fracas. Não possuem geladeira. Têm televisão.

d) Percepções e Expectativas

Segundo a mãe, L.J.D.F. permaneceu hospitalizado quando pequenino devido a problemas respiratórios. Fica resfriado frequentemente.

L.J.D.F., é uma criança pesando 30 Kg, medindo 1.39 de altura, de acordo com a avaliação postural apresenta escoliose + pouca cifose. Nos exames parasitológicos apresentou *Giardia lamblia* (+++) - cistos. Além das gripes/resfriados frequentes, ele tem suspeita de Febre Reumática, segundo a opinião do médico. No início do Projeto, ele foi submetido a apreciação médica para permissão na prática esportiva (educação física através da ausculta cardíaca foi detectado pelo médico a presença de sopro cardíaco. L.J.D.F. foi orientado e encaminhado para a realização de exames complementares que evidenciassem mais detidamente o diagnóstico, chegando a realizar alguns dos exames solicitados. Contudo ao ser solicitado uma ecocardiografia não foi possível a realização da mesma. O médico prescreveu uma série de antibióticos (penicilina) a serem administradas de 20 em 20 dias, posteriormente espaçando mais o tempo de administração até que completasse 20 anos para a prevenção da Febre Reumática. L.J.D.F; tomou apenas a primeira dose, recusando a tomar as seguintes. Em visita domiciliar foi orientada sobre os exames solicitados, bem como sobre a administração de medicamentos prescritos pelo médico.

A criança em questão já em fases de adolescência parecia desinteressar-se pela própria saúde. Tanto ele, como seus irmãos reclamavam do tipo de vida que levavam. Trabalhavam para o pai, e este não os remunerava, quando bêbado sujava as crianças e tornava-se violento (segundo a mãe e as crianças), reclamando das despesas: "ele reclama de ter que botar comida em casa..."

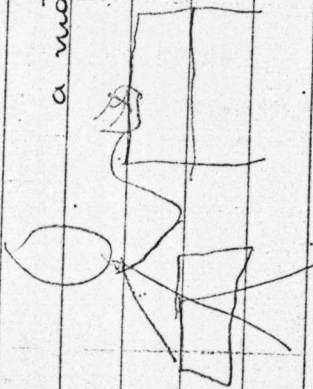
Aplicamos uma atividade em sala de aula com as crianças, que consistia na elaboração de desenhos da família, e de como estas se encaravam, não só para avaliar a

visão da criança sobre a família, mas também para avaliar o grau de percepção da mãe.

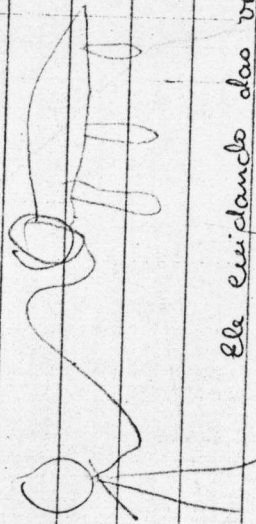
Este foi o desenho elaborado por L.J.D.F. Parece que há deficiência quanto a escrita e desenvolvimento da percepção na elaboração das figuras. Por tudo que ele nos dizia a mãe ocupa a figura central de suas emoções: "eu gosto da mãe... do pai ... do pai um pouco..."



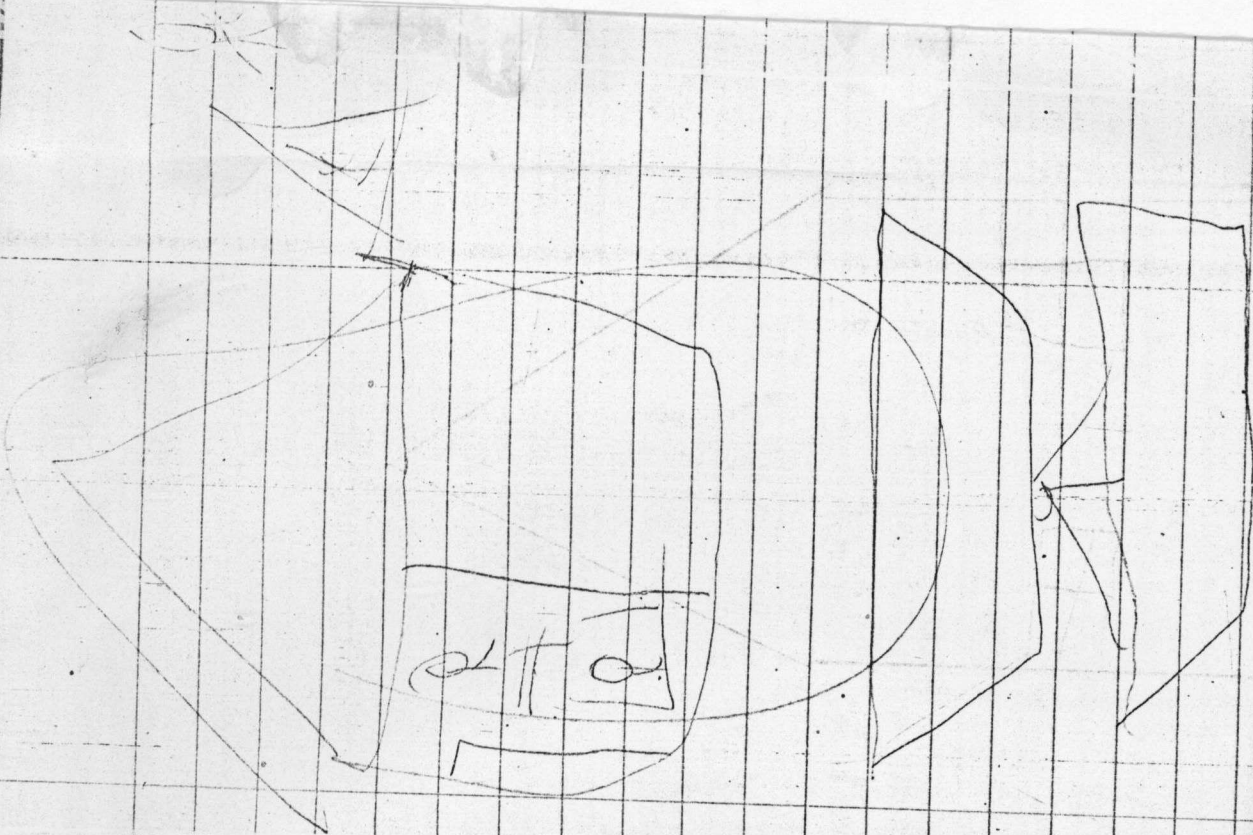
Ele e a enxada



a mãe espanando

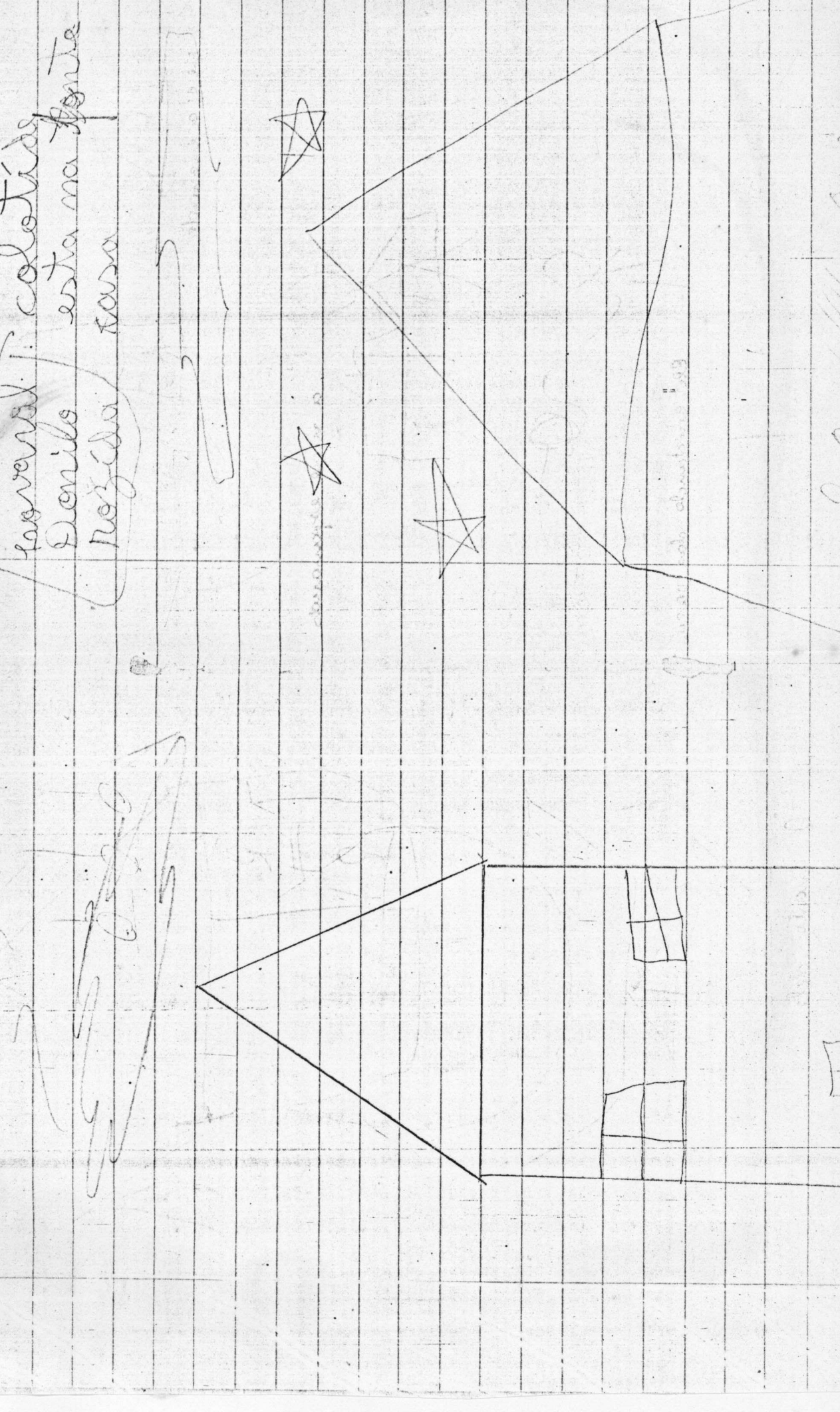


Ele cuidando das vacas



O... quanto dele:

Arrendatário: colônias
Dionísio esta na frente
Rezeda casa



Observação: a família de L.J.D.F. possuem terras disponíveis para a confecção de hortas ou o melhor aproveitamento do espaço e isso não acontece. Das frases ditas por ele e seus irmãos revela-se a angústia e a tristeza pela situação em que vivem: "eu preferia morrer do que continuar assim" .. "preferia ter morrido quando estava no hospital."