

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

**“AÇÃO EDUCATIVA DE ENFERMAGEM, JUNTO À FAMÍLIAS DE CRIANÇAS
DESNUTRIDAS, INSERIDAS NUMA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE PSF EM
FLORIANÓPOLIS”.**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0161

Autor: Esmeraldino, Aless

Título: Ação educativa de enfermagem, ju



972518402 Ac. 240965

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

ALESSANDRA DE QUADRA ESMERALDINO

Florianópolis, março de 1999.

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0161

Ex.1

ALESSANDRA DE QUADRA ESMERALDINO

**“AÇÃO EDUCATIVA DE ENFERMAGEM, JUNTO À FAMÍLIAS DE CRIANÇAS
DESNUTRIDAS, INSERIDAS NUMA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE PSF EM
FLORIANÓPOLIS”.**

**Projeto Assistencial de conclusão da VIII
Unidade Curricular do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa
Catarina**

Orientadora: Ivonete T. S. Buss Heldemann

Supervisora: Tereza Gaio

Maria Catarina da Rosa

Florianópolis, março de 1999.

*Eu nada entendo da questão social.
Eu faço parte dela, simplesmente...
Eu sei apenas do meu próprio mal,
Que não é bem o mal de toda essa gente,*

*Nem é deste Planeta ... Por sinal.
Que o mundo se lhe mostra indiferente!
E o meu Anjo da Guarda, ele somente,
É quem lê os meus versos afinal...*

*E enquanto o mundo em torno se esbarronda,
Vivo regendo estranhas contradições.
No meu vago País de Trebizonda...*

*Entre os Loucos, os Mortos e as Crianças,
É lá que eu canto, numa eterna ronda,
Nossos comuns desejos e esperanças!*

(Mario Quintana, 1994)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais: pelo apoio, carinho e incentivo e por sempre acreditarem em mim.

Amo Vocês!

Ao meu irmão Guilherme: pela tranquilidade que me passou, mesmo em momentos de difíceis decisões.

Ao Fábio: por todas as conversas, por todo incentivo, por todo amor... Tornando cada momento mais especial e colaborando para o meu despertar nesta fase de minha vida.

À minha orientadora e especialmente amiga Ivonete: com quem pude desabafar minhas dificuldades, por Ter me despertado para a consciência crítica, pela compreensão e pela cumplicidade.

À profa, Rosita Saupe: por quem tenho um carinho muito especial, por tudo que me ensinou durante esses três anos que trabalhamos juntas.

Às minhas supervisoras Catarina e Tereza: pelo incentivo e amizade durante este processo.

À profa. Edilza: por todas as contribuições para este trabalhos.

À toda equipe do PSF do Monte Cristo: em especial às agentes comunitárias Diva e Magali, por terem me acolhido e me ensinado o dia-a-dia de um Centro de Saúde em uma comunidade carente.

Às famílias e comunidade do Monte Cristo: pela participação conjunta, permitindo a realização deste trabalho.

À todos os meus colegas de classe: pela convivência durante esses quatro anos.

Às minhas amigas Stella, Edelaine, Aline, Juliana, Simone e em especial à Tiane: por todo o companheirismo, por todas as “festas”(que eu espero que continuem). Que a saudade desperte em nós a vontade de estarmos juntas sempre que nossas vidas permitirem.

À Cassiana, minha grande amiga: por todos os momentos de muitas alegrias, por dividir comigo o estresse do dia-a-dia, por me entender mesmo no meu mau humor, por toda a amizade que construímos juntas.

À todos os professores: por me ensinarem a enfermagem, em especial à profa. Tânia, com quem pude aprender muito sobre a relação com o ser humano.

À minha digitadora Andrea: pela paciência e pela atenção para a conclusão deste trabalho.

A todos que colaboraram de alguma forma para a conclusão deste trabalho, muito obrigado!

RESUMO

O presente trabalho relata a prática assistencial desenvolvida no Centro de Saúde do Monte Cristo, em cumprimento a VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina. Apresenta como objetivo desenvolver um trabalho educativo de enfermagem, fundamentado no referencial teórico de Paulo Freire, junto à famílias de crianças desnutridas, numa área de abrangência de PSF (Programa Saúde as Família) em Florianópolis. Para o desenvolvimento de uma prática educativa através de um processo libertador, crítico, participativo e de conscientização, viver o cotidiano dos indivíduos caracterizou-se como um ponto de partida para as ações educativas. Desta forma, buscou-se junto às famílias, o desvelamento da realidade por elas vivenciada na comunidade, decodificando-se os limites da situação existencial, o que possibilitou a criação de alternativas viáveis para os problemas detectados naquele momento. Assim, através deste relato, procurei contribuir com algumas perspectivas para a enfermagem, pois acredito que o processo de aprendizagem com base nas experiências da população, caracteriza o melhor caminho para o alcance de uma visão transformadora da realidade.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	8
2	OBJETIVOS PROPOSTOS	11
3	REVISÃO DE LITERATURA	12
	3.1 A Desnutrição e a Dimensão Social	12
	3.2 Aspectos Biológicos da Desnutrição	15
	3.3 Programa Saúde da Família: uma estratégia de organização da atenção primária de saúde	17
	3.4 Uma Reflexão sobre Família	20
	3.5 Contextualizando Educação e Saúde	22
4	EDUCAÇÃO PROBLEMATIZADORA	24
	4.1 Conhecendo o educador Paulo Freire..	24
	4.2 O Referencial Teórico.....	25
	4.3 Os Conceitos	26
	4.4. Interrelação entre os conceitos	28
	4.5. O Itinerário	29
5	METODOLOGIA	31
	5.1 Aspectos Gerais do Campo de Estágio	31
	5.2 População Alvo	32
6	DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA PRÁTICA VIVENCIADA	35
7	AVALIAÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO	56
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
9	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS	60
10	APÊNDICE	63
11	ANEXOS	65

1 APRESENTAÇÃO

O problema da fome/desnutrição no Brasil não data de hoje. Já na década de 30, estudos realizados alertavam que a situação de alimentação e moradia era das mais dramáticas, já evidenciando as desigualdades sociais.

O modelo econômico vigente no país, concentrador de renda, tem marginalizado e excluído grande parte da população ao acesso dos bens e serviços. Segundo dados estatísticos, atualmente de cada três brasileiros, um não tem renda suficiente para atender suas necessidades básicas e em média 45% da população brasileira tem carências alimentares que comprometem o futuro das gerações¹.

A desnutrição é produto desta realidade e trabalhar saúde e educação neste contexto constituiu um desafio.

Atualmente, os serviços de saúde desenvolvem alguns programas de combate a desnutrição, porém a predominância de um modelo assistencial clínico, faz com que os resultados apresentem-se apenas sob a forma paliativa, não transformando a realidade da situação. A moradia, o desemprego, a educação e a saúde caminham juntos com esta problemática e desmerecer esta dimensão social pode diminuir as possibilidades de se efetivar ações concretamente.

A motivação em desenvolver um trabalho no Centro de Saúde I do Monte Cristo (C. S. I) iniciou a partir de experiências durante a 5ª fase do Curso de Enfermagem. As visitas realizadas a esta comunidade despertaram sentimentos de revolta e impotência frente aquela situação de total miséria.

¹ Resultado de análises bibliográficas para a elaboração deste trabalho.

Ao despertar para esta realidade foram realizadas outras visitas, agora não mais pelo curso de enfermagem, mas através do meu² próprio interesse em integrar e conhecer aquele contexto que chocou tanto inicialmente, por estar tão perto geograficamente e tão longe das ações de saúde. A partir destas experiências, a escolha por esta comunidade aconteceu naturalmente.

O próximo passo foi a definição do tema a ser trabalhado na prática assistencial. A preocupação inicial era que ele surgisse a partir das necessidades da própria comunidade e que fosse de interesse da equipe de saúde. Pensamos em trabalhar com a educação e saúde, mas não tínhamos clareza dos caminhos que deveriam ser percorridos.

Desta forma, em setembro de 1998, participei da primeira Capacitação do Programa Saúde da Família (PSF), promovido pelo Polo Estadual de Capacitação para Saúde da Família, em Florianópolis. Em conjunto com lideranças da comunidade e equipe de saúde, definimos então que, estrategicamente, a desnutrição seria a melhor opção, a ser trabalhada.

Assim, frente a este processo de busca, consideramos que trabalhar a desnutrição infantil no contexto que se apresentava a região do Monte Cristo, durante o estágio da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem bastante relevante para o crescimento da prática assistencial de enfermagem.

A enfermagem, através de uma prática voltada para educação e saúde tenta romper os paradigmas biológicos por uma reflexão dos reais determinantes que condicionam as situações de saúde e doença da população. Desta forma, o trabalho educativo possibilitou tanto o envolvimento das crianças quanto das pessoas que fazem parte do contexto a qual ela está inserida (família, escola, instituição de saúde, outros), na busca de soluções que pudessem levar a melhoria da qualidade de vida.

Para este trabalho, “qualidade de vida” caracterizou-se por um sentimento global de satisfação de vida, determinado pelo indivíduo mentalmente alerta, cuja vida está sendo avaliada, sendo influenciado por aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais (Meeberg apud Verdi, 1999). Há uma boa qualidade de vida quando as aspirações do indivíduo são satisfeitas e cumpridas na existência atual (Quadros, 1997).

² Em alguns momentos deste relato utilizo a 1ª pessoa do singular para caracterizar a opinião da acadêmica; em outros, utilizo a 1ª pessoa do plural para caracterizar ações desenvolvidas junto aos participantes do processo (orientador, equipe de saúde, famílias, comunidade).

Na busca de um referencial teórico que gerasse mudança de comportamento das famílias das crianças desnutridas e do seu contexto, a opção pelo educador Paulo Freire tornou-se evidente. Sua proposta aberta, dinâmica e participativa veio de encontro as minhas pretensões, subsidiando assim a instrumentalização desta prática assistencial.

Segundo Brito (1996), a educação é percebida pelo autor como um processo de caráter permanente, dinâmico e inacabado de descoberta. Diz que devemos por em prática uma educação pelo trabalho, que estimule a colaboração e não a competição. “Uma educação que valorize a ajuda mútua, que desenvolve o espírito e a criatividade, deixando de lado o individualismo e a passividade”, colocando a importância de desenvolver no processo educativo a reflexão, o pensar certo, e não simplesmente dar informações.

Desta forma, este trabalho possibilitou a participação da acadêmica junto as experiências, crenças e valores das famílias das crianças desnutridas do Monte Cristo, permitindo a realização de um processo educativo amplo, onde buscou-se alternativas para a melhoria da qualidade de vida.

2 OBJETIVOS PROPOSTOS

2.1 Objetivo Geral

Desenvolver um trabalho educativo de enfermagem, fundamentado no referencial teórico de Paulo Freire, junto à famílias de crianças desnutridas, inseridas numa área de PSF em Florianópolis.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Desvelar a realidade do contexto social e familiar das crianças desnutridas.

2.2.2 Identificar em conjunto com a equipe de saúde, crianças de risco que não apresentem evolução no seu quadro nutricional, integradas ao Programa Capital Criança.

2.2.3 Prestar cuidado de enfermagem à criança desnutrida e sua família com ênfase na educação e saúde.

2.2.4 Aprofundar revisão teórica sobre o “Programa Saúde Família.

2.2.5 Investigar o perfil sócio-epidemiológico das crianças desnutridas frequentadoras do Centro de Saúde do Monte Cristo.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, serão abordados alguns aspectos considerados relevantes pela acadêmica para a compreensão e desenvolvimento deste trabalho.

Assim, na tentativa de caracterizar o contexto em que as crianças desnutridas estavam inseridas, foi realizada uma breve revisão sobre a dimensão social, que pôde ser considerada como a “raiz” desta problemática. A seguir, foram ressaltados os aspectos biológicos da desnutrição, com suas principais características clínicas, importantes para o reconhecimento do “estado” em que a criança se encontrava. O Programa Saúde da Família (PSF) foi incorporado a esta revisão para uma melhor compreensão desta estratégia de organização da atenção primária, preconizada pelo Ministério da Saúde e implantada no Centro de Saúde do Monte Cristo. A família foi vista como co-participante de todo o desenvolvimento e prática, por estar diretamente relacionada a criança. E por fim, o pensamento de alguns autores sobre educação e saúde, principalmente foco deste trabalho.

Apesar destes aspectos terem sido mencionados separadamente, tornou-se importante esclarecer que a intenção foi puramente didática, pois a interrelação entre eles era evidente.

3.1 A desnutrição e a dimensão social

O estado nutricional infantil depende basicamente do consumo alimentar e do estado de saúde da criança. Tais fatores, por sua vez, dependem da disponibilidade de

alimentos no domicílio, da salubridade do ambiente e da adequação dos cuidados à criança que estão essencialmente condicionados pelo nível de renda familiar.

No Brasil, a má distribuição de renda faz com que 10% da população ativa concentre 47,6% da renda nacional, enquanto 90% da população só pode apropriar-se de 52,4%, o que faz com que a maioria da população não tenha poder aquisitivo para alimentar-se adequadamente (Monteiro, 1995).

Embora, tal condicionamento pelo nível de renda familiar possa ser modulado, entre outros fatores, pela oferta de serviços públicos de saúde, saneamento e educação e pela presença de programas governamentais “compensatórios”, é necessário verificar a “fatia do orçamento” público destinado ao setor social e a eficiência dos investimentos governamentais no setor.

Um modelo dinâmico de causalidade do estado nutricional infantil deve considerar eventuais modificações na conjuntura demográfica (crescimento populacional, migração, composição das famílias) e seus efeitos, quer sobre a renda familiar, que sobre o alcance de programas e serviços públicos (Monteiro, 1995).

Vasconcelos (1993), ressalta dois conceitos distintos fundamentais: a fome e a desnutrição. A fome significa literalmente não ter o que comer, e a desnutrição significa a manifestação biológica da fome. A fome e a desnutrição atingem cerca de 42 milhões de brasileiros, sendo que destes, um milhão em Santa Catarina.

Segundo Minayo (1989), a fome possui dois significados distintos, um de natureza fisiológica (caracterizado pelo fator biológico de sentir fome) e outro de natureza social (que se constitui pela falta de alimento devido ao fator econômico). É considerada como principal responsável pela tensão social no mundo contemporâneo.

Abramovay (1985) diz que, a população do Brasil é gravemente desnutrida, onde cerca de 13% da população constituem uma massa de “mortos-vivos”, vítimas da fome. Este autor afirma que 2/3 da população brasileira ingere um total calórico que se situa abaixo das necessidades mínimas. Este fenômeno é causado pela dificuldade de uma parcela considerável da população encontra em satisfazer suas necessidades mais básicas, pois, geralmente estas pessoas precisam dividir um salário mínimo para toda família, acarretando desta forma, dificuldades em garantir a sua subsistência e dos seus familiares.

Prazeres (1991) ressalta que, um fato que se faz primordial no padrão alimentar da população, é a renda: quanto mais baixa a renda, mais sérios são os problemas alimentares.

A má-alimentação encontra-se entre o que os especialistas classificam de população biológica vulnerável: crianças de até 4 anos, mães em amamentação e gestantes, pois formam o grupo populacional mais sensível às doenças infecciosas. Abatendo-se sobre esta população a fome, certos traços de deformidades podem ser irreversíveis.

Abramovay diz que “se a fome mata, é porque ela enfraquece o indivíduo, abrindo as portas para as doenças que, no organismo sadio, seriam banais, mas que para o faminto, costumam ser fatais”. (Abramovay, 1985, p. 17).

O Estatuto da Criança e do Adolescente diz no capítulo I, artigo 7 que “a criança e o adolescente tem o direito a vida e a saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas, que permitam o nascimento e desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. Nesta fase da vida, o indivíduo precisa de maior atenção as suas necessidades básicas, pois é na infância que se vai projetar o indivíduo adulto.

Outro aspecto importante a ser abordado e que está diretamente relacionado aos serviços de saúde é o acompanhamento e notificação dos casos de desnutrição infantil no Brasil.

Atualmente, a falha na cobertura estatística destes dados constitui um grande problema da rede pública, não permitindo, assim, uma avaliação completa da extensão da desnutrição.

Os próprios serviços tendem a “não ver” a desnutrição como causa de doenças e morte, subestimando o seu papel no quadro de morbimortalidade da população brasileira.

O maior obstáculo, segundo Minayo (1995) se refere a qualidade do preenchimento dos registros. Outros fatores que contribuem para esta situação são a escolha de uma única causa de doença e morte, e o seu forte componente social, que a torna não reconhecida como causa de morte e adoecimento.

A desnutrição grave é um indicador importante de risco epidemiológico individual e familiar, de forma que a identificação de um desnutrido corresponde a identificação de um micro ambiente que deve ser trabalhado de forma integral e intensivo. (Secretaria de Saúde, 1996).

3.2 Aspectos biológicos da desnutrição

A desnutrição energético - proteica é uma das carências nutricionais mais importantes no país, com predominância entre lactentes, pré - escolares e idosos.

A desnutrição energético proteica caracteriza-se por uma série de alterações metabólicas do organismo, decorrente da ingestão insuficiente de energia e nutrientes pelo indivíduo. Estes distúrbios levam o organismo a lançar mão de suas reservas e depois das substâncias que constituem sua própria estrutura corporal, ocasionando entre outras alterações, modificação de sua composição corporal, alterações nas funções, de tamanho e composição de diferentes órgãos, cujas expressões clínicas mais evidentes são de perda de peso, redução do pâncreo adiposo e massa muscular e diminuição da resistência a infecções (Secretaria da Saúde, 1996).

A desnutrição é considerada uma doença multicasual, pois a associação de uma dieta basicamente deficiente em energias e proteínas, com episódios repetidos de infecção (diarria, infecções respiratórias agudas e sarampo) constituem um círculo vicioso que provocam e mantêm o processo.

A desnutrição energético - proteica engloba 2 formas: Kwashiorkor e marasmo nutricional.

◆ Kwashiorkor

Corresponde a uma deficiência proteica com suprimento adequado de calorias e incide mais em crianças que estão acima do primeiro ano de vida.

A criança apresenta extremidades finas e depauperadas, além de abdome proeminente devido ao edema (ascite). Muitas vezes o edema mascara a grave atrofia muscular, fazendo a criança parecer menos debilitada do que ela realmente se encontra. A pele mostra-se descamativa e seca e apresenta áreas despigmentadas. Podem ser evidentes várias dermatoses, parcialmente resultado das deficiências vitamínicas. Os cabelos são finos, secos e opacos. As alterações comportamentais são: irritabilidade, letargia e apatia. Do ponto de vista bioquímico: hipocolesteriemia, hipoalbuminemia, diminuição dos lipídios totais e das betalipoproteínas, e eletrólitos séricos (Whaley, 1985).

◆ Marasmo

É resultante da má nutrição generalizada, tanto de calorias como de proteínas e acomete geralmente crianças menores de 12 meses.

O marasmo caracteriza-se por emagrecimento e atrofia progressivos dos tecidos, especialmente do celular subcutâneo. A criança tem aparência de “velha”; sua pele é flácida e enrugada, ao contrário da criança com Kwashiorkor, cuja aparência é mais cheia devido ao edema. O metabolismo lipídico encontra-se menos prejudicado do que no Kwashiorkor, de forma que a deficiência de vitaminas lipossolúveis geralmente é mínima a inexistente (Whaley, 1985).

Neto (1996) afirma que a desnutrição em idades precoces conduz a várias anormalidades no desenvolvimento cerebral, mas a maioria destas alterações são reversíveis, exceto a redução no número de células cerebrais. Entretanto, a desnutrição grave precoce contribui para a deteriorização do desenvolvimento intelectual e do desempenho. As crianças que tiveram desnutrição proteico-calórica grave durante seu primeiro ano de vida mostraram posteriormente, distúrbios de rendimento escolar, tais como:

- a) falta de atenção;
- b) agitação;
- c) pouca memória;
- d) motivação escassas;
- e) habilidade emocional;
- f) reduzidas aptidões sociais;
- g) aspecto físico inexpressivo e
- h) QI mais baixo.

A desnutrição durante os primeiros anos de vida acarreta um importante retardo no desenvolvimento psico-motor, bem como significativos distúrbios do comportamento, como por exemplo:

- a) instabilidade emocional;

- b) apatia;
- c) passividade exagerada.

O episódio agudo de desnutrição prolongado na infância pode levar ao déficit estatural permanente, ou seja, pode impedir que a criança chegue a idade adulta com a estatura determinada geneticamente. As principais conseqüências deste atraso no crescimento são os partos distócicos e suas complicações em mulheres com altura igual ou inferiores a 1,50m; em termos populacionais, a recuperação deste déficit de altura, em condições favoráveis demora de 3 a 4 gerações.

3.3 Programa Saúde da família: uma estratégia de organização da atenção primária de saúde.

Em 1994, o Ministério da Saúde passa a preconizar a proposta do Programa Saúde da Família (PSF), visando uma reordenação do modelo assistencial vigente no país. Este programa caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (Santos, 1998).

Segundo o Ministério da Saúde, o PSF, não é uma estratégia desenvolvida para a atenção exclusiva ao grupo mulher e criança, haja vista que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação interdisciplinar e multidisciplinar.

Logo, ele foge à concepção dos programas tradicionais do setor saúde, que sempre se constituíram em ações paralelas, muitas vezes até competindo com a lógica geral do sistema de saúde.

Tem como objetivos:

- ◆ divulgar o conceito de saúde como qualidade de vida e direito do cidadão;
- ◆ promover a família como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde da população, num enfoque comunitário;
- ◆ prestar atendimento básico de saúde, de forma integral, a cada membro da família, identificando as condições de risco para a saúde do indivíduo;

- ◆ proporcionar atenção integral, oportuna e contínua à população, no ambulatório, em domicílios e hospitais;
- ◆ agendar atendimento à população, com base nas normas dos programas de saúde existentes, sem descartar as possibilidades de atendimentos eventuais e domiciliares;
- ◆ humanizar o atendimento e estabelecer um bom nível de relacionamento com a comunidade;
- ◆ organizar o acesso ao sistema de saúde;
- ◆ ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento no sistema de saúde;
- ◆ promover a supervisão e atualização profissional;
- ◆ levar ao conhecimento da população às causas que provocaram as doenças e os resultados alcançados na sua prevenção e no seu tratamento.
- ◆ incentivar a participação da população no Controle do Sistema de Saúde.

(Ministério da Saúde, 1994)

Desta forma, a compreensão do PSF só é possível em contraposição ao modelo atual, o qual busca transformar e superar, através da mudança de objeto de atenção, a forma de atuação e organização geral dos serviços. O quadro a seguir, configurar este novo modelo.

ATUAL MODELO	SAÚDE DA FAMÍLIA
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Centra a atenção na doença. ◆ Atua exclusivamente sobre a demanda espontânea. ◆ Ênfase na medicina curativa. ◆ Trata do indivíduo como objeto de ação. ◆ Baixa capacidade de resolver os problemas de Saúde. ◆ Saber e poder centrado no médico. ◆ Geralmente limitada à ação setorial. ◆ Desvinculação dos profissionais e serviços com a comunidade ◆ Relação custo-benefício desvantajosa. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Centra a atenção na saúde. ◆ Responde à demanda espontânea de forma contínua e racionalizada. ◆ Ênfase na integralidade da assistência. ◆ Trata o indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e a comunidade. ◆ Otimização da capacidade de resolver os problemas de saúde. ◆ Saber e poder centrado na equipe ◆ Promover a ação intersetorial. ◆ Vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade. ◆ Relação custo-benefício otimizada.

Fonte: Ministério da Saúde, 1996.

A Unidade de Saúde da Família representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, ou seja, caracteriza-se como a porta de entrada do sistema local de saúde. Ela deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, recomendando-se que uma equipe seja responsável por uma área onde residam 600 a 1000 famílias, com o limite máximo de 4.500 pessoas. Este critério geral deve ser flexibilizado de modo a atender os fatores regionais, a diversidade sócio-econômica, as características, a densidade populacional, a acessibilidade aos serviços e outros aspectos relevantes, definidos localmente.

O processo do planejamento considera quem planeja, como planeja, para quem e para quem se planeja. Para isso é necessário conhecer as necessidades da população, identificadas a partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes. (Ministério da Saúde, 1994)

Quanto a equipe básica, é recomendável que seja composta por um médico generalista, um enfermeiro um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. A equipe deve residir no município e os agentes comunitários na própria comunidade.

A implantação do PSF é operacionalizada no município, com a co-participação dos níveis federal e estadual. O processo consta de várias etapas, não necessariamente sequenciais, que serão descritas a seguir:

- ◆ Sensibilização e divulgação - compreende a “venda da idéia”, sendo o mais claro possível quanto a verdadeira proposta do PSF.
- ◆ Adesão - o município interessado elabora um projeto para implantação da(s) equipe(s) nas unidades básicas de saúde, submetendo-se à apreciação do Conselho Municipal de Saúde, para aprovação. Após a aprovação, o projeto é encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde que emite o parecer em reunião da Comissão Intergestores Bipartise Estadual.
- ◆ Diagnóstico da Saúde da comunidade - compreende o cadastramento das famílias da área de abrangência, levantando indicadores epidemiológicos e sócio-econômicos.

- ◆ Referência e contra-referência - para seguir o princípio integralidade, o PSF, em situação específica do paciente, encaminha para as referências ambulatoriais e hospitalares estabelecidas no município. (Ministério da Saúde, 1996)

Em 1994, em Santa Catarina, através da Secretaria Estadual de Saúde, foi assinado um convênio (nº 817/94), junto ao Ministério da Saúde para a formação de 28 equipes de Saúde da Família. As primeiras cidades a implantarem o programa foram Joinville, Criciúma e Florianópolis. Atualmente, 22 municípios já fazem parte do PSF no Estado.

Em Florianópolis, juntamente com a Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social (SSDS), foram implantadas, em fevereiro de 1996, 3 equipes: 1 (uma) em Vila Aparecida e 2 (duas) no Monte Cristo.

Os critérios de escolha da região do Monte Cristo foram diretamente relacionados com a carência local, além da precariedade do próprio Centro de Saúde.

O processo de seleção ocorreu de dezembro de 1995 a janeiro de 1996. A contratação dos profissionais ficou sob a responsabilidade das associações comunitárias e os recursos financeiros seriam repassados pela SSDS. O treinamento dessas equipes também foi realizado em fevereiro de 1996, através do reconhecimento da área que seria trabalhada e o cadastramento das famílias.

3.4 Uma reflexão sobre família

A família constitui em outro aspecto importante nesta revisão de literatura, pois a criança desnutrida está diretamente inserida neste contexto, seja ele favorável ou não.

Para GAPEFAM³ apud Grasel (1996), família caracteriza-se por “uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo, com uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consanguíneos, de interesse e/ou afetividade. A família reafirma sua identidade própria, possui, cria e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns, influenciados por sua cultura e nível sócio - econômico.” (1996, p. 13).

³ GAPEFAM – Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação em Saúde da Família.

A família é composta por indivíduos, e por isso, segundo Mauksch apud Elsen (1994), toda família tem um “estado” de saúde que consiste no “produto eclético de todas as forças com as quais seus membros contribuem dentro do contexto de sua cultura, sua consciência sobre conhecimentos relevantes de saúde e suas formas específicas de introduzir estes fatores na família emergente.” (1994, p. 65).

Neste contexto a criança desnutrida consiste em um destes indivíduos que compõe a família, estando sujeita ao envolvimento do conhecimento, atitudes e valores de todas as pessoas que a compõe.

Assim, segundo Nitschke (1991), existe uma diferença entre assistir o indivíduo e a família e assistir o indivíduo (que tem seus familiares) e à família. Quando se assiste a família, entra-se num universo de interações que, por sua vez, tem peculiaridades próprias que influenciam todos os seus membros. Deste modo, ao assistir a família trabalha-se em todas as suas interações tanto intra quanto extra-familiares e não apenas na interação de um determinado indivíduo com outro elemento da família.

Para trabalhar em conjunto com a família é importante que se considere a sua história, pois é através dela que é possível compreender o seu comportamento, as opções e decisão adotadas. Outro aspecto a ser destacado quando se fala da história da família é a sua contextualização mais ampla, ou seja, a história de seu país e do mundo.

A promoção da saúde da família como um todo incluirá ações desenvolvidas pela própria família na busca da ausência de doença de seus integrantes. Na desnutrição, este contexto está voltado principalmente para o aumento do bem-estar e qualidade de vida.

Estudos apontam que as funções da família, não incluem de forma explícita, o cuidado a saúde de seus membros, mas sim em manter a sua saúde.

Para Elsen, (1994), a família desempenha um “papel” importante em relação a saúde de seus integrantes, pois por suas características especiais de proximidade e convivência, está melhor equipada e tem maiores condições de acompanhar o processo de saúde-doença de seus componentes. Mas, se por um lado, é fácil reconhecer que a família é uma unidade que presta cuidado, por outro, torna-se difícil concordar que ela é sempre eficiente no desempenho deste papel.

A educação e saúde estão diretamente relacionadas a esta situação e a enfermagem pode atuar de forma efetiva quanto a isso. A família como participante ativa no processo

saúde doença de seus integrantes é uma “aliada” a equipe de saúde e esta pode ser a “porta de entrada” para a enfermagem atuar.

3.5 Contextualizando educação em saúde

A educação em saúde não é uma construção recente na história humana. Segundo Pereira (1993), as instruções sobre os hábitos de vida saudáveis dos hebreus podem ser encontradas nos escritos bíblicos, refletindo a visão de mundo prevalescente naquela época e lugar.

Atualmente considera-se a educação como um campo preocupado com a criação de vínculos entre o pensar e o fazer da população no cotidiano da saúde.

A partir da década de 70, a educação no Brasil adquire um caráter político, que “busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica da realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento” (Vasconcelos, 1996, p. 7).

O elemento fundamental desta visão pedagógica foi tomar como ponto de partida a valorização do saber popular, permitindo assim que o educando se sinta “em casa” e mantenha sua iniciativa.

Portanto, segundo Silva (1994, p. 1), “é no cotidiano que se constróem as relações pedagógicas permanentes.” Tal compreensão permite visualizar o profissional de saúde como um trabalhador social, cuja prática é de educação em saúde, intervindo sobre o movimento cotidiano em que se forma a consciência sanitária em cada tempo.

A perspectiva de compreensão da “educação e saúde como práticas sociais de organização da vida cotidiana implica na compreensão da sociedade além da sua produção, incorporando elementos da subjetividade humana, resultante das experiências sociais de cada corpo e de cada consciência, em relação aos outros e ao mundo”. (Silva, 1994, p. 39).

León (1996) apresenta dois postulados básicos onde explica que, no ciclo das doenças, as pessoas são importantes porque é a ação delas, ou a não-ação, que permitirá a

evolução da doença ou o seu controle. Os dois princípios que guiam qualquer ação sanitária, segundo este autor são:

- Conhecer o ser humano - pois só conhecendo o indivíduo e suas circunstâncias é que é possível uma ação eficiente e permanente na saúde.
- Contar com o ser humano - pois “ninguém pode cuidar da saúde de outro, se este não quer fazer por si”.

Léon apresenta sete teses sobre a educação sanitária para a participação comunitária:

Tese I - A educação não é só o que importa em programas educativos, se não, como também, toda a ação sanitária.

Tese II - A ignorância não é um poço vazio a ser enchido, mas um poço cheio a ser transformado.

Tese III - Não é uma pessoa que sabe e outra que não sabe, mas duas pessoas que sabem coisas distintas.

Tese IV - A educação deve ser participativa e com diálogo.

Tese V - A educação deve reforçar a confiança da pessoa em si mesma.

Tese VI - A educação deve procurar reforçar o modelo do conhecimento: esforços e conquistas.

Tese VII - A educação deve incentivar o compromisso e a responsabilidade individual e a cooperação coletiva.

A conclusão deste autor frente a estas teses é que não há então protagonistas na luta pela saúde, pois todos são responsáveis pelos ganhos na busca de melhores condições de saúde.

Nesta perspectiva se coloca a potencialidade da educação sanitária como instrumento de alargamento do cuidado à saúde, na medida em que se dedica à ampliação da interrelação entre as diversas profissões, especialidades, serviços, doentes, familiares, vizinhos e organizações sociais locais, envolvidos num problema específico de saúde. Consequentemente haverá um fortalecimento e reorientação de suas práticas e saberes, não mais a partir de uma norma considerada cientificamente correta, mas a partir de seus interesses, valores e entendimentos. (Vasconcelos, 1996).

4 EDUCAÇÃO PROBLEMATIZADORA A PARTIR DAS CONCEPÇÕES DE PAULO FREIRE

4.1 Conhecendo o educador Paulo Freire

Paulo Reglus Neves Freire, nasceu no dia 19 de setembro de 1921 em Recife e faleceu no dia 02 de maio de 1997 em São Paulo. Filho de Joaquim Temis Freire, sargento do exército e de Edelhudes Neves Freire, dona de casa e bordadeira.

Iniciou sua alfabetização no quintal de casa com os pais. Entrou na Faculdade de Direito de Recife, com mais de 20 anos, época em que conheceu Elza, sua primeira mulher. Abandonou o Direito logo após sua primeira causa e dedicou-se inteiramente ao trabalho educativo, incentivado por Elza. (Saupe, 1998).

O método de alfabetização originou-se no movimento de cultura popular do Recife, no final da década de 50, surgindo então os chamados Círculos de Cultura. Iniciou as primeiras experiências com o método na cidade de Angicos, em 1962, alfabetizando trezentos trabalhadores rurais em quarenta e cinco dias. (Saupe, 1998).

Em 1964, foi para o exílio, só retornando em 1979. Com seu retorno, vieram também suas principais obras: “Educando para a prática da liberdade” e “Pedagogia do oprimido”.

Paulo Freire foi um verdadeiro educador, preocupado em proporcionar à população, principalmente aos mais pobres, a possibilidade de “ser mais”.

4.2 O Referencial Teórico

Segundo Brito (1996), a utilização de um marco conceitual ou teoria está sempre presente na ação humana, por mais rudimentar que seja, mesmo quando o sujeito não tem consciência deste fato ou não consegue expressá-lo. “Esta teoria, quando está conscientemente introjetada e criticada no exercício da ação torna-se uma práxis, esta que é uma ação refletida pela conscientização” (Brito, 1996, p. 37).

No desenvolvimento da prática assistencial educativa de enfermagem, a utilização de um referencial teórico tornou-se uma direção para este processo. Assim, com intuito de compreender as questões educativas que compõe o papel do enfermeiro, na busca de uma prática de ação e reflexão voltada para a transformação da realidade, considere o referencial de Paulo Freire como método mais indicado, uma vez que é impossível aprofundar e discutir educação sem se remeter a este autor.

Oliveira ressalta algumas idéias básicas sobre Paulo Freire: ninguém educa ninguém, mas ao mesmo tempo ninguém se educa sozinho. As pessoas se educam mediadas por determinado objeto de conhecimento, que é a própria realidade vivida, a realidade vivida que aí está a desafiá-los a conhecê-la e a transformá-la. (...) Não é possível ensinar sem aprender. Não é possível ensinar nada sem conhecer a realidade vivida por esse grupo com o qual o educador vai trabalhar. Cabe ao educador aprender com o educando qual é a sua realidade, obtendo assim os elementos básicos do processo de educação, de maneira que o educando possa então aprender com o educador, que dispõe de determinados instrumentos, determinadas experiências que, colocadas a serviço do grupo, podem permitir adquirir o conhecimento de si mesmo e de sua realidade, o que antes não tinha” (1991, p. 30-31).

Acreditando neste processo educativo, em que o educador se constrói junto com o educando, no qual ambos caminham juntos, comprometidos com a realidade é que a opção por trabalhar Paulo Freire junto a equipe de saúde e às famílias das crianças desnutridas da comunidade do Monte Cristo tornou-se ainda mais clara.

4.3 Os conceitos

Para uma melhor compreensão do referencial teórico adotado, foram escolhidos os seguintes termos norteadores: homem, diálogo, educação, conscientização, transformação e ação-reflexão. O conceito de família, mesmo não sendo utilizado pelo educador Paulo Freire, foi incorporado a este trabalho, devido a uma necessidade detectada pela acadêmica no desenvolvimento da prática assistencial.

HOMEM⁴ - Segundo FREIRE (1993, p. 17), homem é um ser comprometido “que é capaz de sair de seu contexto, de distanciar-se dele para ficar com ele; capaz de admirá-lo para, objetivando-o, transformá-lo e, transformando-o, saber-se transformado pela sua própria criação; um ser que é e está sendo no tempo que é seu, um ser histórico.” É entendido com “ser inconcluso”..., que é e está sendo no tempo que é seu, um ser histórico, vocacionado a ser mais”.

DIÁLOGO - O diálogo é entendido por Paulo Freire como um importante componente do processo educativo. “É o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado.” É um ato de “fé no seu poder de fazer e refazer. De criar e recriar. Fé na sua vocação de ser mais, que não é privilégio de alguns eleitos, mas direito dos homens.” (FREIRE (b), 1993, p. 79 e 81).

Mas o diálogo pode estabelecer-se de duas formas:

- a) Dialógica: ocorre a partir do momento em que uma pessoa entende o que a outra está dizendo e admite opiniões diferentes. (Pey, 1988). Este tipo de relação dialógica, “proporciona o desenvolvimento de cada um, na qual a individualidade, as crenças, características pessoais, linguajar são respeitados, e o homem se reconhece no outro, com as mesmas possibilidades de ser mais”. (SAUPE, 1998 p. 253).
- b) Autoritária: onde percebe-se a ignorância “sempre no outro e nunca em mim” (FREIRE, 1981, p. 95). Logo, não há uma interlocução entre os participantes do processo, pois apenas uma pessoa exerce o domínio exclusivo do conhecimento, anulando-se o saber do outro e tornando o discurso acrítrico/neutro. (Pey, 1988).

⁴ Para Paulo Freire, **HOMEM** corresponde a ser humano, seja ele, homem, mulher, adolescente, criança, idoso, ...

A diferença entre a forma dialógica e a autoritária está em que, a primeira comunica, e a segunda faz comunicados.

EDUCAÇÃO - Educação é percebida como um processo de caráter permanente, dinâmico e inacabado de descoberta, no qual o homem deve ser o sujeito de sua própria educação. Uma educação que perceba que não há saber nem ignorância absoluta. Uma educação em que o educador se coloque na posição humilde daquele que comunica um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo (FREIRE, 1993, (a)).

É compreendida como uma tarefa que deve corresponder a vocação do homem de ser sujeito e ser mais, “ajudando-o a desvelar a realidade que o cerca, a dominar os conhecimentos que esclarecem, a libertar-se pela tomada de consciência das coisas do mundo, a participar efetivamente da vida social, compreendendo o que acontece ao seu redor” (CUNHA, 1985, p. 36).

Para Freire, esta educação é chamada de problematizadora, pois o educador participa de todo processo educativo. Neste processo, a educação não é somente um momento pedagógico, já que pode ocorrer a transformação de determinada realidade enquanto ato político.

Em contraposição, a educação no modelo bancário, o educador é o “sujeito que educa, sabe, pensa, disciplina, opta e prescreve sua opção” (FREIRE, 1988 (b), p. 67-68).

CONSCIENTIZAÇÃO - É o “desenvolvimento crítico da tomada de consciência”. É um ir além da “esfera espontânea da apreensão da realidade, para chegarmos a uma esfera crítica na qual a realidade se dá como objeto cognoscível e na qual o homem assume uma posição epistemológica”(FREIRE, 1980, p. 26). “É o olhar mais crítico possível da realidade, que a “desvela” para conhecê-la e para conhecer os mitos que enganaram e que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante” (FREIRE, 1980, p. 29).

É uma “peregrinação por uma estrada pavimentada pelas velhas formas do pensar, pelos antigos hábitos de agir, pois o nascimento de uma nova consciência não significa o rompimento total com o passado. O passado acompanha o presente, persegue as novas formas de entender o mundo, rumo a liberdade” (Saupe, 1998, p. 256).

É um processo contínuo e infinito que só pode existir no ato de ação-reflexão, assumindo assim o compromisso de transformação.

TRANSFORMAÇÃO - É entendida como “resultado da ação e reflexão dos homens sobre a realidade, para a criação de um novo mundo, ou seja, ação voltada para o ato de criar e recriar o mundo, modificando a realidade. Logo, “através da práxis do homem conscientizado, acontecerá a transformação da realidade” (SAUPE 1998, p. 256).

AÇÃO-REFLEXÃO - Entende-se como um “binômio inseparável, que atua no contexto da práxis, ocorrendo com frequência, a predominância de um destes pólos, na relação dialética que mantém” (SAUPE, 1998, p. 257).

FAMÍLIA - “uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo, com uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de interesse e/ou afetividade. A família reafirma sua identidade própria, possui, cria e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns, influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive num ambiente de interação com outras pessoas, famílias, grupos e instituições (escola, centros de saúde), em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento contínuo de seus membros e do seu próprio processo de viver com o grupo”. (GAPEFAM, apud Grasel, 1996).

4.4 Interrelação entre os conceitos

O homem, na sua busca enquanto sujeito de ser mais, ou seja, sendo sujeito de sua própria educação, consegue através do diálogo a solidarização de sua ação-reflexão-ação, havendo assim, um desenvolvimento crítico da tomada de consciência e conseqüente transformação de si mesmo.

4.5 O Itinerário

O método Paulo Freire propõe uma seqüência de passos, que vão se interrelacionando, num movimento de construção, que avança e retroage, conforme sinaliza a situação existencial vivida no Círculo de Cultura⁵ (SAUPE 1998). É um método que se constrói a cada vez que ele é usado dentro do círculo de cultura de educadores e educandos, dando a idéia de uma “ação dialogal”. Tem como objetivo buscar uma ação e reflexão autêntica sobre a realidade, seja ela coletiva ou individual.

Os passos propostos são: levantamento de temas geradores, codificação, decodificação (ou descodificação) e desvelamento crítico.

◆ LEVANTAMENTO DE TEMAS GERADORES

O objetivo desta etapa é surpreender a maneira como uma realidade social existe na vida e no pensamento dos seus participantes, servindo para criar um momento comum de descoberta. São os pensamentos-linguagens das pessoas, que a seu modo, desvelam o mundo.

Em geral, são evidenciados através de encontros informais, onde são captados preocupações cotidianas e elementos de cultura, que se constituirão em temas problemáticos que determinam a ação.

Segundo Saupe (1998, p. 260), “como profissionais da saúde, temos a tendência de tentar centrar a pesquisa nas questões da saúde, mas como ela sofre uma influência direta dos demais componentes da “qualidade de vida”, o máximo que conseguimos é priorizá-la nas discussões, focalizando aspectos que se evidenciam como dominantes.”

Um fato importante a ser abordado aqui é o aparecimento do “tema do silêncio”, onde os indivíduos do grupo não conseguem expressar concretamente a existência dos temas geradores. Para Saupe (1998, p. 260), “este fato nos leva a pensar

⁵ O círculo de cultura é uma unidade de ensino que substitui a escola tradicional. É formado por um grupo de pessoas que se reúne para discutir seu trabalho, a realidade local e nacional, sua vida familiar, etc. Nele não há lugar para professor tradicional (“bancário”) - que tudo sabe - nem para o aluno que nada sabe. Assim, ao mesmo tempo, que aprende a ler a escrever, o educando aprende a “ler”, isto é, a analisar sua prática e atuar sobre ela” (GADOTTI, 1991 (b), p. 147).

que os indivíduos se calam diante da força esmagadora de “situações limite”⁶, e adaptam-se a ela”. Para Freire estas situações devem ser analisadas e enfrentadas, pois podem ressurgir com força redobrada adiante (Freire, 1994).

◆ CODIFICAÇÃO

Segundo Freire, (1993, (b) p. 109), “as codificações, de um lado, são a mediação entre o “contexto concreto ou real”, em que se dão os fatos, e o “contexto teórico”, em que são analisados; de outro, são o objeto cognoscível sobre que o educador-educando e os educandos-educadores, como sujeitos cognoscentes, incidem sua reflexão crítica.

É a fase onde os participantes expõem seu entendimento sobre o tema, na busca de uma compreensão significativa através do diálogo. Novos temas geradores são descobertos, relacionados aos inicialmente levantados.

◆ DESCODIFICAÇÃO

É a análise crítica da situação codificada, ou seja, onde é realizada a leitura da prática do indivíduo naquela realidade, passando a entender a prática social que o constitui (FREIRE, 1991).

É a análise e conseqüente reconstituição da situação vivida, passando a transformar a realidade e a consciência de mundo, vislumbrando de uma forma translúcida a objetividade.

◆ DESVELAMENTO CRÍTICO

Representa a tomada de consciência da situação existencial compartilhada, onde descobrem-se os limites e possibilidades desta situação, evidenciando-se assim, a necessidade de uma ação concreta, na busca da superação das situações-limites encontradas inicialmente.

⁶ “Situação limite para Paulo Freire, são situações que desafiam de tal forma a prática dos homens que é necessário enfrentá-las e superá-las para prosseguir.” (GADOTTI, 1991 (b), p. 156).

5 METODOLOGIA

Esta prática assistencial, que resultou neste relatório, foi desenvolvida no Centro de Saúde (C.S.) do Monte Cristo, no período de 10 de novembro a 29 de dezembro de 1998, em cumprimento a VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Foi realizada em período integral, totalizando em 220 horas estagiadas sob a supervisão da enfermeira coordenadora deste C.S..

5.1 Aspectos gerais do campo de estágio

O CSI do Monte Cristo localizado no município de Florianópolis, tem como área de abrangência as comunidades de Chico Mendes, Nossa Senhora da Glória, Novo Horizonte, Promorar, Alojamento, Panorama e Monte Cristo. Apesar de não se terem dados concretos, estima-se que atualmente um total de 4.000 famílias constituam esta área. Para atender a esta demanda, o CSI conta com 2 equipes de PSF (Programa Saúde da família).

A comunidade é formada por famílias migrantes, que ocupam o local, construindo suas casas de maneiras irregular e sem delimitação correta dos terrenos. (Foto 1)

As casas são do tipo "meia-água", construídas com restos de madeira, cobertas por pedaços de telha ou eternit, ou até mesmo lona. A média de moradores por casa é de cinco pessoas. Em mais de um terço dessas moradias, as condições sanitárias são totalmente inadequadas. Somente as casas da margem externa da comunidade tem acesso à rede de esgoto. (Grasel, 1996). (Foto 2)

O abastecimento de água é feito pela CASAN (Companhia Catarinense de Água e Saneamento), mas é muitas vezes contaminada pela situação precária dos encanamentos clandestinos.

A luz é fornecida pela CELESC (Centrais Elétricas de Santa Catarina S/A), mas a grande maioria das famílias é obrigada a utilizar “rabichos” devido ao seu alto custo. A instalação no interior da casa é precária, colocando em risco a segurança dos moradores.

O lixo é outra dificuldade enfrentada pela comunidade, havendo problemas da coleta e a necessidade de um trabalho educativo de conscientização.

A procedência das famílias é em sua maioria do Oeste do Estado de Santa Catarina (Lages, Chapecó, Xanxerê, São Joaquim e Campos Novos), sendo que estas pessoas vieram em busca de trabalho e melhores condições de vida.

As famílias que vivem nestas comunidades são de baixa renda. Sobrevivem na sua maioria (40%) com uma renda mensal de um a dois salários mínimos. A escolaridade é baixa, sendo que quase 90% das mães e 70% dos pais não chegaram a concluir o primeiro grau, cursando apenas as séries iniciais. (Grasel, 1996).

Das crianças até 6 anos, a grande maioria está fora da creche. As crianças e adolescentes de 7 a 14 anos tem atraso escolar.

Logo, podemos constatar que este é um perfil típico das famílias residentes na periferia da cidade, com traço marcante nas carências sócio-econômicas, que são visíveis nas condições de infra-estrutura em que vivem. (Foto 3)

5.2 População alvo

Foi composta pelas famílias das crianças desnutridas, residentes na área de abrangência do CSI do Monte Cristo, frequentadoras do Centro de Saúde.

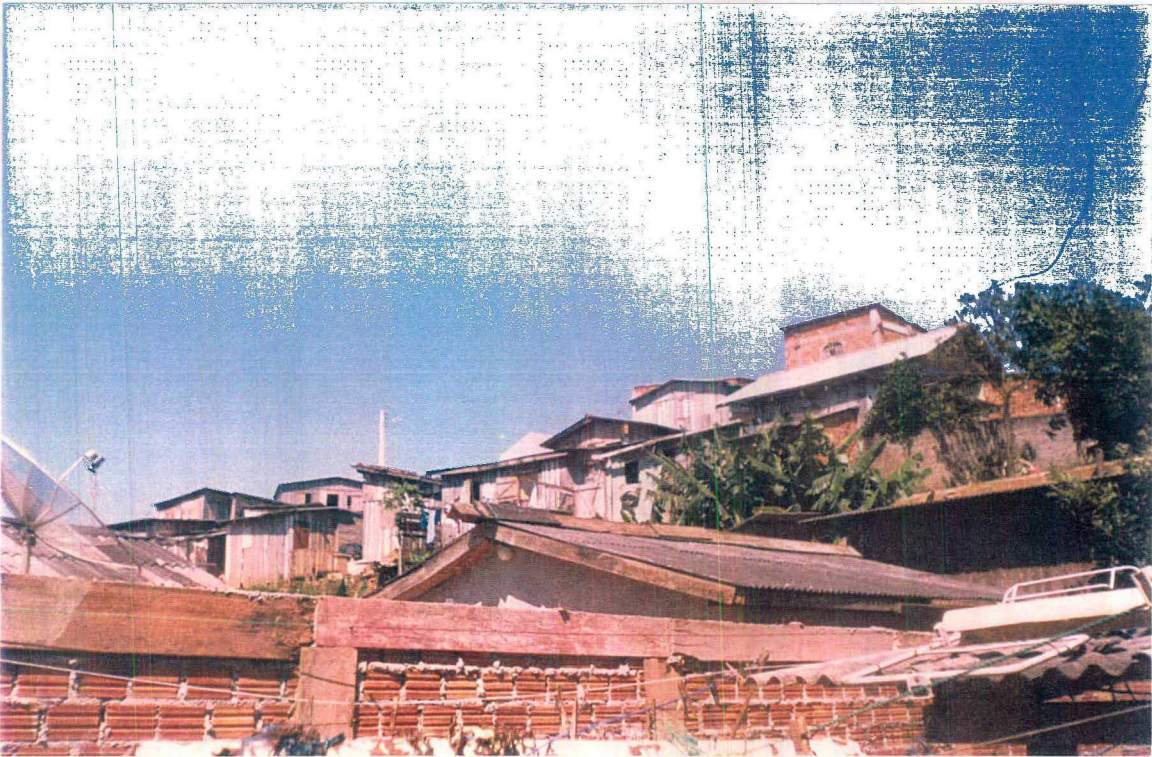


Foto 1 - Construção de casas irregulares, sem delimitação de terreno



Foto 2 - As casas são do tipo “meia água”, construção com restos de madeira, cobertas por pedaços de telha, eternit ou até mesmo lona.



Foto 3 - Perfil típico da periferia da cidade, com traço marcante nas carências sócio-econômicas, visíveis nas condições de infra estruturas em que vivem.

6 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA PRÁTICA VIVENCIADA NO MONTE CRISTO

Objetivo 1: Desvelar a realidade do contexto social e familiar das crianças desnutridas.

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS	APRAZAMENTO	AVALIAÇÃO
1. Conhecer a comunidade em conjunto com os agentes comunitários.	No decorrer do estágio	Será considerado alcançado se a acadêmica conseguir visitar toda a comunidade do Monte Cristo.
2. Refletir com os agentes comunitários a problemática da desnutrição infantil.	No decorrer do estágio	Será considerado alcançado se a acadêmica reunir-se com os agentes comunitários para refletir a problemática da desnutrição infantil.
3. Acompanhar os agentes comunitários nos programas de desnutrição desenvolvidos no Monte Cristo	No decorrer do estágio	Será considerado alcançado se a acadêmica acompanhar os programas de desnutrição desenvolvidas no Monte Cristo em conjunto com os agentes comunitários.

Conhecer todas as comunidades⁷ que fazem parte da área de abrangência atendida pelo PSF do Monte Cristo, constituiu-se no primeiro passo para a tentativa de caracterizar o contexto amplo em que as crianças desnutridas estavam inseridas.

Para isso, várias visitas foram realizadas, tanto para reconhecimento de área como para verificação do que era oferecido a população. Desta forma, as visitas aos Centros Comunitários, escola e creche também fizeram parte do meu roteiro.

⁷ A área de abrangência atendida pelo PSF do Monte Cristo constitui-se das seguintes comunidades: Chico Mendes, Nossa Senhora da Glória, Novo Horizonte, Promorar, Alojamento, Panorama e Monte Cristo.

Por fazer parte do PSF, o Centro de Saúde (C.S.) do Monte Cristo agenda visitas domiciliares àquelas pessoas que não tem condições de virem ao C.S. (em geral, pacientes pós-cirúrgicos ou com doenças degenerativas gerais), além de visitas para o simples acompanhamento de famílias. Procurei participar destas visitas, mesmo antes de ter sido definida quais famílias iriam ser trabalhadas, no intuito de visualizar o universo das situações que viriam a ser vivenciadas.

Destaco aqui, dois fatores que contribuíram muito para o desenvolvimento deste objetivo.

O primeiro diz respeito a relação entre a equipe de saúde e a população. Esta caracterizava-se por uma relação aberta, onde, através do diálogo, a situação existencial de cada indivíduo era valorizada. Uma relação de cumplicidade, onde o “autoritarismo” não era evidenciado.

É importante ressaltar que o “autoritarismo” para este trabalho constitui-se como um antagonista da liberdade. É gerado através da imposição, onde apenas uma pessoa exerce o domínio do conhecimento (Freire, 1987).

O segundo fator foi a importância do papel das agentes comunitárias de saúde/ACS. O C.S. do Monte Cristo dispõe atualmente de 2 (dois) ACS. Estes, por serem moradores da região é que realizam a ponte entre a comunidade e o C.S.. É em conjunto com eles que a equipe de saúde percebe os principais problemas que estão dentro da comunidade, podendo assim estabelecer prioridades nas ações de saúde. Durante todo o estágio, todas as visitas realizadas pela acadêmica foram acompanhadas por um ACS, o que favoreceu a receptividade e a interação com a comunidade.

Outra atividade realizada pela acadêmica foi a participação no acompanhamento mensal de crescimento e desenvolvimento das crianças cadastradas nos Programas de combate a desnutrição desenvolvidos no C.S.. Para este acompanhamento, as famílias eram divididas em grupos, de acordo com a sua comunidade de origem, seguindo um cronograma de atividades pré-estabelecido pelo C.S. (anexo 1)

Em junto aos ACS, através de vários encontros informais, dialogamos muito sobre a problemática da desnutrição infantil. Nestes diálogos discutíamos principalmente a grande quantidade de crianças desnutridas nas comunidades “versus” os resultados efetivos dos programas desenvolvidos no C. S.. Concluimos que, na verdade a desnutrição não é vista

pela mãe como um problema que mereça muita atenção. Em geral, só é visto como prioridade quando está associado com outras doenças.

Um exemplo claro desta situação é o que acontece no “Programa Leite é Saúde”⁸ onde as crianças entre 6 meses e 2 anos que forem diagnosticadas com baixo peso, podem receber, todos os meses, 4 latas de leite e um vidro de óleo até a sua recuperação. O que acontece é que, as mães levam suas crianças ao C. S., verificam que ela está desnutrida, mas em geral, continuam o acompanhamento, por poucos meses, mesmo que a criança ainda não tenha saído do seu quadro de desnutrição. Isso sem contar que, em muitos casos, este leite alimenta toda a família, sem destaque algum para a criança desnutrida.

Já no outro programa “Hora de Comer”⁹, que abrange as crianças desnutridas de 2 a 5 anos, que recebem uma Cesta Básica por mês, o índice de faltas para o acompanhamento mensal é muito menor. Dialogamos sobre isso e chegamos a conclusão que a perda da Cesta Básica é considerada muito ruim pela família inteira, pois há uma grande diversidade de produtos, que todos podem usufruir por um bom tempo. Logo, “todos” só tem a perder com isso. E aqui, mais uma vez evidenciamos a importância secundária dada a problemática da desnutrição infantil.

Uma justificativa para isso, com certeza é a condição indigna em que estas famílias vivem, não permitindo que se ultrapasse o limiar de percepções da importância do quadro nutricional favorável para o desenvolvimento da criança.

A realidade da comunidade é que, fatores como educação, saúde e habitação previstos na constituição como direitos, na prática, são objetivos de constantes lutas reivindicatórias. A alimentação é um direito básico e universal, um bem público que deveria ser garantido a todos os cidadãos. Porém, isso nem sempre é respeitado e a redução do problema depende de uma organização política e social, onde a igualdade de direitos seja discutida através de estratégias de desenvolvimento da cidadania.

Desta forma, não podemos considerar estes fatores isoladamente, pois eles fazem parte da realidade vivida pela comunidade. Assim, a desatenção por parte das famílias em relação a problemática da desnutrição infantil envolve questões muito mais amplas do que

⁸ Programa desenvolvido pelo SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), através da Secretaria Municipal de saúde e Desenvolvimento Social (SSDS), que visa minorar os efeitos nocivos da desnutrição energético-proteica.

⁹ Projeto piloto da Prefeitura Municipal de Florianópolis, onde são distribuídas 70 (setenta) cestas básicas para famílias de crianças desnutridas que realizam o acompanhamento mensal no C.S.

preconizada pelo educador Paulo Freire, que é autenticamente reflexiva e dialógica e que permite a tomada de consciência crítica da situação, evidenciada no curso de cozinha alternativa.

Assim, este objetivo foi considerado alcançado, pois a acadêmica conseguiu desvelar a realidade do contexto social e familiar das crianças desnutridas, através da participação em conjunto com as ACS das várias atividades desenvolvidas pelo C.S..



Foto 1 - Grupo de mães exercendo as atividades em conjunto.



Foto 2 - Confraternização das mães.

Objetivo 2: Identificar em conjunto com a equipe de saúde, crianças de risco que não apresentam evolução no seu quadro nutricional, integradas ao Programa Capital Criança.

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS	APRAZAMENTO	AVALIAÇÃO
1. Dialogar com a equipe de saúde do PSF do Monte Cristo, crianças de risco desnutridas da comunidade.	1ª e 2ª semana de estágio	Será considerado alcançado se forem identificadas as crianças desnutridas de risco da comunidade.
2. Selecionar três crianças de risco dentre as identificadas, sendo que uma seja participante do Programa Capital Criança.	3ª semana de estágio	Será considerado alcançado se três crianças desnutridas de risco forem identificadas, sendo que dentre elas, uma participe do Programa Capital Criança.

O alcance deste objetivo envolveu diversas fases, além de muito diálogo entre a equipe de saúde e a acadêmica.

Para que fossem identificadas as crianças desnutridas de risco, a princípio a acadêmica participou de todas as consultas médicas que envolviam esta situação. Foram identificadas 4 crianças, sendo que uma delas esta freqüentadora da creche da comunidade. A partir disto foi realizado uma visita na creche da comunidade e identificado mais 4 crianças desnutridas de risco.

Desta forma, foram identificadas 8 crianças desnutridas de risco, participantes do Programa Capital criança, sendo que uma era menor de 6 meses.

O Programa Capital Criança tem como objetivo a normatização do atendimento da criança de 0 a 5 anos de idade. Envolve as seguintes atividades:

- ◆ consulta pediátrica pré-natal - que ocorrerá em torno da 34ª semana.
- ◆ consulta neonatal precoce - agendada ainda na maternidade para o C.S. de referência da localidade onde reside a família, e ocorrerá entre o sétimo e o décimo dia de vida do recém-nascido (RN).
- ◆ consulta pediátrica - abrange as crianças a partir do 28ª dia de vida até 5 anos de idade, sendo que, no primeiro ano serão mensais, de 1 ano a 2 anos e 6 meses serão trimestrais e de 2 anos e 6 meses a 5 anos serão semestrais.
- ◆ consulta pediátrica de enfermagem - realizada a partir do 4º mês de vida, intercalando com a consulta médica.

- ◆ atividades educativas.
- ◆ atendimento odontológico - onde deverão ser realizadas 2 consultas mensais, sendo que a primeira por volta do 30º dia de vida do RN.
- ◆ atendimento pelo SISVAN (SSDS, 1998).

Este programa é focado neste objetivo pois, por estas crianças receberem um acompanhamento assíduo do C.S., seria de se esperar que elas não chegassem à desnutrição de risco. Mas, para discutir a efetividade do programa, mais uma vez não podemos desconsiderar a realidade da comunidade e a própria realidade do C.S..

O C.S. do Monte Cristo melhorou muito depois da implantação das equipes do PSF, mas, mesmo assim, ele continua não apresentando a estrutura necessária para atender e acompanhar todas as famílias que fazem parte da sua área de abrangência. Este fator em conjunto com a carência da comunidade acabam tornando-se uma barreira para que as ações de saúde tenham os resultados preconizados.

A relação entre a desnutrição e a situação sócio-econômica das famílias foi bastante relevante nas discussões da acadêmica com a equipe de saúde, sendo analisado o contexto e a realidade de cada uma das 8 (oito) crianças identificadas.

Assim, após a tomada de consciência da situação existencial de cada uma das crianças, 3 (três) foram selecionadas, conforme propunha este objetivo do trabalho.

Objetivo 3: Prestar cuidado de enfermagem à criança desnutrida e sua família, com base na educação e saúde.

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS	APRAZAMENTO	AVALIAÇÃO
1. Promover interação com as famílias	No decorrer do estágio.	Será considerado alcançado se a acadêmica conseguir interagir com as famílias.
2. Realizar consulta de enfermagem, seguindo roteiro pré-estabelecido pelo PSF do Monte Cristo.	No decorrer do estágio.	Será considerado se a acadêmica realizar consulta de enfermagem conforme roteiro.
3. Realizar visita domiciliar	No decorrer do estágio.	Será considerado alcançado se forem realizadas pelo menos 2 visitas domiciliares por família selecionada.
4. Estimular a realização de círculos de cultura.	No decorrer do estágio.	Será considerado alcançados se forem realizados círculos de cultura.

Para o desenvolvimento de uma prática educativa através de um processo libertador, crítico, criativo, participativo e de conscientização, viver o cotidiano dos indivíduos caracterizou-se como um ponto de partida para as ações educativas. Assim, por trazer a dimensão mais presente do contexto social e histórico da criança desnutrida, a família passou a ser o objetivo de atuação destas ações, pois foi entendida a partir do espaço em que estava vivendo.

A idéia inicial e talvez um tanto “ingênua” era de que se realizassem “círculos de cultura” com as famílias das crianças desnutridas. Estes “círculos de cultura” seriam formados por grupos, neste caso, a própria família, que se reuniria para discutir as preocupações cotidianas de seus integrantes.

Esperava-se que a problemática da desnutrição surgisse como uma dessas preocupações, através da investigação dos temas geradores (1º momento de Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire) dentro da própria família, onde em conjunto tentaria-se buscar uma ação mais concreta para a redução deste problema.

Entretanto, dois foram os motivos que dificultaram a realização desta atividade. O primeiro foi a composição das famílias no horário de visita. Em geral, só a mãe e suas crianças estavam presentes, o que inviabilizava uma discussão mais aprofundada sobre os problemas cotidianos da família. O outro aspecto levantado foi que, de acordo com o educador Paulo Freire, os círculos de cultura só poderiam ser formados se partissem de uma necessidade do grupo. Como esta necessidade não foi evidenciada nas famílias, tentamos

trabalhar como alternativa, o que era prioridade para as mães no momento do encontro, ou seja, o que era considerado por ela, na sua visão e individual de realidade, como uma situação emergencial. A seguir, discutíamos em conjunto como poderia ser encaminhada a problemática.

Para que a acadêmica pudesse prestar o cuidado de enfermagem às crianças desnutridas selecionadas e suas famílias, com base na educação e saúde foram sucedidos os seguintes passos: primeiramente era realizado um encontro informal visando uma interação inicial, podendo ser realizado no C.S. ou através de visita domiciliar, dependendo de cada situação. Após esta interação, novos encontros eram realizados, agora objetivando uma ação conjunta com a família frente as problemáticas detectadas por elas. As consultas de enfermagem, envolvendo a avaliação da criança foram realizadas no decorrer dos encontros, de forma não sistematizada (sem um roteiro pré estabelecido)¹⁰, pois dependiam das circunstâncias de cada situação. Além disso, a acadêmica participou ou todas as consultas médicas que envolviam estas crianças, atuando de forma conjunta no diálogo relacionado à educação e saúde. A seguir, cada família será apresentada.

1ª Família

Dados iniciais: A.M¹¹, 3 meses, desnutrido mora com o pai (desempregado), a mãe e mais três irmãos (1 a e 9m - desnutrido, 4 anos e 6 anos).

1ª visita:

Chegamos aproximadamente as 9:30hs da manhã e R, mãe da criança, encontrava-se na vizinha tomando chimarrão. Fomos nos aproximando e a Agente Comunitária de Saúde (ACS) a cumprimentou e apresentou a acadêmica. Em seguida, ela nos convidou para irmos até a casa dela.

A família morava em uma servidão (beco), em uma casa de madeira de 2 cômodos. A princípio ficamos na porta pois tivemos a impressão que não nos “caberia” dentro da

¹⁰ Os roteiros utilizados no C.S. do Monte Cristo eram importantes para uma análise geral da situação da família, mas no decorrer do estágio, a acadêmica percebeu que os mesmos iam contra os princípios da metodologia adotada.

¹¹ Os nomes serão fictícios no intuito de preservar a identidade das pessoas.

casa. O cômodo da frente, aparentando uma cozinha continha fogão, geladeira, pia e uma pequena mesa. No cômodo seguinte, aparentemente o quarto, onde não chegamos a entrar, dormiam os 6 integrantes da família. O estado geral da casa era precário, principalmente no que se relacionava a higiene. O lixo e o esgoto estavam expostos e conseqüentemente haviam muitos mosquitos e moscas.

Então ela buscou o bebê, que estava sozinho no quarto. A criança apresentava estado geral bastante debilitado, com higiene precária, vômitos constantes e dermatites no couro cabeludo, pescoço, tronco e região inguinal. Por alguns momentos chegamos a suspeitar de maus tratos.

Por mais que aquela situação nos chocasse, tentamos não intervir, pois aquela era uma visita apenas para interação. A única ação foi marcar uma consulta para A. no outro dia no C.S.

Consulta Médica

Data: 26/11/98

P= 4.800g

A criança apresentava características de desnutrição do tipo Marasmo. As vacinas estavam atrasadas (Sabin, DPT, Hepatite, BCG). Havia lesões difusas no tronco; no pescoço apresentava dermatite seborréica e na região inguinal dermatite amoniacal. O couro cabeludo apresentava tênia com alopecia.

No final da consulta dialogamos juntos sobre a importância dos banhos diários, do ambiente arejado da casa, das roupas limpas e da troca de fraldas frequente, para a eficácia do tratamento. Procuramos deixar a mãe à vontade quanto às suas dúvidas ou sobre qualquer outro assunto que quisesse conversar. A Assistente Social buscou junto a mãe uma sensibilização quanto ao quadro geral apresentado pela criança e o risco que ela se encontrava se continuasse assim. Ela chorou, mostrando-se bastante receptiva ao que estava sendo dialogado.

2ª visita

Chegamos a casa do R. no final da manhã e ela nos recebeu já com a criança no colo. Referiu preocupação em relação ao estado do couro cabeludo, pois temia que na

região não crescesse mais cabelo. Relatou também que seu outro filho, W(10 anos e 9 meses - desnutridos) estava com bronquite. Pedimos então para que ela o levasse ao C.S. no outro dia, pois A tinha uma consulta agendada, e desta forma, os dois seriam atendidos.

Tentamos fazer com que ela relacionasse, em conjunto com a acadêmica e as ACS a importância do estado geral de higiene de casa e das crianças, com o aparecimento das dermatites, porém, a princípio, não tivemos um resultado positivo.

A amamentação foi outro ponto que conseguimos dialogar neste dia. A mãe comentou que seu leite era fraco pois ela amamentava A sempre que ele queria e mesmo assim, ele estava desnutrido. Tentou-se discutir o porquê que A estava desnutrido, já que a possibilidade de seu leite ser fraco seria descartada. Refletiu-se em conjunto e detectou-se que A estava comendo menos devido do seu estado geral. Concluimos então que, a criança precisaria ser amamentada mais vezes e em menor quantidade.

Consulta Médica

Data: 10/12/98

P = 7.200 kg

A. havia feito todas as vacinas e tivera uma melhora importante das lesões de pele. Seu peso aumentou 2,4 kg, encontrando-se no limiar normal de peso.

W. continuava desnutrido e com bronquite suave. Conversamos um pouco sobre os fatores que predisõem a bronquite, dentre eles, o ambiente em higiene precária e sem ventilação. Discutimos também sobre a alimentação de W e, a mãe referiu que quando fica doente, ele come menos. Em conjunto discutimos então que, para amenizar o problema, W teria que seguir o tratamento recomendado e sua alimentação fosse oferecida mais vezes por dia, concomitante com a ingestão de líquidos.

Avaliação:

Apesar do pouco tempo de trabalho, conclui-se que obtivemos um resultado muito positivo frente a situação nos apresentada inicialmente. Conseguimos que o estado geral das crianças melhorasse, mas a situação existencial vivenciada por elas, ficou longe de nossas ações. Podemos evidenciar, neste caso, que a problemática estava muito além da desnutrição e por isso que as pequenas modificações conquistadas, significaram uma grande

vitória. Mas, como não conseguimos chegar a uma real conscientização da família do seu próprio estado, não podemos saber até quando as crianças continuaram evoluindo para melhor. A necessidade da continuidade do trabalho com esta família era evidente, mas como já foi colocado, a falta de recursos e de pessoal constitui-se um barreira para a saúde coletiva.

2ª família

Dados iniciais:

B, 1 ano e 3 meses de idade, é desnutrida de 2º grau. Morava com a mãe, o pai e mais 4 irmãos (17 anos, 15 anos, 3 anos e 3 meses e 5 anos e 3 meses).

1º primeira visita

Chegamos no final da manhã e A, mãe da criança, já estava a nossa espera. Ela foi muito receptiva e então começamos a conversar.

A casa desta família era de 3 cômodos, razoavelmente grandes, limpos e organizadas. Nela moravam então 7 pessoas, sendo que as três crianças apresentavam desnutrição e participavam dos programas desenvolvidos no C.S. Desta forma, eles recebiam então 2 cestas básicas do programa “Hora de Comer” e o leite do SISVAN.

O que era para ter sido uma simples visita de interação, acabou se tornando um diálogo amplo, que envolveu toda a situação existencial desta família.

A mãe referiu que o filho de 15 anos “roubava” as latas de leite e vendia na rua e que ela não sabia o que ele fazia com o dinheiro. Além disso, disse que tinha uma filha casada que sempre pedia comida, e ela sempre dava. Tentamos então dialogar sobre o porquê que ela ganhava as cestas básicas e o leite. Ela disse que eram para que as suas crianças saíssem da desnutrição. Neste momento relacionamos as duas situações em conjunto com a mãe, e ela concordou que o que ela estava fazendo não ajudava suas crianças. As cestas básicas acabavam sempre ante de completar 1 (um) mês e então ela vendia alguma coisa dela, ou da casa para comprar comida. Segundo ela, o marido não ajudava com nenhum dinheiro para a comida, pois gastava tudo em bebida e ainda, as vezes era agressivo.

Outra preocupação referida por ela neste dia foi que a filha de 17 anos tinha saído na noite anterior para um “baile” e ainda não tinha voltado. Começamos a conversar então sobre métodos anticoncepcionais e de proteção contra DST. Segundo ela, a filha era esclarecida quanto a isso, mais que mesmo assim ela se preocupava.

Consulta

Data: 22/11/98

A acadêmica só conseguiu acompanhar uma consulta desta criança, sendo que a principal discussão neste momento foi a desnutrição de 2º grau de B. Conversamos sobre os perigos que a desnutrição pode causar a longo prazo a uma criança e tentamos buscar juntos a causa da situação. Então concluímos que, mesmo recebendo as duas cestas básicas e mais o leite do SISVAN, a comida não era suficiente, devido a situação geral vivenciada naquela família. A mãe não conseguia manejar o que recebia, sendo que muitas vezes perdia o controle da situação, como no caso do filho que vendia as latas de leite.

Tentamos então juntos descobrir possibilidades para que os alimentos chegassem até a criança. Conversamos então com a mãe a importância da frequência em que os alimentos e líquidos eram dados, independente da vontade ou da quantidade que era ingerida pela criança. Dialogamos sobre a utilidade dos alimentos da Cesta Básica e trocamos idéias do que se poderia fazer para que eles fossem melhor aproveitados.

Encontros:

A partir daqui, não foram mais realizadas visitas. Por morarem próximo ao C.S., pudemos acompanhar, mesmo que informalmente, freqüentemente a criança. Ao término do estágio B tinha aumentado 400g, passando assim para a desnutrição de 1º grau.

Avaliação:

Nesta família foi possível perceber uma diversidade de situações desfavoráveis enfrentadas pela mãe diariamente. Em geral, por ela estar nesta situação a muito tempo, acabava perdendo a sensibilidade da importância destas problemáticas. Quando isso acontece, somente ações a longo prazo e trabalhando toda a família, poderiam ter resultados mais efetivos.

3ª Família

Dados iniciais:

S., 7 meses, desnutrida de 1º grau e freqüentadora da creche. Morava com o pai (que estava desempregado), a mãe (que trabalha o dia todo) e um irmão.

Encontro:

O primeiro contato com a mãe de S. foi no Centro de Saúde, após uma consulta médica. A mãe referiu preocupação e relatou que S. “ficou assim” depois que entrou na creche. Antes ela ficava em casa com o pai e até então não tinha apresentado problemas. Mencionei que então eu faria uma visita a creche e então, quando ela viesse para a próxima consulta, conversaríamos novamente.

Visita na Creche:

A creche fica localizada na comunidade do Chico Mendes, e não comporta todas as crianças da região. Em geral, há uma lista de espera para se conseguir uma vaga na creche. O estado geral do lugar é muito bom, com tudo organizado e limpo.

Ao chegarmos, fomos recebidas pela coordenadora. Dialogamos um pouco sobre a problemática, principalmente porque haviam sido detectadas mais quatro crianças desnutridas na mesma sala de S., e ela nos disse que isso era comum naquela faixa etária. A alimentação dada pela creche era controlada por uma nutricionista e portanto seria difícil constatar que o problema estava na dieta. Então, ela nos levou até a sala de S., onde conversamos com a responsável no momento. Sobre S., ela relatou que a menina comia bem, mas em seguida a todas as refeições ela evacuava. Segundo ela, não eram fezes diarreicas, mas em média quantidade. Quanto as outras crianças relatou que, na maioria da vezes, elas realizavam suas únicas refeições na creche e, provavelmente por isso é que elas eram desnutridas. Discutimos também sobre o período de adaptação das crianças, e ela colocou que, em geral, no início elas emagreciam, mas que esta fase não durava muito tempo.

Depois de todo este diálogo conseguimos então esclarecer qual a realidade da creche e assim se o estado de S. relacionava-se em verificar algum ponto com o lugar.

Consulta:**Data: 08/12/98****P= 6.630 kg - desnutrição de 1º grau**

S. continuava no mesmo quadro. Conversamos com a mãe sobre o que tinha sido averiguado na creche e então começamos a refletir sobre as possíveis possibilidades. Concluímos então que S. não tinha se adaptado ainda aos horários de alimentação oferecidos pela creche, pois quando ela estava em casa, comia várias vezes ao dia, sem um horário fixo. Então, para tentar suprir estas necessidades, uma atenção especial teria que ser dada nos horários que ela ficava em casa. Oferecer alimentos variados, muito líquido e várias vezes, foi o que estabelecemos em conjunto com a mãe.

Encontro:

Aproximadamente na metade do mês de dezembro, S. foi ao C.S. para o seu acompanhamento mensal de peso. A mãe estava bastante otimista, pois achava que ela tinha ganho peso. Verificamos assim que, realmente ela havia aumentado 420g. Mesmo continuando desnutrida, agora ela estava muito mais próxima do limiar do peso normal.

Avaliação:

Este caso foi considerado pela acadêmica como diferenciado, pois, mesmo estando dentro da realidade social daquela região, este contexto não foi evidenciado como um determinante no caso da criança. Isso possibilitou ações mais concretas, obtendo-se assim, resultados mais imediatos.

Este objetivo foi considerado alcançado pois a acadêmica prestou o cuidado de enfermagem a criança desnutrida e sua família, mesmo tendo que realizar algumas adaptações no desenvolvimento das atividades para favorecer a evolução do processo educativo preconizado.

Objetivo 4: Aprofundar revisão teórica sobre o Programa “Saúde Da Família”.

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS	APRAZAMENTO	AVALIAÇÃO
1. Procurar informar-se em eventos que abordem tema	No decorrer do estágio.	Será considerado alcançado se a acadêmica participar de 1 (um) evento no decorrer do estágio.
2. Buscar e conhecer publicações relacionadas ao assunto.	No decorrer do estágio.	Será considerado alcançado se a acadêmica buscar aprofundamento teórico.

O Centro de Saúde (C.S.) do Monte Cristo está integrado ao programa Saúde da Família há aproximadamente três anos. Este programa constitui-se hoje como a mais importante estratégia de organização das ações básicas de saúde, preconizada pelo Ministério da Saúde. Assim, uma revisão teórica mais aprofundada sobre o assunto tornou-se bastante relevante para o aprimoramento deste trabalho.

Já na primeira semana de estágio, tive a oportunidade de participar do Treinamento Introductório para Enfermeiros Supervisores do PACS da Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social (SSDS), realizado em Florianópolis, de 16 a 20 de novembro de 1998.

O PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde – caracteriza-se por uma estratégia transitória de ampliação de acesso dos serviços de saúde, até a implantação de equipes de saúde da família, ou seja, visa contribuir para a construção de um modelo assistencial com ênfase nas ações preventivas e promoção da saúde (Ministério da Saúde, 1997).

PACS e PSF estão intimamente ligados, pois ambos nada mais são do que estratégias que buscam a organização e conseqüente viabilização do SUS (Sistema Único de Saúde).

Durante estes dias de discussão sobre ambos os programas, dois foram os pontos que contribuíram muito para esta revisão.

O primeiro foi a construção coletiva, com todos os participantes do treinamento, do conceito e das atribuições do Agente Comunitário da Saúde (ACS). Desta forma, ele foi caracterizado como um identificador das situações de saúde/doença da comunidade. Não é

um profissional, mas sim um sentinela da saúde com grande potencial de mobilização por ser da própria comunidade.¹² Tem como atribuições:

- cadastrar todas as famílias em sua área de atuação;
- visitar no mínimo, uma vez por mês cada família, aumentando esta frequência quando surgir uma situação que requeira atenção especial;
- verificar no cartão da criança, reconhecer o gráfico e acompanhar se a mãe está fazendo o controle do crescimento e desenvolvimento no Centro de Saúde;
- verificar o cartão de vacinação mensalmente – se estiverem atrasadas, encaminhar a criança para o Centro de Saúde;
- orientar a família quanto ao uso do soro de reidratação oral e adoção das medidas preventivas da diarreia, bem como estratégias de evitar a desidratação;
- dar orientações para evitar infecções respiratórias agudas, que podem evoluir para pneumonia;
- incentivar o aleitamento materno;
- identificar as gestantes e encaminhá-las para o acompanhamento pré-natal. Verificar se as consultas estão feitas mensalmente;
- explicar a importância da vacinação antitetânica na gravidez, e encaminhar as gestantes para o serviço de saúde para fazer a vacina;
- informar e encaminhar as mulheres para fazer o exame preventivo de mama e colo uterino;
- informar quanto as formas de contaminação das doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS;
- estar atento a problemas que afetam o meio ambiente;
- orientar as famílias quanto a prevenção em relação as endemias, como a Dengue;
- fazer o acompanhamento das famílias que estão em tratamento de tuberculose e hanseníase.

O segundo ponto discutido no treinamento e que contribuiu para esta revisão teórica foi a discussão do perfil do enfermeiro de saúde comunitária. Assim, ele deve ser capaz de:

¹² Estas informações são de autoria dos participantes do Treinamento Introdutório para enfermeiras Supervisores do PACS.

- identificar os determinantes do processo saúde/doença nas dimensões individual e coletiva;
- utilizar o instrumental sócio-epidemiológico na determinação do processo saúde/doença com a participação da comunidade;
- levantar e sistematizar os determinantes do processo saúde-doença com a participação da comunidade;
- propor alternativas de enfrentamento dos problemas levantados de forma transdisciplinar;
- implementar estratégias de intervenção no processo saúde/doença através do cuidado de enfermagem em nível individual e coletivo, sistematizando por meio da consulta de enfermagem, visita domiciliar e trabalhos de grupo, integrados pelas dimensões assistencial, educativa, administrativa e de pesquisa;
- desenvolver a consciência crítica e atuar como agente de mobilização nas organizações populares e institucionais possibilitando a reflexão crítica das práticas de saúde.

Após a participação deste treinamento e a seguir buscando revisão teórica sobre o assunto, pude analisar a grande diferença que existe entre o ideal, preconizado pelo Ministério da Saúde e realidade da aplicação destes programas na comunidade.

No Monte Cristo, as duas equipes do PSF atendem atualmente a quatro mil famílias, em sua maioria carentes e conseqüentemente, que apresentam diversas situações desfavoráveis. Pelo grande número de famílias atendidas pelo C. S., a equipe acaba sobrecarregando funções e assim, o resultado das ações de saúde acaba não sendo tão efetivo.

Mesmo com todos os problemas enfrentados, sem dúvidas, o acesso e o atendimento nos serviços de saúde desta comunidade melhorou muito depois da implantação deste programa. Claro que, com uma estrutura física e de pessoal favorável, de acordo com a realidade local, a estratégia inicial idealizada teria muito mais possibilidades de se efetivar conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Objetivo 5: Investigar o perfil sócio-epidemiológico das crianças desnutridas frequentadoras do Centro de Saúde do Monte Cristo

Este objetivo foi incorporado ao trabalho com a finalidade de caracterizar o perfil das crianças participantes dos programas de combate a desnutrição desenvolvidos por este Centro de Saúde (C.S.). Para um aproveitamento mais amplo destas informações, foram incluídas também dados gerais das famílias destas crianças.

Desta forma, o primeiro passo foi realizar o levantamento do número de crianças que atualmente faziam o acompanhamento mensal através dos programas desenvolvidos do C. S.. A princípio foram verificadas as fichas de avaliação mensal (apêndice) das crianças que fazem parte do SISVAN (Programa Leite é Saúde), sendo identificadas 99 crianças. A seguir, do mesmo modo, foram verificadas as fichas de avaliação mensal das crianças que fazem parte do programa hora de comer, sendo identificadas 84 crianças.

O segundo passo foi verificar o número de crianças que já saíram dos programas, evidenciando o motivo do desligamento. Assim, foram identificadas então 50 crianças, sendo que, em média 45% foram desligadas porque voltaram ao seu peso normal, 35% foram desligadas por abandono do acompanhamento mensal e 20% por outros motivos, como mudança de comunidade. Esses dados nos mostram que mesmo com um alto índice de abandono do acompanhamento mensal, em geral, as crianças foram desligadas porque saíram da desnutrição, evidenciando assim o resultado positivo do desenvolvimento dos programas.

O terceiro dado verificado foi as principais doenças que acometem as crianças desnutridas. Desta, se destacaram as doenças respiratórias gerais como gripe e bronquite, a diarreia e as verminoses (anexos 2 e 3). Devido as características gerais da comunidade, de carência e conseqüente relação de lixo e esgoto desfavorável, a diarreia e as verminoses podem ser analisadas como doença comuns na comunidade. Já as doenças respiratórias tendem a uma relação mais direta com o fator de desnutrição e por isso, aparecem em primeiro lugar nas doenças que predispõem estas crianças.

E por fim, na tentativa de caracterizar um perfil mais amplo do contexto das crianças desnutridas, foram verificados dados gerais de suas famílias como, escolaridade do pai e da mãe, número de filhos, frequência da creche e renda mensal. Desta forma, em uma amostra de 37 (trinta e sete) famílias foram identificados os seguintes dados: quanto a

escolaridade, o pai, em média frequentou até a 4ª série primária e a mãe até a 5ª série ginásial; em média tinham de 2 a 5 filhos, com exceção de uma família que tinha 8 filhos, que em geral não frequentavam a creche da comunidade; e, quanto a renda familiar, encontrava-se entre 1 e 3 salários mínimos, sendo que, na maioria dos casos, somente um dos pais trabalhava.

Devido ao curto espaço de tempo, não foi possível realizar uma análise conjunta com o grupo dos desnutridos dos dados apresentados. Porém, o objetivo foi considerado alcançado porque possibilitou uma caracterização geral do perfil da criança desnutrida e sua família, o que poderá favorecer as ações futuras de combate a problemática.

7 AVALIAÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO

No decorrer desta prática assistencial, pude aprender muito com o referencial de Paulo Freire. Na verdade, ele exige uma transformação da própria pessoa que o está aplicando, nas suas atitudes e no seu modo de se relacionar com o outro.

É um método diferenciado, que exige um tempo de ajustamento por parte de todos os participantes. Não visa resultados específicos, mas valoriza o que acontece no decorrer do processo.

O método é composto por etapas, porém estas não são visualizadas separadamente, pois estão presentes, junto com os conceitos, em todos os momentos da prática.

A cada família trabalhada, a cada problema levantado pela mãe da criança desnutrida, a cada reflexão sobre o problema por ela levantado e a busca conjunta de alternativas, isso caracterizou o processo. A cada vez que me contive para não induzir a mãe quanto a problemática da desnutrição, deixando que ela colocasse sobre suas prioridades e não as minhas ou a da equipe de saúde, Paulo Freire foi aplicado.

O processo também foi caracterizado com a equipe, quando buscamos em conjunto as crianças desnutridas de risco discutindo a realidade existencial de cada uma delas.

Assim, considero que trabalhar e estudar este referencial foram a “peça chave” para o desenvolvimento deste trabalho, pois, através dele, o processo educativo permeou por todos os momentos desta prática, contribuindo para o despertar crítico de todos os participantes.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluindo mais uma etapa enquanto acadêmica de enfermagem, registro a intensa experiência vivenciada durante esta prática assistencial. Foram momentos de angústia e inquietude ao deparar com a realidade de exclusão e miséria em que vive grande parte da população brasileira. São pessoas que não possuem condições dignas de sobrevivência, vivendo num mundo de desemprego ou subemprego sem ter, assegurado o mínimo indispensável para sua subsistência.

A desnutrição infantil nada mais é do que o produto desta carência generalizada. Porém, para que ocorram medidas de controle desta problemática tão alarmante em nosso país, seria necessário um maior investimento governamental no campo das políticas sociais.

Logo, através da realização desta prática com as famílias das crianças desnutridas do Monte Cristo, compreendi que a desnutrição não depende exclusivamente dos fatores biológicos, pois ela também está diretamente relacionada com os fatores sócio-econômicos.

Entretanto, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis já vem realizando várias tentativas que buscam solucionar os efeitos nocivos causados pela desnutrição infantil. No Monte Cristo, estas medidas atualmente só amenizam o problema, uma vez que não conseguem interferir na realidade social.

Através da realização de um processo educativo, a acadêmica em conjunto com as famílias buscou o desvelamento da realidade por elas vivenciada na comunidade. Mediante este processo, foi possível refletir criticamente sobre os determinantes que levavam a deterioração da qualidade de vida das famílias.

Mesmo que este processo tenha decodificado os limites da situação existencial das famílias, ao mesmo tempo ele possibilitou a criação de alternativas viáveis para aquele momento.

A utilização do referencial teórico do educador Paulo Freire facilitou o entendimento de todo o processo realizado durante o estágio. Porém este referencial requer um tempo maior de ajustamento, pois a nossa prática educativa provém de uma concepção “bancária”, onde a passividade e o imobilismo negam completamente o diálogo, inibindo a criatividade. Por outro lado, não pretendo desmerecer a importância da concepção bancária, já que a mesma também oportunizou a aquisição de conhecimentos na trajetória da acadêmica. Mas na atual conjuntura política de final de século, faz-se necessário repensar e reavaliar as concepções filosóficas do processo educativo.

No decorrer deste curso de graduação em enfermagem, obteve-se uma visão muito superficial da complexidade que envolve a saúde coletiva. Com este estudo, a acadêmica conseguiu reconhecer todo o universo que caracteriza as políticas públicas governamentais. Porém, esta vivência poderia ter sido mais rica se houvesse a participação de mais acadêmicas para discutir esta prática de saúde.

O Programa Saúde da Família também foi outro fator que contribuiu para o enriquecimento deste trabalho. Este programa constitui-se em uma proposta inovadora que está sendo implementada há pouco tempo na realidade da saúde. Na verdade, esta estratégia propõe mudanças do atual modelo curativo individual de saúde.

Por conseguinte, ter a oportunidade de conhecer a viabilização deste programa oportunizou uma comparação entre o que é idealizado pelo Ministério da Saúde e o que foi evidenciado na realidade do C.S.. Apesar desta proposta não ter sido muito discutida a nível acadêmico, acredito ser necessária que essas novas diretrizes da saúde façam parte da formação do enfermeiro, pois elas caracterizam um novo caminho para a mudança do paradigma de atenção a saúde.

Ao término desta prática assistencial, pude concluir que a temática da desnutrição infantil não pode se esgotar com esta análise. Através deste relato de experiência procurei contribuir com algumas perspectivas para a enfermagem.

A prática educativa na enfermagem possibilitou para a acadêmica o rompimento dos paradigmas biológicos, permitindo uma reflexão dos reais determinantes que condicionam a situação de vida e saúde das famílias.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

ABRAMOVAY, Ricardo. **O que é fome**. São Paulo. Abril cultural, Brasiliense, 1985. (Coleção primeiros passos: 52).

BRITO, Valdete Herdt. **Desvelando o Processo Ensino-Aprendizagem da assistência de Enfermagem** - ação e reflexão sobre a realidade com o corpo decente. Florianópolis: 1997. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.

CUNHA, A. Diana. **As utopias na educação**: ensaio sobre as propostas de Paulo Freire. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

DOMINGUES, Benito Narey Ramos. **Programa de Saúde da Família**: como fazer. Minas Gerais: Edição Revista e Atualizada, 1998. 238p.

ELSEN, Ingrid et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.

FREIRE, Paulo. **Conscientização**: Teoria e Prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3 ed. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. **Educação e Mudança**. 19 ed. São Paulo (Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993 (a)).

_____. **Pedagogia do oprimido**. 22 ed. São Paulo (Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993 (b)).

GADOTTI, Moacir. **Convite a literatura de Paulo Freire**. 2 ed. São Paulo: scipione, 1991.

- GRASEL, Mariane. Promovendo a saúde e cidadania do idoso e sua família através de ações interdisciplinares. Florianópolis, 1996. **Monografia** (Curso de Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina.
- LÉON, Roberto Breicento. Siete teses sobre la educación sanitaria para la participación comunitária. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: V. 12, n.1, p. 7-30, jan/mar. 1996.
- MONTEIRO, Carlos Augusto. **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil**. A evolução do País e suas doenças. São Paulo: Hucitec - NUPENS/USP, 1995, 359p.
- NETO, Alfredo Castro. Desnutrição. As marcas no cérebro e na conduta da criança. Revista **Pediatria Atual**. São Paulo, v. 9, n.8, p. 79-81, agosto, 1996.
- NITSCHKE, R. G. **Nascer em família: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável**. Florianópolis: UFSC, 1991. 313p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina
- OLIVEIRA, Miguel Darcy. Revisão histórica: a trajetória dos autores e de suas obras. In Instituto Pichon - Riviére de São Paulo. **O processo educativo segundo Paulo Freire & Pichon - Riviére**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1991.
- QUADROS, Neuseli. Utilização do referencial teórico elaborado pelas enfermeiras do CEPON, no cuidado do paciente com diagnóstico de câncer. Florianópolis, 1997. **Monografia** (Curso de Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina.
- SANTOS, Rozilda. Saúde da Família: Possibilidades e Limites para viabilização do PSF na região do Monte Cristo. **Monografia** apresentada ao Curso de Serviço Social da UFSC. Fpolis, 1998.
- SAUPE, Rosita (org.) **Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: UFSC, 1998.
- _____, **Ensinando e aprendendo enfermagem: a transformação possível**. São Paulo USP, 1992. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1992.
- Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. **Normas Técnicas da notificação da desnutrição energética-protéica grave integrada ao sistema de informação de agravos notificáveis - SINAN**. Florianópolis, maio. 1996.
- SILVA, Jaqueline Oliveira. Educação em Saúde: notas para a discussão de um campo temático. **Saúde em Debate**, nº 42, março 1994.
- VASCONCELLOS, Eymard. M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucetec, 1997.

VERDI, Marta. Qualidade de vida X compromisso da educação popular: um ponto de encontro. **Anais**. Relato de Encontro de Educação Popular e Saúde em Santa Catarina, 1999.

WHALEY, L. F. WONG, D.L. **Enfermagem Pediátrica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

10 APÊNDICE

FICHA DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Nome da Criança: _____ DN: ___/___/___.

Prontuário: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Início no programa: ___/___/___ . Desligou -se ___/___/___ . Motivo: _____

Avaliação Nutricional Mensal:

Data: ___/___/___ . Idade: ___ ano ___ meses. Vacinas ()sim () não

PESO: _____ gr ALTURA: _____ cm.

Grau de desnutrição: () 1° () 2° () 3° grau.

Intercorrências: _____

VD: ()sim () não . Curso Cozinha () sim () não . Reunião Mães ()sim () não.

Data: ___/___/___ . Idade: ___ ano ___ meses. Vacinas ()sim () não

PESO: _____ gr ALTURA: _____ cm.

Grau de desnutrição: () 1° () 2° () 3° grau.

Intercorrências: _____

VD: ()sim () não . Curso Cozinha () sim () não . Reunião Mães ()sim () não.

Data: ___/___/___ . Idade: ___ ano ___ meses. Vacinas ()sim () não

PESO: _____ gr ALTURA: _____ cm.

Grau de desnutrição: () 1° () 2° () 3° grau.

Intercorrências: _____

VD: ()sim () não . Curso Cozinha () sim () não . Reunião Mães ()sim () não.

Data: ___/___/___ . Idade: ___ ano ___ meses. Vacinas ()sim () não

PESO: _____ gr ALTURA: _____ cm.

Grau de desnutrição: () 1° () 2° () 3° grau.

Intercorrências: _____

VD: ()sim () não . Curso Cozinha () sim () não . Reunião Mães ()sim () não.

Data: ___/___/___ . Idade: ___ ano ___ meses. Vacinas ()sim () não

PESO: _____ gr ALTURA: _____ cm.

Grau de desnutrição: () 1° () 2° () 3° grau.

Intercorrências: _____

VD: ()sim () não . Curso Cozinha () sim () não . Reunião Mães ()sim () não.

11 ANEXOS

Anexo 1

Cronograma de Atividades Desnutridos

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DESNUTRIDOS

PROGRAMA LEITE É SAÚDE

10/11 - N.S Glória/Promorar

10/11 - M. Cristo/Alojamento/Panorama

01/12 - Chico Mendes

02/12 - N. Horizonte

08/11 - N. S. Glória/Promorar

09/11 - M Cristo/Alojamento/Panorama

PROGRAMA HORA DE COMER

17/11 - Chico Mendes/M. Cristo

18/11 - N.S. Glória/Promorar/Alojamento/N. Horizonte

19/11 - Pesagem crianças novas

24/11 - Entrega cestas básicas

15/12 - Chico Mendes/M. Cristo

16/12 - N.S. Glória/Promorar/Alojamento/N. Horizonte

17/12 - Entrega cestas básicas

25/11 - Encontro Educativo - Casa Padu - 14:00hs

27/11 - Alimentação Alternativa - 8:00hs

Anexo 2

Infecção Aguda comuns do Trato Respiratório

Infecções Agudas Comuns do Trato Respiratório

As infecções do trato respiratório são a causa mais comuns de doença na infância. As crianças pequenas ordinariamente tem de 4 e 5 dessas infecções por ano. Em geral, é causada por vírus, particularmente nas passagens respiratórias superiores.

As manifestações gerais das infecções respiratórias agudas em criança são: tosse, congestão nasal, febre. Em algumas crianças ainda pode ocorrer: convulsões febris, anorexia, vômitos, meningismo, diarreia e dor abdominal.

Infecções agudas das vias superiores de condução aérea.

As vias superiores de condução aérea incluem o nariz, nasofaringe e a faringe. A faringite e a nasofaringite (o equivalente do resfriado comum) são extremamente comuns nas faixas etárias pediátricas.

Em geral, as infecções virais tem uma instalação gradual e as bacterianas têm um início abrupto.

A conduta terapêutica consiste em manter a criança em repouso, estimular a ingestão de líquidos e controlar a febre.

Infecção das vias aéreas inferiores

A porção inferior das passagens respiratórias incluem a traquéia, os brônquios e os bronquíolos. Serão relatadas a seguir, os três tipos mais comuns de infecção das vias inferiores.

◆ Bronquite Asmática

Consiste em uma resposta exagerada dos brônquios, a uma infecção do trato respiratório superior, com espasmo e exudato semelhantes àqueles de crianças maiores com asma. Tem como manifestações infecções prévia do trato respiratório superior, respiração sibilante, tosse produtivas e sinais moderados de enfisema. Tem como tratamento a utilização de broncodilatadores e expectorantes.

◆ Bronquite

Caracteriza-se por uma condição isolada pouco comum na infância, podendo acompanhar enfermidades do trato superior e inferior. Acomete principalmente crianças nos primeiros quatro anos de vida. Tem como manifestações tosse seca não produtiva e persistente, roncosp audíveis e palpáveis, podendo haver febre de baixa intensidade. O tratamento é sintomático.

◆ Bronquiolite

Uma das infecções mais comuns do trato respiratório inferior, com impacto obstrutivo máximo a nível bronquiolar. Consiste em uma hipersecreção, edema e reação inflamatória confinada aos bronquíolos menores. Sua incidência máxima é em torno dos 6 meses de idade podendo variar até 12 meses. Começa com uma simples infecção do trato superior, com secreção nasal serosa. Pode acompanhar-se de elevação moderada da temperatura. Desenvolve gradualmente dificuldade respiratória, tosse paroxística, dispnéia e irritabilidade. A seguir, taquipneia com batimento de asas nasais e retratação intercostais e subcostais. Enfisema com tórax em barril, figado e baço palpáveis, excursão respiratória superficial, estertores finas e fase respiratória prolongada. Tem como tratamento o repouso, oxigênio em casos moderados e severos e hidratação adequada.

Fonte: WHALEY, L.; WONG, D.L.. **Enfemagem pediátrica.** Rio de Janeiro : Guanabara, 1989.

Anexo 3

Diarréia

Diarréia

É definida como o aumento no número de evacuações ou uma diminuição na consistência das fezes. É um sintoma de origem variada e resulta de desordens que comprometem as funções digestivas, absorptiva e secretória.

A diarréia pode ser aguda ou crônica e as conseqüências fisiológicas variam consideravelmente em relação a sua intensidade, duração, sintomas associados, idade da criança e as induções nutritivas antes do início da diarréia.

As causas da diarréia são diversas, sendo que, os fatores que predis põem uma criança incluem.

- ◆ quanto mais nova for a criança, maior a suscetibilidade à diarréia e maior a sua intensidade;
- ◆ crianças desnutridas ou debilitadas por doenças são mais suscetíveis à diarréia;
- ◆ clima quente, onde o saneamento e a refrigeração são um problema;
- ◆ ambientes superpovoados e precários, sem condições de preparo e refrigeração de alimentos.

A diarréia aguda, uma alteração súbita na freqüência e na consistência das fezes é mais freqüente causada por um processo inflamatório de origem infecciosa, mas pode também ser resultado de uma reação à ingestão de substância tóxicas e exageros alimentares. A diarréia pode associar-se a infecções fora do trato alimentar como, por exemplo, doenças transmissíveis, infecções dos tratos respiratórios e urinários, ou a tensões emocionais. A maioria dos episódios é autolimitado e cede sem tratamento específico, desde que a desidratação resultante não crie uma complicação séria.

A diarréia crônica, quando há uma passagem de fezes amolecidas em maior freqüência por um período superior a duas semanas, associa-se mais comumente a desordem de má absorção, defeitos anatômicos, motilidades intestinal anormal, reação de hipersensibilidade ou uma resposta inflamatória.

A fisiopatologia da diarreia consiste na invasão do trato gastro-intestinal por patógenos, que produzem a diarreia por: produção de enterotoxinas que estimulam a excreção de água e eletrólitos; invasão direta e destruição das células espiteliais do intestino; e, inflamação local e invasão sistêmica por microorganismos. Contudo, os distúrbios fisiológicos imediatos e mais graves associados a doença diarreia grave são desidratação, distúrbios acidobásicos com ácidos e choque, que ocorre quando a desidratação progride ao ponto de comprometer seriamente as condições circulatórias.

As manifestações clínicas na diarreia leve são evacuações de fezes amolecidas, poucas vezes ao dia, sem outra evidência de doenças, que cessam em pouco tempo. Na diarreia moderada, a criança está mais doente, podendo ter febre, vômitos, parece irritada, eliminando várias vezes ao dia fezes amolecidas ou líquida. Se a diarreia persistir, com perda de peso, sangue nas fezes, ou se desenvolver outros sinais com respiração profunda, inquietude ou débito urinário reduzido, ela deve ser avaliada pelo médico, pois são sinais de complicações.

A conduta de enfermagem consiste em avaliar as condições da diarreia, evitar disseminação da infecção, observar possíveis sinais de complicação, prevenir desidratação, reidratar a criança, educar os pais.

Fonte: WHALEY, L.; WONG, D.L.. **Enfermagem pediátrica.** Rio de Janeiro : Guanabara, 1989.