

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

N.Cham. TCC UFSC ENF 0094

Autor: Oliveira, Denise

Título: Treinamento de líderes de saúde-



972513151

Ac. 240478

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

Treinamento de líderes de saúde-Coqueiros  
Projeto VIII? Unidade Curricular do Curso  
de Graduação em Enfermagem - UFSC

Elaborado por

Denise Oliveira  
Helen Bunn

Com a supervisão das Enfermeiras  
Elizabeth Lengert e Teresa Cristina Gaio.  
Orientação de Astrid Boehs

CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0094  
Ex.1

Florianópolis, outubro/1985.

## 1 - Introdução

"A cada dia, mais de 40.000 crianças morrem nos países em desenvolvimento. O mais cruel neste número é que a maior parte dos flagelos que dizimam estas crianças poderia ser evitada e prevenida, através de algumas medidas simples de baixo custo; ações eficazes, mas que não demandam infra-estruturas sofisticadas ou aplicação de grandes recursos." (Pastoral da Criança - pág. 09)

"Por cada criança morta há pelo menos uma que fica cega, surda, aleijada ou retardada.

A renda familiar é um dos principais determinantes da saúde infantil.

A recessão econômica causou a doença infantil, desnutrição e morte." (Apostila UNICEF, Aaron Lechtz, 85)

De acordo com os dados acima verifica-se que num contexto geral a população mundial, vem apresentando um baixo nível de saúde. Isto se dá porque os recursos utilizados na área da saúde muitas vezes, não são usados adequadamente. Algumas vezes se dá prioridade a atenção secundária e terciária em flagrante detrimento da atenção primária. Em consequência do desemprego e baixa renda familiar a população diminui a baixos níveis o poder aquisitivo de gêneros alimentícios o que leva a desnutrição generalizada.

O binômio desnutrição/infecção é responsável pela alta taxa de mortalidade infantil.

A exemplo de países em desenvolvimento podemos enquadrar o Brasil.

Com uma população de 119.002.706 habitantes em 1980, 40% encontra-se na zona rural. Este número vem crescendo cada vez mais. A população rural descontente com o padrão de vida que leva, a competição com latifúndios, muda-se para a zona urbana a procura de melhores condições de trabalho e de vida. Formam-se assim os cinturões de pobreza, nas grandes cidades, com condições inadequadas de habitação, saneamento, trabalho e consequentemente de vida, isto

se dá porque o poder aquisitivo da maioria da população é baixo pois dos 92 milhões de trabalhadores, 24 milhões ganha somente até dois salários mínimos. Não há condições - assim para uma alimentação adequada, gerando desnutrição, infecção e em decorrência problemas graves, de saúde. A mortalidade infantil brasileira é assustadora. A assistência de saúde no Brasil, como em outros países em desenvolvimento, baseia-se em centros hospitalares isolados, de pouca abrangência tendo um percentual de 5 a 10% da população utilizando estes serviços, em embora dispendiosos trazem poucos resultados palpáveis. A grande massa populacional de 30 a 60% às vezes utilizam estes recursos enquanto 20 a 40% praticamente não tem acesso. Para resumir a situação da saúde nos países em desenvolvimento David Morley relata:

"Embora na maioria dos países da zona tropical e subtropical 3/4 partes da população vive em área rural, 3/4 partes dos gastos com assistência médica são aplicados na área urbana, onde vivem 3/4 partes dos médicos, 3/4 partes dos óbitos ocorrem por doenças evitáveis a baixo custo, mas 3/4 partes do orçamento para a saúde destina-se a serviços curativos, muitos dos quais fornecidos a alto preço."

Em 1978, a Conferência Internacional de Alma Ata, preocupada com o quadro geral da saúde recomenda que os governos direcionem sua atuação para cuidados primários de saúde. Definem este como "a acessibilidade de todos os indivíduos e famílias de uma comunidade a serviços essenciais de saúde prestados por meio que lhes sejam aceitáveis. Através de uma participação integral e a custo que a comunidade e o país possam absorver. Como tal, parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, o qual constitui o núcleo, como desenvolvimento sócio-econômico geral da comunidade".

Entendem por comunidade "pessoas que convivem dentro de uma forma de organização e coesão social. Seus membros compartilham, em maior ou menor grau, caracterís -

ticas políticas, econômicas, sociais e culturais, bem como interesses e aspirações, inclusive a saúde."

A participação comunitária, parte integrante dos cuidados primários de saúde, é o processo pelo qual os indivíduos e as famílias assumem a responsabilidade pela saúde e o bem estar próprio e da comunidade, e desenvolvem a capacidade de contribuição para o desenvolvimento pessoal e comunitário.

A utilização da filosofia dos cuidados primários de saúde, em muitos países inclusive o nosso, geram opiniões divergentes. Afirmações como as que cita Dorotéia Sich, são comuns: "Isto seria medicina de segunda classe. Será que o nosso povo não merece o melhor tipo de medicina do mundo?" O fato, continua ela, é que muitas pessoas não recebem nada e muito menos a melhor do mundo. Werner coloca a política como um dos principais obstáculos para programas que pretendem apoiar a comunidade. Nos países em que reformas sociais e agrárias são necessárias, um agente de saúde da própria comunidade, lúcido e ótimo pensa e faz demais. Por isto os governos se previnem colocando um auxiliar de saúde ou outro profissional que tenha importância menor sobre a saúde e menor ainda sobre a comunidade.

Tentativas de assistência primária com a participação comunitária são feitas de maneira isolada no Brasil.

Dentro deste contexto, onde vemos a importância da participação comunitária como o principal eixo na resolução de seus problemas, bem como os de saúde, optamos por um trabalho de comunidade na VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem.

A comunidade é periférica da cidade de Florianópolis e já assistida pela sociedade Alfa-Gente, sociedade esta sem fins lucrativos que realiza trabalhos comunitários visando principalmente atingir crianças carentes de 0-6 anos através de seus Centros de Desenvolvimento Infantil (CDI).

Nossa pretensão é realizar um projeto, com o auxílio

lio e supervisão da enfermeira da sociedade Alfa-Gente e enfermeira da CNBB, projeto que está integrado no projeto da Pastoral da Criança. Este projeto já realizado na cidade de Florestópolis, e na comunidade do Mocotô, em Florianópolis, visa o preparo de pessoas da comunidade em cinco assuntos básicos: nutrição, aleitamento materno, reidratação oral, acompanhamento do crescimento infantil e imunização. Estas pessoas após o treinamento se tornam responsáveis por dez crianças próximas de suas casas, auxiliando seus pais no controle do peso, reidratação e esclarecendo sobre nutrição, imunização e amamentação.

Após o treinamento dos líderes e implantação do projeto este trabalho será continuado pela própria comunidade com apoio e supervisão indireta da enfermeira da CNBB.

Consideramos que através dos líderes prestaremos assistência à população, de maneira que não gere dependência, que haverá repasse de conhecimentos com a própria experiência da comunidade, não havendo interferência de pessoas alheias a esta, achamos que esta é uma das soluções imediatas para a atual crise da área da saúde a nível comunitário.

## 2 - História da Comunidade

Vila Aparecida, antiga favela da Covanca, situa-se em parte no lado oeste do bairro de Coqueiros e parte no leste do Bairro Abraão (Florianópolis-SC).

A comunidade é dividida pelo terreno da Empresa Cassol, extensão de terra desabitada. Do lado de Coqueiros a rua Fermino Costa tem no seu início a faixa de terra denominada Arranha Céu e ao seu longo outra parte da comunidade onde se localiza o C.D.I. (Centro de Desenvolvimento Infantil).

Na parte pertencente ao Abraão, dividida pela rua Rosinha Campos, situa-se a rua da Fonte e a Chãcara do Alfredo, onde está localizada a Creche Domicílios. (Ver anexo nº1).

A comunidade é formada por famílias de pequenos agricultores vindos do interior a procura de emprego e por pessoas que por dificuldade de pagamento de aluguel se fixaram como posseiros.

As primeiras famílias se fixaram na localidade há mais de 40 anos, tendo uma parte da população fixa que agora luta pelo Usocapião e outra que é migrante.

Em 1977, um grupo de irmãs da Divina Providência, com intenções de fazer um trabalho diretamente com o povo, dirigiram-se à Prefeitura Municipal de Florianópolis para ter conhecimento das áreas periféricas nas quais havia condições de se desenvolver um trabalho. Este órgão informou sobre os diversos locais carentes e com a Assis-tente Social foram efetuadas visitas a estes locais. Por uma análise apenas superficial foi escolhida a favela da Covanca.

De 7 a 11 de outubro de 1977, foi feito o levantamento sociológico da comunidade pelas irmãs Bete e Emília, juntamente com os alunos do Curso Técnico de Enfermagem do Colégio Coração de Jesus na disciplina de Saúde Pública.

Através deste levantamento constatou-se que as casas possuíam energia elétrica, porém, verificou-se a falta de saneamento básico, de água encanada e a existência de grande quantidade de lixo acumulado entre as casas. Notou-se também a grande taxa de desnutrição infantil; a falta de um local adequado para colocação das crianças durante o período de trabalho das mães; a alta taxa de morbidade e mortalidade infantil e o atraso do crescimento e desenvolvimento infantil.

Decidiu-se, então, montar um C.D.I. que tinha como premissa atender as crianças de 2 a 6 anos nos três aspectos prioritários a educação, a nutrição, a saúde e posteriormente trabalhar a comunidade.

Para as crianças maiores de 7 anos há quatro escolas de 1ª e 2ª grau nas redondezas do Bairro.

Conseguiu-se que a Empresa Cassol emprestasse seu antigo escritório, que por ocasião da construção da Via de Acesso à BR-282, teve suas instalações mal localizadas.

O C.D.I. - Coqueiros teve o início de suas atividades em fevereiro de 1978, a compra de móveis foi efetuada com a retirada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço de algumas irmãs da Divina Providência, o material de cozinha e do posto de enfermagem, foi angariado por voluntários. Como material didático seria utilizado sucata.

Desde o início do C.D.I. já começou-se a desenvolver trabalhos a nível comunitário, dando entrada a processos de usucapião por mais ou menos 50 posseiros e foram formados grupos de reflexão na comunidade.

Nesta mesma época é criada a Sociedade Alfa-Gente, por ocasião do desligamento de algumas irmãs da Divina Providência do vínculo existente com o Provincialato.

Neste mesmo ano começou-se a trabalhar em uma horta comunitária no C.D.I., na qual grande número de jovens trabalharam voluntariamente.

Em 1979, através de um abaixo assinado da comunidade, exigiu-se que a COMCAP auxiliasse na remoção do lixo acumulado durante anos. Depois desta operação funciona a coleta sistemática.

O próximo passo foi conseguir que a população se mobilizasse para a implantação de fossas e de água encanada.

Conseguiu-se fazer o saneamento da rua Fermino Costa com a CASAN em regime de mutirão. Foi também formado um grupo de gestantes e dado cursos para agentes de saúde.

No final de 1980, a firma Cassol exigiu a saída do C.D.I. de suas instalações, formando-se assim um corredor de terra desocupado e sem utilidade no meio da comunidade. Começou-se, então, a procurar um novo local para realizar as atividades do C.D.I. Enquanto não se conseguia novo local para a instalação, as crianças faziam recreações em casas da comunidade, andavam pelo bairro recebendo lanches que não necessitassem de cozimento para sua preparação.

Em 1980, por ocasião da passagem da Via de Acesso à BR-282, vinte e cinco famílias tiveram que se retirar de suas moradias. O papel do C.D.I. foi de conscientização para que exigissem seus direitos. Conseguiu-se a indenização dessas famílias e uma nova moradia.

Em 1981, conseguiu-se um terreno adquirido pela Sociedade Alfa-Gente e doado a comunidade para a instalação do C.D.I. No momento está no nome de um morador, logo que se forme a Associação dos Moradores, a escritura será transferida.

O terreno em questão, era alagadiço, possuía uma vertente d'água. Pediu-se encanamento para a CASAN, porém sem sucesso. Os tubos, então, foram doados por um casal de franceses e pelo Grupo Irmãos de Capoeiras. A prefeitura emprestou dois empregados para a mão de obra. A Empresa Cassol doou uma casa antiga, com pessoas da comunidade conseguiu-se mais tábuas e se construiu o C.D.I, também em regime de mutirão. O início dos trabalhos do C.D.I., deram-se em março, quando a casa ainda não estava concluída, sendo que as pessoas que lá trabalhavam eram somente da comunidade.

Em 1982, dois grandes passos foram dados, treinou-se cinco agentes de saúde e foi criada a Creche Domíliar a pedido da comunidade. Duas mães atendiam dez crian

ças na casa de uma delas, sendo inicialmente pagas pelo SESI e depois pela Alfa-Gente.

No início de 1983 a Coordenação do C.D.I. foi assumida por duas senhoras da comunidade.

É importante ressaltar que, apesar da comunidade localizar-se próxima a três paróquias da Igreja Católica, nenhuma delas queria assumi-la. Finalmente com a mudança de direção, a paróquia Nossa Senhora do Carmo - aceitou-a.

Todas as atividades comunitárias, como as aulas de tricô, crochê, costura, grupos de reflexão, grupos de idosos eram realizadas na moradia das irmãs ou no C.D.I.

A comunidade sentia necessidade de um local específico para estas atividades, por isto esta, com auxílio da paróquia Nossa Senhora do Carmo adquiriu a Casa da Comunidade, que infelizmente estava em condições precárias. De modo que já em 1984 houve necessidade de angariar fundos para a construção de uma nova casa, e que foi doada em parte pelo Arcebispo de Florianópolis, por comunidades estrangeiras, por firmas e por promoções festivas da própria comunidade. A construção iniciou-se em dezembro de 1984 com o auxílio da comunidade.

Em março de 1985, o povo escolheu Nossa Senhora Aparecida como padroeira, mudando o nome de Covanca para Vila Aparecida.

Impressão da Equipe sobre a Comunidade.

Em visita a comunidade notamos ser carente de recursos, necessitando do término do saneamento. O aglomerado de casas, quadro comum nas periferias, são quase todas de madeira, pequenas e amontoadas. Muitas ainda, possuem terrenos pequenos, sendo possível a construção de sanitários e hortas. Muitas, embora pobres, apresentam-se bem cuidadas.

Atualmente a comunidade é composta de trabalhadores braçais, biscateiros e empregados de pequenas firmas. As mulheres trabalham como empregadas domésticas, faxineiras, contribuindo com a economia familiar.

Muitas pessoas não participam do processo que a comunidade está sofrendo, não executam as recomendações, não participam das reivindicações, segundo nos informam os agentes de saúde, Verificamos a veracidade, no momento em que vimos acúmulo de lixo atrás de algumas casas.

Notamos muito interesse da comunidade na tentativa de resolver seus problemas, sentimos grande receptividade e interesse na explanação do nosso projeto.

### 3 - Objetivos Gerais

1º - Preparar líderes de saúde que independentemente atuem na comunidade promovendo:

- maior integração de seus membros;
- maiores conhecimentos sobre a saúde especialmente da mãe e criança;
- maior participação e busca de soluções nos problemas de saúde , especialmente da mãe e da criança.

2º - Participar de um trabalho em comunidade periférica com a perspectiva de conhecer a realidade desta população.

3º - Desenvolver no estudante de enfermagem a capacidade de dividir os conhecimentos de saúde com os segmentos mais carentes da sociedade.

#### 4 - Desenvolvimento

##### OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 1

Acompanhar o levantamento das pessoas a serem treinadas.

##### Justificativa

Para que haja integração dos líderes entre si e destes com as acadêmicas é necessário um entrosamento. Através do acompanhamento de seleção de líderes se iniciará um processo de conhecimento de ambas as partes, proporcionando ambiente para implantação de um trabalho.

##### Plano de Ação

Participar das reuniões realizadas pela própria comunidade para a escolha das pessoas a serem treinadas.

##### Cronograma

- 1ª reunião em 26/08/85
- 2ª reunião em 10/09/85

##### Avaliação

Será considerado alcançado o objetivo se houver interesse e participação de pelo menos dez líderes no treinamento.

##### OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 2

Realizar reciclagem dos conteúdos a serem ministrados durante o treinamento, bem como das técnicas de transmissão dos mesmos.

##### Justificativa

A técnica empregada nas reuniões de treinamento de líderes de saúde, a didática, a exposição dos assuntos são fundamentalmente importantes para o êxito do trabalho.

"Dependendo de como e por quem é feita, a educa-

ção em saúde tem um efeito benéfico ou maléfico para o bem estar das pessoas". (BOWER e WERNER)

O emprego da linguagem correta, a forma correta de exposição deve ser amplamente estudada. O domínio da técnica e da linguagem se tornam primordiais para o bom entendimento dos conteúdos a serem repassados.

Nesta reciclagem, far-se-á a escolha dos conteúdos, o treinamento da linguagem mais adequada, da técnica de apresentação dos conteúdos apropriados, e mesmo em conhecimento mais estrito dos tópicos a serem repassados.

#### Plano de Ação

Através de encontros repetidos com a supervisora durante o período de treinamento das líderes, haverá a revisão de conteúdos das técnicas a serem usadas e linguagem adaptada à realidade.

#### Cronograma

Se dará nos dias:

- 18/09 - conteúdos de liderança.
- 19/09 - conteúdos de nutrição.
- 26/09 - conteúdos de aleitamento materno.
- 30/09 - conteúdos de TRO.
- 04/10 - conteúdos de imunização.
- 08/10 - conteúdos de crescimento e desenvolvimento.
- 09/10 - conteúdos de crescimento e desenvolvimento.

#### Avaliação:

Será considerado alcançado o objetivo se 90% dos conteúdos a serem explanados nas reuniões forem submetidos à reciclagem.

### OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 3

Efe tuar treinamen to de líderes de saúde.

#### Justifica tiva

O treinamento dos líderes de saúde será uma parte importante para o bom andamento do projeto. É através dos conteúdos assimilados nas reuniões que o líder prestará - apoio nos diversos aspectos da vida da criança, gestante e nutriz. O domínio dos conteúdos dará subsídios aos líderes a agirem na comunidade, a curto/médio prazo não dependendo da supervisão constante de pessoal qualificado.

#### Plano de Ação

Formaram-se dois grupos de dez líderes em cada , em reunião preliminar. O primeiro grupo se reunirá nas 2ª e 4ª feiras e o segundo grupo nas 3ª e 5ª feiras, ambas às 19:30 hs. Através destes dois encontros semanais, haverá a exposição dos conteúdos programados (Ver anexo nº 2).

Cada líder após o treinamento ficará corresponsável por mais ou menos dez crianças de 0 a 3 anos no que compete ao controle do peso, imunização, nutrição, reidratação oral e amamentação, juntamente com a nutrição das gestantes e nutrizes.

#### Cronograma

1º Grupo	2º Grupo	Con teúdos
18/09	19/09	liderança
23/09	23/09	nutrição
25/09	26/09	nutrição
30/09	01/10	alei tamen to ma terno
02/10	03/10	TRO
07/10	08/10	TRO
09/10	10/10	imunização
14/10	15/10	imunização
16/10	17/10	cresc. desenvolvimen to
21/10	22/10	cresc. desenvolvimen to
23/10	24/10	cresc. desenvolvimen to
28/10	29/10	cresc. desenvolvimen to
30/10	31/10	revisão

OBS: O cronograma (página anterior) é flexível, sujeito a modificação, se houver necessidade.

#### Avaliação

Será considerado alcançado o objetivo se houver resultado satisfatório nos constantes feed-back realizados durante as reuniões (40% das perguntas forem respondidas). Se houver respostas em 60% do conteúdo questionado na avaliação escrita ao final do treinamento. Numa segunda etapa através de sua atuação na comunidade.

#### OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 4

Fazer com que os líderes de saúde atuem com as famílias e consigam uma participação crescente da família e comunidade nas ações primárias de saúde.

#### Justificativa

Um trabalho para vingar deve ser implantado numa comunidade com pessoas da própria comunidade. Os líderes de saúde, assim treinados inspirarão no seu bairro e nas casas ao redor da sua uma maior credibilidade. Os líderes de saúde assumirão a comunidade se tiverem certeza do que o que fazem é importante.

#### Plano de Ação

Após o término do treinamento cada líder de saúde se responsabilizará por aproximadamente dez crianças ao redor de sua residência. É importante que, os líderes a serem treinados, sejam de área mais ou menos bem distribuídas para que atinjam todas as crianças de 0 - 3 anos, gestantes e nutrizas da comunidade. Até o término do estágio haverá supervisão direta na pesagem das crianças, auxílio no preenchimento de fichas e monitoria constante de todos os líderes.

#### Cronograma

Ao longo do treinamento e na monitoria dos líderes de saúde.

### Avaliação

O objetivo será considerado alcançado se 70 % dos líderes treinados se responsabilizarem pelo menos por dez crianças, e executarem o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança incluindo imunização, TR0, aleitamento materno, nutrição da criança de 0-3 anos, gestante e nutriz.

### OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 5

Incentivar a formação de um grupo de gestantes e nutrizes a través dos líderes de saúde.

### Justificativa

Com a formação deste grupo se estimulará a alimentação adequada da gestante e nutrizes, enfatizando a importância do aleitamento materno, dando-se noções básicas sobre o trabalho de parto, seus sinais e sintomas, mêto-dos anticoncepcionais, cuidados com o recém nascido.

### Plano de Ação

No treinamento se enfatizará a importância das gestantes e nutrizes reunirem-se, trocando idéias e expe-riências. Após a formação do grupo, se questionará os as-suntos de maior interesse, formulando assim o plano de ensino.

### Cronograma

Durante todo estágio até a formação do grupo.

### Avaliação

Será considerada alcançado o objetivo se houver a formação de um grupo de gestantes e nutrizes com a participação dos líderes de saúde.

5 - Cronograma Geral

- 22/08 a 15/09 - Elaboração do Projeto.
- 26/08 - Reunião com professores e alunos da VIII Unidade Curricular.
- 26/08 - Primeira reunião com a comunidade de Coqueiros para apresentação do projeto e acompanhamento da escolha dos líderes.
- 29/08 - Visita à comunidade de Coqueiros.
- 09/09 - Primeiro encontro com a supervisora para a reciclagem.
- 10/09 - Segundo encontro com a comunidade de Coqueiros para acompanhamento da escolha dos líderes.
- 12/09 - Apresentação do projeto para orientadora e supervisora.
- 17/09 - Apresentação do Projeto na Universidade Federal de Santa Catarina.
- 18/09 a 31/10 - Treinamento de líderes.
- 08/10 a 31/10 - Início do mapeamento e preenchimento de fichas.
- 18/09 - Reciclagem
- 19/09 - Reciclagem
- 26/09 - Reciclagem
- 30/09 - Reciclagem
- 04/10 - Reciclagem •
- 08/10 - Reciclagem
- 09/10 - Reciclagem
- 04/11 a 06/11 - Pesagem das crianças
- 07/11 a 30/11 - Acompanhamento das líderes;  
Preparação do grupo de gestantes  
Elaboração do relatório.
- 06/11 - Reunião de turma às 14 hs.
- 16/11 a 24/11 - XXXVII Congresso Brasileiro de Enfermagem - Recife.
- 02/12 a 05/12 - Pesagem das crianças.
- 03/12 - Apresentação do Relatório na Universidade Federal de Santa Catarina às 16 hs.

## 6 - Considerações Finais

"Para conquistar aquilo que falta para ter saúde, é preciso mobilizar a comunidade. Quem deve agir é a comunidade que, através de sua organização, irá decidir o que fazer e como fazer". (Celerino Carricóde)

Como Celerino, achamos que repassados os conteúdos, orientados na maneira de ação, o restante se dará dentro da capacidade de cada líder.

A ação foi planejada cuidadosamente, cada passo a ser dado foi estudado, veremos então o êxito através da avaliação e resultados.

Após o término do estágio, o acompanhamento desta comunidade se fará por uma enfermeira responsável pelo Projeto Pastoral da Criança. Esta continuará orientando a comunidade, estará presente na pesagem, fará encaminhamentos e supervisionará o andamento dos trabalhos através de reunião mensal.

Se houvesse condições melhores de vida, preocupação em ensinar a comunidade como prevenir doenças, não deixando sô na dependência do tratamento hospitalar, teríamos uma realidade diferente.

O enfermeiro como um profissional da saúde que é, tem a sua frente imenso campo a ser explorado, o campo da educação a nível comunitário. Da consciência e organização do povo depende a melhoria das condições de vida e de saúde.

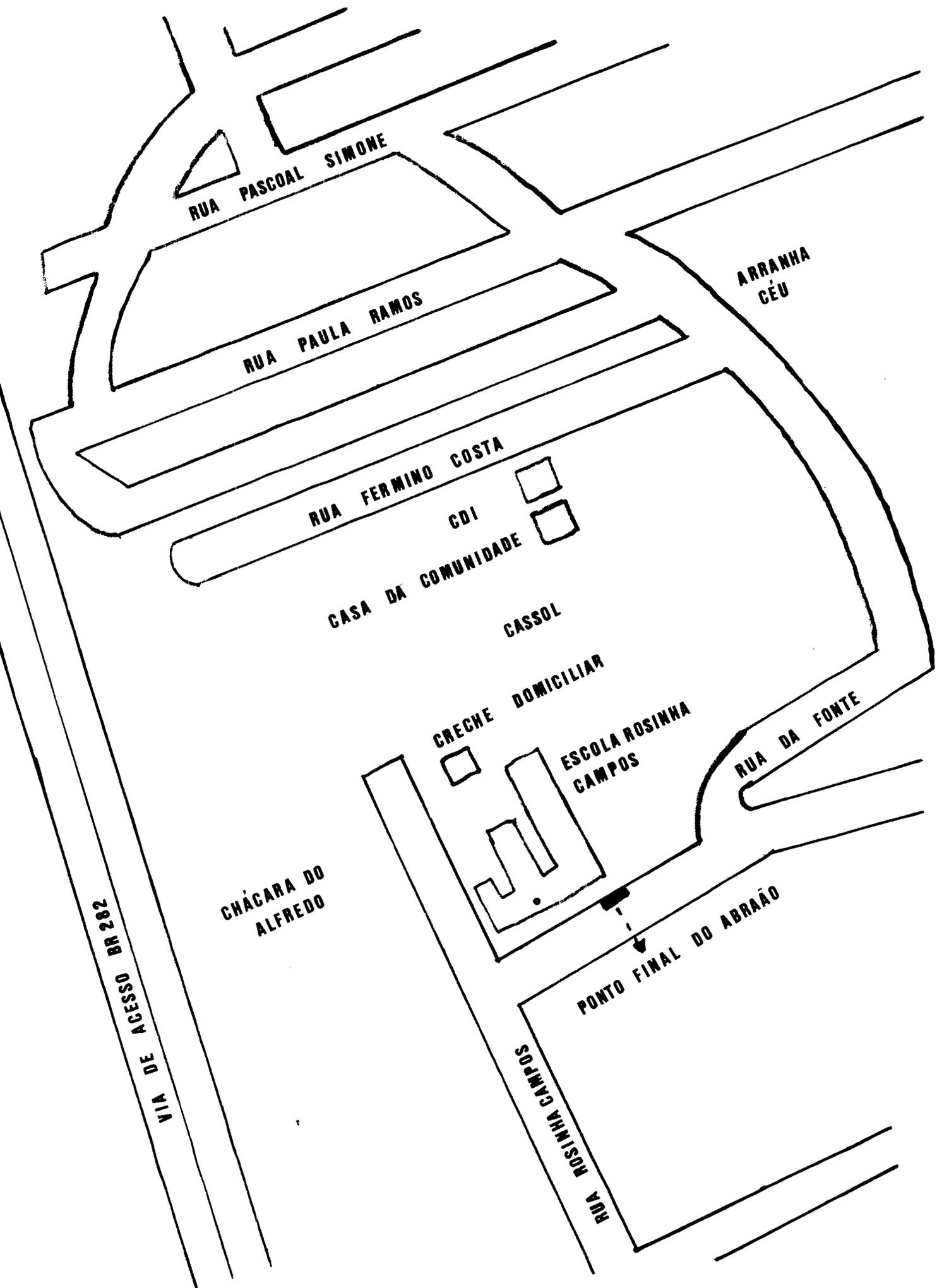
## 7 - Bibliografia

- 1 - ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO, Ações básicas na assistência integral à saúde da criança. Rio de Janeiro INAM/INAMPS. 1984
- 2 - ALEITAMENTO MATERNO E ORIENTAÇÃO ALIMENTAR PARA O DESMAME, Ações básicas na assistência integral à saúde da criança. Rio de Janeiro INAM/INAMPS. 1984.
- 3 - ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO INFANTIL. Publicação. Brasília. UNICEF. 1984.
- 4 - ALFA GENTE. Estatutos. Florianópolis, 1979.
- 5 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE DESIDRATAÇÃO INFANTIL. Apostila. Florianópolis, UFSC. 1983.
- 6 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E RECUPERAÇÃO DA DIARRÉIA NA INFÂNCIA. Apostila. Fpolis, UFSC, 1983. 4p.
- 7 - ASSISTÊNCIA E CONTROLE DAS DOENÇAS DIARREICAS. Ações básicas na assistência integral à saúde da criança. Rio de Janeiro, INAM/INAMPS. 1984.
- 8 - BAIANOVSKY, David L. e colaboradores. Manual para visitadora domiciliares. UNICEF/MPAS-SAS v.1, 42p.
- 9 - BOEHS, Astrid Eggent et alii. Manual para agente de saúde. Fpolis, UFSC. 1983. 86p.
- 10- CARRICONDE, Celerino. Medicina Comunitária. Petrópolis, Vozes, 1985. 30p.
- 11- CASSOL, Arnaldo Luiz. Êxodo rural, colonização e ecologia. Porto Alegre, Martins Livreiro, 1984. 86p.
- 12- CASTRO, Jacira Soares Rosa de. Manual para Visitadores domiciliares. UNICEF/MPAS-SAS. V.2, 63p.
- 13- CENTRO DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL. Projeto e orçamento.
- 14- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS - DE SAÚDE. Relatório., Alma-Ata, OMS e UNICEF, 1979 64p.

- 15 - COQUELUCHE, Apostila, Fpolis, UFSC, 1983. 3p.
- 16 - DESIDRATAÇÃO NA INFÂNCIA. Apostila, Fpolis,UFSC;1983  
9 p.
- 17 - DÍFTERIA, Apostila, Fpolis, UFSC,1983. 5 p.
- 18 - EXAME NEUROPSICOMOTOR SEGUNDO GESSEL. Apostila,Fpolis  
UFSC,1983. 8p.
- 19 - FATOS E NÚMEROS SOBRE A REIDRATAÇÃO ORAL. Publicação.  
Brasília, UNICEF,1984.
- 20 - FOLHETOS ILUSTRATIVOS DASP.
- 21 - KEISTER, Mary Elisabeth. Puericultura Itália, FAO,  
1967. 58p.
- 22 - KUCINSKI, Bernardo. Desnutrição,Notícia de Jornal.  
Ciência-hoje.São Paulo, 5:55-80.1983.
- 23 - LACTENTE, Desenvolvimento. Apostila. Fpolis, UFSC,1983  
16 p.
- 24 - MEDICUS MUNDI, Aachen. Novos Caminhos na Promoção da  
Saúde. São Paulo, Paulinas. 1978. 89p.
- 25 - MORLEY, David. Pediatria no mundo em desenvolvimento  
Prioridades. São Paulo, Paulinas. 1980. 453p.
- 26 - MURAHOVSKI, Jaime. Cartilha de amamentação:doando  
amor. São Paulo, ALMED, 1982.
- 27 - NUTRIÇÃO, Apostila. Fpolis,UFSC.1983.8p.
- 28 - PASSMORE, R e ROBSON, J.S. O companheiro do estudante  
de medicina. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan.1974.  
1150p.
- 29 - PASTA DE DOCUMENTOS DO CDI - Coqueiros. 1981.
- 30 - PASTORAL DA CRIANÇA, Justificativa - UNICEF/IGREJA
- 31 - PASTORAL DA CRIANÇA, Texto de locação sobre algumas  
intervenções em benefício da saúde da criança.  
Curitiba. UNICEF/IGREJA, 1985. 19p.
- 32 - PLANIFICACION DE LA SALUD EN LA AMERICA LATINA.  
Publicacion científica. Organizacion Panamericana  
de La Salud, Oficina Regional de la Organizacion  
Mundial de La Salud. 272.Washingyon. 1973. 66p.
- 33 - PROJETO PASTORAL DA CRIANÇA. Publicação. Brasília.  
IGREJA/UNICEF. 1985 12 p.

- 34 - SARAMPO . Apostila. Fpolis, UFSC. 1983. 3p.
- 35 - SCOTNEY, Norman. Educação para a saúde. Manual para o pessoal de saúde da zona rural. São Paulo, Paulinas, 1981. 158 p.
- 36 - SERVIÇOS BÁSICOS PARA CRIANÇAS E MULHERES DO MEIO URBANO POBRE. Relatório do Diretor Executivo, Brasil, UNICEF, 1984. 115p.
- 37 - TÉTANO. Apostila, Fpolis, UFSC. 1983. 3p
- 38 - TUBERCULOSE. Apostila. Fpolis, UFSC, 1983, 9 p.
- 39 - WACHTER, E. Manual de Educação Nutricional para as mães. São Paulo, Paulinas, 1981. 121 p.
- 40 - WERNER , David & BOWER, Bill. Aprendendo e Ensinando a cuidar da saúde. São Paulo, Paulinas, 1984 564p.
- 41 - WERNER, David. Onde não há médico - 5ª Ed. São Paulo Paulinas 1977, 403 pa.
- 42 - VINHA, Vera Heloisa Peleggi. Amamentação materna incentivo e cuidados. São Paulo, SARVIER, 1983. 69 p.
- 43 - ETREVISTAS: Entrevista com Emilia de Borba Santos, irmã da comunidade de Coqueiros, sobre a organização da comunidade. 9 hs. 29 de agosto de 1985.

8 - ANEXOS



## ANEXO Nº 2

### Plano de Curso

#### Título do Conteúdo

#### Noções Básicas de Liderança

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver a abordagem adequada com a comunidade.
- Conhecer os pontos básicos de um bom líder.
- Desenvolver espírito crítico.
- Desenvolver a corresponsabilidade pelas famílias e líderes.

#### Justificativa

O líder de saúde atuará em média com dez crianças nos cuidados primários de saúde, ao redor de sua residência. Como fazer para que este sinta-se responsável sem sentir-se superior a estes? E mesmo como fazê-lo sentir-se "líder"? O conteúdo de liderança, por mais sintético - que seja mostrará ao líder de saúde a abordagem adequada com a comunidade.

#### Conteúdo Programático

- Envolvimento com a população.
- Conduta e características do líder na comunidade.
- Respeito as tradições e conhecimento da comunidade com utilização destes quando não colocarem em risco a vida da pessoa que está sendo atendida.
- Reconhecimento das próprias limitações.
- Aprendizagem continuada.
- Desenvolver o espírito crítico e propor soluções com seus recursos necessários.
- Avaliação dos resultados e reformulação de planos.

### Reuniões e Local

O conteúdo será desenvolvido em um grupo no dia 18/09, no outro grupo dia 19/09, no decorrer de todo o treinamento e na monitoria.

### Recursos

- Dramatização

### Avaliação

Se dará através da observação da interação dos líderes com a comunidade.

### Título do Conteúdo

Nutrição da criança de 0 a 3 anos, gestantes e nutriz.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A alimentação tem papel de destaque em todo o ciclo biológico de uma pessoa.

" O potencial intelectual de uma criança pode ser comprometido até em torno de 50%, dependendo do grau de desnutrição intra-uterina e durante os primeiros meses e anos de vida. Nos países em desenvolvimento 30 a 40% das crianças que morrem no primeiro ano de vida nasceram com baixo peso." ( Pastoral da Criança )

Segundo o pediatra Azor José de Lima, " 17,5 Milhões de crianças em idade pré escolar estão neste estado de desnutrição." ( Estado de São Paulo - 29/09/1982 )

A desnutrição/infecção, formando um ciclo vicioso, leva a alta incidência de mortalidade infantil.

A alimentação da gestante e da nutriz ã tão importante como a alimentação da criança porque estas estão em contato direto da alimentação da criança.

### Conteúdo Programático

- Classificação dos alimentos em:
  - Carboidratos
  - Gorduras
  - Proteínas
  - Água
  - Eletrólitos e Sais Mineirais
  - Vitaminas
- Fontes e suas propriedades
- Alimentos necessários as gestantes e nos distúrbios de gravidez
- Alimentos necessários à nutriz
- Alimentos necessários à criança

### Reuniões e Local

Se farão reuniões nos dias 25 e 30/09 para o primeiro grupo e 26/09 e 01/10 para o segundo grupo na sede do C.D.I.

### Recursos

- Elaboração de cartazes
- Aulas práticas de culinária
- Folhetos ilustrativos

### Avaliação

Se fará a avaliação através das atividades desenvolvidas nas reuniões, em feed-back nas reuniões posteriores e se observando a maneira como o líder está expondo uns conhecimentos a comunidade.

### Título do Conteúdo

### Aleitamento Materno

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Citar a importância e vantagens do aleitamento ma

terno.

- Desenvolver a capacidade de orientar quanto à técnica de amamentação.
- Reconhecer e orientar quanto à problemas com a mama e amamentação.

#### Justificativa

Atualmente está novamente se dando importância - ao aleitamento materno, depois de longos anos nos quais se consideravam a mamadeira o melhor alimento.

Através da explanação do conteúdo, a própria comunidade verá que o aleitamento materno suplanta em muito, sobre os mais diversos aspectos a alimentação artificial.

A volta ao aleitamento materno além de criar laços afetivos mais estritos entre mãe e filho, poderá, juntamente com outras ações de saúde, reduzir a taxa de desnutrição infantil.

#### Conteúdo Programático

- Aleitamento materno
- Anatomia e fisiologia da mama
- Preparo do mamilo
- Características do leite
- Técnicas de amamentação
- Higiene e cuidados com a mama
- Vantagens da amamentação
  - Involução uterina
  - Imunização da criança
  - Relação mãe/filho
  - Nutrição adequada
  - Economia
  - Anticoncepcional
- Retirada do leite
- Mastiti e ingurgitamento
- Comparação com o leite de vaca
- Desmame

### Reuniões e Local

Será utilizada uma reunião para explanação do conteúdo, dia 23/09 para o primeiro grupo e 24/09 para o segundo grupo na sede do C.D.I.

### Recursos

- Cartilha de Amamentação
- Álbum seriado
- Cartazes
- Folhetos ilustrativos
- Debate, utilizando as experiências das mães - que já amamentaram.

### Avaliação

A avaliação se fará através de perguntas durante a exposição do conteúdo, além da observação das orientações e ações da líder com a comunidade.

### Título do Conteúdo

#### Reidratação Oral

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Citar os sinais e sintomas da diarreia.
- Enumerar os sinais e sintomas da desidratação.
- Ser capaz de preparar e administrar os sais de reidratação oral.
- Ser capaz de transmitir os conteúdos à comunidade.

### Justificativa

"No Brasil em 1980, ocorreram cerca de 80.000 - óbitos por doenças diarreicas, em crianças, durante o primeiro ano de vida, representando quase 30% do total das mortes nesta faixa etária". (Ministério da Saúde)

Ações simples como a reidratação oral, no aparecimento da diarreia se tornam eficazes e evitam atingir

graus mais graves.

### Conteúdo Programático

- Diarréia
  - Definição
  - Causas
  - Prevenção
  - Sinais e sintomas da desidratação
- Reidratação Oral
  - Composição dos sais
  - Maneira de administrar
  - Quantidade para administrar

### Reuniões e Local

Serão utilizadas duas reuniões para explorar o conteúdo sendo para o primeiro grupo nos dias 02 e 07/10- e o outro grupo nos dias 03 e 08/10 na sede do C.D.I.

### Recursos

- Folhetos ilustrativos
- Boneco
- Experiência demonstrativa (farinha e H<sub>2</sub>O)
- Embalagem de TRO
- Demonstração TRO caseiro
- Demonstração de diluição soro reidratante.

### Avaliação

A avaliação se dará através de questionamento ao final das reuniões e se as líderes souberem preparar o soro e transmitir seus conhecimentos a comunidade.

## Título do Conteúdo

### Imunização

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as patologias preveníveis por imunização.
- Conhecer as vacinas e o esquema de vacinação.
- Estimular os líderes de saúde para incentivar a comunidade a seguir o esquema vacinal.

#### Justificativa

"Em Recife o sarampo leva a uma taxa de mortalidade de 30%". (Ministério da Saúde)

O sarampo é uma das muitas doenças preveníveis por imunização. A exemplo dele, muitas crianças, adquirem patologias que levam a sequelas ou óbitos, por desleixo ou desinformação das comunidades a que pertencem.

Por outro lado, o sistema caótico de saúde, não mantém um serviço eficiente, em que a tabulação exata de nascimentos com conseqüente imunização, diminuiria em muito os gastos em serviços secundários e terciários.

A imunização é uma maneira eficiente de se fazer prevenção, diminuindo o nível de doenças existentes na população. Só a informação e o senso de responsabilidade, nascida na própria comunidade é que levará a conscientização da importância da vacinação e sua conseqüente utilização.

#### Conteúdo Programático

- |                |                     |
|----------------|---------------------|
| - Poliomielite | Modo de transmissão |
| - Difteria     |                     |
| - Coqueluche   | Sinais e sintomas   |
| - Tétano       |                     |
| - Sarampo      | Complicações        |
| - Tuberculose  | Trabalho e cuidados |

- Vacinas

BCG

Apresentação

Sabin

Modo de conservação

Tríplice(DPT)

Modo de aplicação

Sarampo

- Esquema vacinal

Reuniões e Local

Serão desenvolvidos os conteúdos em duas reuniões, para o primeiro grupo nos dias 09 e 14/10 e para o segundo grupo no dias 10 e 15/10 na sede do C.D.I.

Recursos

- Vacinas

- Cartazes ilustrativos

- Slides

- Cartaz esquema vacinal

Avaliação

No início das reuniões seguintes se fará feed - back com as líderes sobre os conteúdos ministrados anteriormente, através da observação direta ao longo do estágio e pelas orientações dadas pelas líderes sobre o esquema vacinal.

Título do Conteúdo

Crescimento e Desenvolvimento Infantil

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer pontos básicos sobre o crescimento normal das crianças.

- Identificar crianças de alto risco de desnutrição.

- Oferecer acompanhamento mais próximo quanto ao crescimento e desenvolvimento das crianças de 0-3 anos.

- Compreender o manuseio da balança e o preenchimento do Gráfico Caminho da Saúde.

- Fazer reciclagem das reuniões anteriormente realizadas.

#### Justificativa

O desenvolvimento de uma criança sadia ocorre progressivamente. Na impressão gráfica tem-se melhor visualização do estado geral da criança. Permite avaliar melhor as crianças de alto risco, o decréscimo do crescimento, pela pesagem mensal da criança. Através do gráfico a líder de saúde e a mãe terão noção do estado nutricional da criança de 0 a 3 anos, a variação do peso que alerta quanto a nutrição mãe ou inadequada bem como interfere no crescimento e desenvolvimento.

#### Conteúdo Programático

- Noções do desenvolvimento neuro psico motor (DNPM) da criança.

- Marcos do desenvolvimento

- Sinais e sintomas da desnutrição

- Ensinar o manuseio da balança

- Compreender o preenchimento do gráfico do caminho da saúde.

- Reciclagem de imunização

- Reciclagem de nutrição

- Reciclagem de aleitamento materno

- Reciclagem de reidratação oral

#### Reuniões e Local

A exposição do conteúdo se dará em cinco reuniões para cada grupo do dia 16 a 31/10 na sede do C.D.I.

#### Recursos

- Flanelógrafo

- Balança adulto e criança

- Quadros DNPM

- Folhetos ilustrativos
- Caderno da líder
- Fichas Caminho da Saúde
- Aulas práticas

#### Avaliação

Notar-se-ã a assimilação dos conteúdos através do desempenho nas aulas práticas e da atuação diretamente na comunidade. Preenchimento das fichas.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Relatório do Projeto VIIIº Unidade  
Curricular do Curso de Graduação  
em Enfermagem - UFSC

Elaborado por  
Denise de Oliveira  
Helen B. Bunn

Com a supervisão das Enfermeiras  
Elizabeta Lengert e Teresa Cristina  
Gaio.

Orientação de Astrid Boehs

Florianópolis, dezembro/1985.

## SUMÁRIO

I	INTRODUÇÃO	
II	RESULTADO DOS OBJETIVOS PROPOSTOS	03
III	OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	12
IV	CONSIDERAÇÕES FINAIS	14
V	AVALIAÇÃO GERAL E SUGESTÕES	17
VI	BIBLIOGRAFIA	18
VII	ANEXOS	19

Agradecemos à Astrid, Teresa e Beth pela dedicação às líderes de saúde pelo carinho e acolhida recebidos, enfim, a todos que direta ou indiretamente influenciaram e colaboraram para a execução deste projeto.

## I - INTRODUÇÃO

A melhoria das condições de vida de um povo e em consequência a sua saúde tem na educação um fator de relevância fundamental.

O saber traz dignidade, conhecimento de causa e poder de luta para mudanças. Segundo Darcy Ribeiro, verifica-se no nosso país, bem como em nosso continente a grande massa de marginalizados que, por profundos problemas sociais e políticos, que tem sua origem desde a colonização estão excluídos do sistema ocupacional regular. E por isso, este sistema não lhe proporciona o que o ser humano tem direito sem precisar mendigar ou receber como favor a educação, alimentação, moradia, preservação da moral e da cultura etc... Segundo ainda o mesmo autor, mais recentemente esta classe foi ainda mais afetada pela sua urbanização caótica que a mergulhou numa "cultura de pobreza" que se degrada cada vez mais como o passar das gerações. Perdem a cultura popular para receber informações de programas popularescos, degradam seus valores, perdem suas formas de subsistência naturais no que se refere a moradias, alimentação, como educar e criar seus filhos. Estes valores são perdidos, mas o sistema não lhes dá em troca as formas modernas de vida de cidade havendo necessidade de busca de soluções próprias para moradia, alimentação, etc... Esta solução se dá por reinvenção do modo de viver ou seja morando em favelas, desmamando o filho para a mãe trabalhar, substituindo o leite por água com farinha e assim por diante.

Seguindo a linha de pensamento de que há necessidade de resgatar os conhecimentos imprescindíveis a todo ser humano para o cuidado principalmente da mãe e da criança, desenvolvemos no período de 10 de setembro à 4 de dezembro a implantação do projeto que visa a preparação de pessoas para atuar na comunidade que são denominadas "líderes de saúde". Estas pessoas da própria comunidade, na maioria mães, outras já agentes de

saúde, professores da Creche e C.D.I. (Centro de Desenvolvimento Infantil), foram preparados através de encontros semanais e sequenciais por um período de dois meses em cinco questões básicas que são:

- nutrição (gestante, nutriz e criança de 0-3 anos)
- aleitamento materno
- TRO (Terapia de Reidratação Oral)
- imunização
- crescimento e desenvolvimento (Gráfico Caminho da Saúde).

Como espaço físico ocupou-se o próprio C.D.I. de Coqueiros-Sociedade Alfa-Gente.

Após este preparo cada "líder de saúde" tornou-se corresponsável por pelo menos 10 crianças e presta orientações e encaminhamentos a estas, gestantes e nutrizas que mora nos arredores de sua residência.

Há o encontro formal entre mães e líderes no dia da pesagem das crianças em que cada mãe com o auxílio da líder; em mãos com a ficha "Caminho da Saúde" pesa o seu filho e recebe graficamente a informação do estado nutricional deste, bem como orientação e encaminhamento se necessário.

As "líderes de saúde" recebiam a nossa supervisão direta durante o estágio, ao término deste a assistência será proporcionada pela enfermeira da CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil) que continuará acompanhando diretamente este trabalho após o término do estágio para a sedimentação do projeto.

## II - RESULTADOS DOS OBJETIVOS PROPOSTOS

### OBJETIVOS GERAIS

#### OBJETIVO GERAL Nº 1

Preparar líderes de saúde que independentemente atuem na comunidade promovendo:

- maior integração de seus membros;
- maiores conhecimentos sobre a saúde, especialmente da mãe e criança;
- maior participação e busca de soluções nos problemas de saúde, especialmente da mãe e da criança.

Resultados: Este objetivo foi alcançado através dos objetivos específicos nº 3, 4 e 5 e será melhor detalhado ao longo do trabalho.

#### OBJETIVO GERAL Nº 2

Participar de um trabalho em comunidade periférica com a perspectiva de conhecer a realidade desta população.

#### OBJETIVO GERAL Nº 3

Desenvolver no estudante de enfermagem a capacidade de dividir os conhecimentos de saúde com os segmentos mais carentes da sociedade.

Resultados: Estes dois objetivos foram alcançados e serão melhor justificados no decorrer de todos os objetivos específicos.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

### OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 1

"Acompanhar o levantamento de pessoas a serem treinadas."

Resultados: No primeiro semestre de 1985, a direção da Sociedade Alfa-Gente, consultou a comunidade de Vila Aparecida se desejava participar deste projeto. Como houve manifestação positiva que o projeto fosse implantado, marcou-se uma reunião conosco e a direção do C.D.I. - Coqueiros no dia 26/08/85 onde discutiu-se amplamente o projeto. Houve então por parte do C.D.I., a ampla divulgação na comunidade, do projeto a ser implantado. Convocando os interessados para uma reunião no dia 10/09/85. Nesta reunião sob nossa coordenação houve a participação de vinte e duas pessoas, colocou-se os pontos básicos do trabalho e marcou-se o início do treinamento. No decorrer do treinamento, houve a formação de dois grupos, um dos quais permaneceu com os componentes iniciais, o outro extinguiu-se já na primeira reunião. Decidiu-se então, fazer visitas domiciliares na tentativa de resgate de pessoal para a continuidade do grupo extinguido.

Com esta ação surgiu a oportunidade do maior conhecimento da comunidade, o entrosamento com a população e a visualização da realidade. Mesmo assim, houve o interesse e participação de onze líderes, formando-se um só grupo de treinamento

Este objetivo foi alcançado pois treinou-se onze líderes de saúde.

### OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 2

"Realizar reciclagem dos conteúdos a serem ministrados durante o treinamento bem como, das técnicas de transmissão dos mesmos".

Resultados: Todos os conteúdos desenvolvidos no "plano de curso" foram submetidos a reciclagem com a supervisora do projeto. Nesta reciclagem foram revistos linguagem e conteúdos apropriados dentro dos limites de compreensão das líderes, maneiras de exposição destes conteúdos.

As reciclagens não seguiram o cronograma previsto pois, achou-se interessante realizá-las o mais próximas possível dos conteúdos de cada reunião, vindo isso só aumentar o aproveitamento do treinamento. Foi de grande validade esta reciclagem, pelo seu teor de adequação a realidade do local de implantação. A maneira de dirigir a reunião ou mesmo a exposição dos conteúdos tinham que ser previamente estudados e esquematizados para uma melhor compreensão. Os exemplos e demonstrações a serem realizadas, tinham que ser retirados do meio da comunidade mostrando-se as atividades que cada líder iria ~~exercer~~ exercer após o treinamento.

Este objetivo foi alcançado por termos feito reciclagem de 100% dos conteúdos ultrapassando os 90% citados na avaliação do planejamento.

### OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 3

"Efetuar treinamento de líderes de saúde".

Resultados: De acordo com o planejamento as reuniões realizariam-se no período noturno, duas vezes por ~~semana~~ semana para um melhor aproveitamento por parte das vinte e duas voluntárias.

Iniciaria-se o treinamento com dois grupos de onze líderes, o primeiro nas segundas e quartas e segundo nas terças e quintas feiras. Verificou-se então grande taxa de desistência no segundo grupo, sem razões aparentes. Deliberou-se visitas domiciliares, para identificar os motivos desta desistência e resgatar novos voluntários ao treinamento.

Obteve-se na reunião seguinte como resposta as visitas domiciliares um grande número de voluntários porém, demonstrando um nível de aprendizado insatisfatório.

No decorrer das reuniões verificou-se novamente grande desistência no segundo grupo.

Decidiu-se, com as voluntárias que continuavam no treinamento unir os dois grupos para um melhor aproveitamento e enriquecimento das discussões levando-se em consideração que o fator que implicava na necessidade de dois grupos, já não existia.

Posteriormente foi identificada a causa da desistência. Mesmo com a ampla divulgação à comunidade, dos objetivos e implicações do projeto, algumas pessoas apreenderam informações errôneas e com o esclarecimento destas o projeto deixou de ser interessante.

Quanto ao conteúdo do treinamento iniciou-se com liderança. Nesta reunião viu-se os líderes da comunidade e as características destes. Utilizou-se como recursos, cartazes onde se inumerava as qualidades dos líderes.

Para o conteúdo de nutrição utilizou-se em duas reuniões, na primeira deu-se uma visão da classificação dos alimentos, como recurso utilizou-se folhetos ilustrativos. Na segunda fez-se feed back, dando ênfase a alimentação necessária a criança, gestante e nutriz. Dividiu-se as líderes em três grupos para elaboração de cartazes relacionados aos grupos alimentares. Na elaboração destes cartazes viu-se a ótima assimilação dos conteúdos explorados.

Nas duas reuniões destinadas ao aleitamento materno utilizou-se como recurso apostilas, álbuns seriados, folhetos ilustrativos e quadro negro. Mostrou-se a anatomia e fisiologia da mama, exercício para o mamilo, colheu-se experiências práticas das líderes, dando-se ênfase a importância do aleitamento materno.

Para exposição para o conteúdo de diarreia foram utilizadas duas reuniões, uma para teoria e uma para prática. Enfocou-se, a importância da prevenção da diarreia, a diferença entre diarreia e desidratação. Na parte prática, mostrou-se a diluição do soro caseiro. Estas reuniões foram ricas em experiências demonstrativas, como o boneco de TRO, a farinha e água, folhetins ilustrativos, tornando-se um dos conteúdos mais bem assimilados de todo o curso.

Utilizou-se uma reunião para o conteúdo de imunização. Viu-se as doenças preveníveis, a tabela e a via de

administração da vacina. Usou-se álbum seriado e folhetos ilustrativos. Esta aula não teve boa assimilação, necessitando de reforço posterior.

O último conteúdo a ser demonstrado foi o do crescimento e desenvolvimento. Utilizou-se cinco aulas, uma para desenvolvimento normal da criança explicado através de apostilas e cartazes. A segunda foi explicado o preenchimento da ficha "Caminho da Saúde". Utilizou-se como recurso o flanelógrafo, instrumento elaborado para demonstração do uso da ficha. Nesta mesma reunião fez-se um feed-back de todos os outros assuntos, obtendo um resultado ótimo. Na terceira reunião mostrou-se o uso da balança, desenvolveu-se aula prática em que cada líder sente seu peso através de outra líder. A quarta e quinta reuniões foram utilizadas para a distribuição de crianças por líder, preenchimento de fichas e cadernos, estabelecimento dos dias das pesagens e estruturação das reuniões de mães e gestantes.

Houve durante o treinamento mudança do número de reuniões para os conteúdos de imunização, aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento, além da realização de várias reuniões extras.

Esta flexibilidade deu-se por um melhor aproveitamento dos conteúdos, por parte das líderes, para uma melhor organização da pesagem.

No final de cada reunião, se planejava o lanche a ser servido na reunião posterior. Este lanche tinha como função demonstrar formas alternativas de alimentação, melhor aproveitamento dos alimentos, tornar o grupo mais coeso e participativo e já iniciar o treinamento da divisão de tarefas.

Este objetivo foi plenamente alcançado, depois repassou-se à comunidade todo o conteúdo proposto no planejamento, verificou-se assimilação ótima destas, através dos sucessivos feed-backs realizados e principalmente pelas orientações prestadas pelas líderes por ocasião da primeira pesagem.

Não achou-se necessário a realização da prova escrita prevista no planejamento pelas razões acima citadas.

#### OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 4

"Fazer com que os líderes de saúde atuem com as famílias e consigam uma participação crescente da família e comunidade nos cinco pontos básicos do projeto."

Resultado: Para o alcance deste objetivo, foi efetuado já durante o treinamento pelas líderes o levantamento das crianças de 0 a 3 anos que moravam próximas de suas casas.

Ao término do treinamento foi realizada uma reunião com as líderes onde se fez então a distribuição das crianças com base neste levantamento, ficando cada líder com as crianças próximas de sua casa.

Convém ressaltar que cada líder ficou com um número de crianças superior ao previsto e a distribuição não ficou uniforme. Esta reunião foi realizada sob nossa coordenação e a participação das líderes. Houve a participação de aproximadamente cinquenta pessoas. O resultado desta pode-se comprovar com o controle do peso das crianças que alcançou mais de 50% desta população. O controle de peso de crianças de 0 a 3 anos foram fixados nos dias 5,6 e 7 de novembro, sendo que cada dois líderes utilizavam um período de quatro horas. Para melhor organização foram fixados no C.D.I. listas com o nome da líder, dia da pesagem com o nome das crianças sob sua responsabilidade. Do total de 184 crianças levantadas pelas líderes, 122 crianças compareceram para a pesagem. O número de crianças que compareceram para o controle de peso por cada líder pode ser verificado nesta tabela:

LÍDERES	Nº DE CRIANÇAS	
	1º Pesagem	* Nº DE CRIANÇAS 2º Pesagem
Líder A	18	20
Líder B	17	21
Líder C	06	11
Líder D	10	15
Líder E	19	17
Líder F	15	15
Líder G	17	20
Líder H	12	22
Líder I	05	22
Líder J	14	11
TOTAL	133	178

\*Estimativa ~~para~~ remanejamento.

Durante a pesagem houve auxílio direto as líderes e conseqüentemente um contato com as crianças e as mães. Foram feitas orientações às mães; auxílio as líderes para dar orientações, encaminhamentos ao posto de saúde localizado no próprio C.D.I. das crianças com problemas.

Os resultados do primeiro controle de peso podem ser verificados em anexo nº 1. O segundo controle será efetuado em dezembro.

Após os dias de controle de peso e para proporcionar discussões, resoluções de dúvidas e acompanhamento do trabalho das líderes, foram replanejadas duas reuniões semanais com as mesmas, além de acompanhamento individual quando houvesse necessidade. Após a nossa saída do projeto este acompanhamento e estas reuniões (que conforme a decisão das líderes será mensal ou quinzenal), será coordenada pela enfermeira da CNBB, bem como o acompanhamento no controle de peso mensal e acompanhamento individual.

Consideramos o objetivo alcançado pois, 80% das líderes treinadas se responsabilizaram por ~~o~~ aproximadamente 10 crianças e 100% estão executando o acompanhamento do cresci-

mento e desenvolvimento e orientando sobre imunização, aleitamento materno, nutrição da criança de 0-3 anos, gestantes e nutrizes, demonstrando terem absorvido a essência dos conteúdos ministrados.

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 5

"Incentivar a formação de um grupo de gestantes e nutrizes através dos líderes de saúde."

Durante todo o treinamento enfatizou-se para os líderes a importância do repasse de conhecimentos às gestantes e mães, quanto a gestação, parto e cuidados com a criança. Na época do levantamento do número de crianças pelas líderes, fez-se também um levantamento das gestantes e nutrizes visando a formação de um grupo. A distribuição do número de gestantes e nutrizes por cada líder pode ser verificado na tabela que segue:

LÍDER	GESTANTES	NUTRIZES
Líder A	02	01
Líder B	05	04
Líder C	02	02
Líder D	04	01
Líder E	07	03
Líder F	05	03
Líder G	01	-
Líder H	03	03
Líder I	08	01
Líder J	-	01
TOTAL	37	17

Este grupo foi então formado e a primeira reunião realizada em 19/11/85 coordenada pelas acadêmicas e pela enfermeira supervisora pelo projeto. Durante a reunião fez-se uma explanação de como funciona o projeto, a necessidade encontrada pelos líderes para a formação do grupo, e em seguida foi explanado sobre a reprodução humana. Houve o comparecimento de 47 gestantes e nutrizes (conforme lista de presença ANEXO Nº2). As gestantes e nutrizes terão uma reunião mensal em que serão colocados outros conteúdos de seu interesse, desenvolvidos então pela enfermeira supervisora do projeto e líderes de saúde.

O objetivo foi considerado alcançado pois, formou-se o grupo de gestantes e nutrizes com a participação dos líderes. As reuniões terão continuidade, mensalmente e coordenadas pelos líderes e a enfermeira da CNBB.

### III - OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

1. Foram prestadas orientações a professores, funcionários do C.D.I. e mães.

Em diversas ocasiões foi solicitada a nossa presença para orientações ou mesmo ações relacionadas com a saúde dos professores do C.D.I., dos líderes e mesmo de mães. Por exemplo: uma mãe veio-nos perguntar sobre o resultado de um exame de fezes de sua filha.

2. Foram prestadas orientações quanto a esterelização de material.

O posto de saúde da comunidade que funciona nas dependências do C.D.I., presta serviços médicos e de enfermagem a comunidade. Tivemos a oportunidade de prestar orientações para o melhor andamento do serviço, principalmente no que se refere a esterelização de material.

3. Foram realizadas visitas domiciliares já anteriormente citadas.

4. Foram mantidos contatos com o DASP (Departamento Autônomo de Saúde Pública), LBA (Legião Brasileira de Assistência), COHAB (Companhia de Habitação) e IPUF (Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis).

No DASP conseguiu-se os folhetos que completavam as reuniões, optou-se por estes por serem de linguagem simples e com boa qualidade de informações. Houve ainda o contato com a LBA e conseguiu-se a distribuição da complementação alimentar, esta recentemente instituída para gestantes, nutrizes e crianças pelo governo federal. O levantamento feito pelas líderes das crianças, gestantes e nutrizes foi aproveitado para este fim, e se cadastrou todas estas pessoas. Neste mesmo órgão

conseguiu-se uma balança e os sais de reidratação oral. Tentou-se na COHAB e IPUF conseguir um mapa da comunidade, o que não foi possível por estes estarem desatualizados e incompletos. Este mapa seria utilizado para marcar a área onde as líderes estão atuando, sendo possível se ter uma completa visualização da nossa abrangência da comunidade.

5. Foi realizada uma reunião extra sobre verificação de temperatura, atendendo aos anseios das líderes.

#### IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

##### a. PROBLEMAS ENCONTRADOS (Pontos Negativos)

**ESPAÇO FÍSICO** - Todas as reuniões foram realizadas nas salas de aula do C.D.I. Estas são pequenas com móveis adaptados às crianças, e possuem pouca ventilação. Por ocasião da reunião de mães e gestantes o ambiente tornava-se desconfortável, abafado, sem acomodação adequada, desfavorável a uma discussão participativa. O mesmo acontece com o local para realização do peso. Extremamente pequeno, dificulta a agilização, e quando há médico atendendo no posto de saúde o peso é feito nas próprias instalações do C.D.I., funcionando junto com a creche. Para as próximas reuniões já se utilizará a casa da comunidade, ainda em fase final de construção.

**NÚMERO DE CRIANÇAS** - No projeto havia a estimativa de aproximadamente de 10 crianças para cada líder. Na realidade, houve um número bem superior a este. Para que toda a comunidade participasse, as líderes tem uma média de 13 crianças em seu caderno e uma estimativa de 17 na próxima pesagem. Há ainda um segundo fator, a disponibilidade do número de crianças para cada líder. Algumas chegam a possuir 20 crianças enquanto outras possuem apenas 8. Irá se fazer o remanejamento para diminuir este problema e no futuro preparo de mais pessoas.

**COMPARECIMENTO AO TREINAMENTO** - Houveram algumas faltas por parte das líderes, sendo os conteúdos repassados na reunião seguinte ou em horário extra pelas acadêmicas.

**FAMILIARES** - Houveram alguns contratempos com os familiares das líderes, devido as saídas noturnas para o comparecimento ao treinamento. Os familiares alegavam negligência com as tarefas domésticas e também "não haver necessidade

de se preocupar tanto como os outros".

TEMPO DE ESTÁGIO - O tempo foi simplesmente o suficiente para implantação do projeto, não houve condições de realizar a complementação e sedimentação necessária. Participou-se apenas de uma pesagem antes da apresentação do relatório, o segundo controle de peso seria uma grande contribuição para a apresentação da experiência, e será ainda realizado pelas acadêmicas juntamente com a reunião de mães e gestantes nos dias 16, 17 e 18 de dezembro.

AVALIAÇÃO - Uma grande falha, tanto no planejamento como no andamento do projeto, foi a não realização de avaliação sistemática com os líderes. Este fato nos foi cobrado e faremos uma avaliação geral somente após a apresentação do relatório.

#### b. PONTOS POSITIVOS

COMUNIDADE - Na comunidade em que se implantou este projeto, já haviam trabalhos anteriores, conscientização da comunidade para participação. Este fato facilitou altamente a realização do nosso trabalho, tanto na escolha das líderes quanto na aceitação na comunidade.

FORÇA DE VONTADE DAS LÍDERES - Mesmo atravessando dificuldades e situações adversas os líderes continuaram o treinamento e agora estão agindo diretamente na comunidade. A força de vontade e o sentimento de companherismo demonstrado foi um dos pontos mais marcantes do trabalho.

CONTINUIDADE - O projeto por suas características terá continuidade pela própria comunidade com a supervisão da enfermeira da CNBB.

### c. COMENTÁRIOS FINAIS

Como foi citado desde o início deste relatório , todos os objetivos comparados com o planejamento, foram amplamente atingidos porém, numa outra perspectiva ficam dúvidas sobre o objetivo geral número um. O tempo em que passamos em campo foi suficiente apenas para uma implantação, um despejar de conhecimentos sobre a população. A conscientização, a busca de soluções, se dará a longo prazo quando dos efeitos deste trabalho. Uma comunidade mesmo já participativa, tem um longo caminho a seguir até a união e a busca de solução em comum. No que concerne à avaliação do objetivo em si, numericamente foi atingido, basta esperar para a conscientização.

Quanto aos objetivos gerais 2 e 3, cabe ressaltar que se olharmos este trabalho globalmente e não tão didaticamente, segmentado, conseguimos além de conhecer, vivenciar a realidade da população, dividindo com ela os conhecimentos que temos.

## V - AVALIAÇÕES GERAIS E SUGESTÕES

Consideramos este trabalho imensamente rico em experiências, em troca de conhecimentos, na percepção de outras realidades e também como experiência didática. Usou-se a melhor maneira de levar ao êxito o projeto, dentro de um processo organizado. Classificamos nossa atuação como boa, dentro de todo o contexto de planejamento, execução e relato do trabalho.

Quanto as atividades do orientador, foram acertadas e dirigidas ao melhor aproveitamento possível de todas as oportunidades que iam surgindo.

A ações das supervisoras foram de acompanhamento completo, estando sempre pronta para qualquer esclarecimento e ajuda.

Todas as pessoas com quem convivemos foram as melhores possíveis e fizeram tudo que estava ao seu alcance para o bom andamento do Estágio.

Sugerimos a Sociedade Alfa-Gente que seja instituída uma supervisão de um profissional enfermeiro nas atividades relacionadas aos cuidados de enfermagem no posto de saúde do C.D.I. de Coqueiros. As agentes de saúde são sobrecarregadas de atividades, trabalhando como mão-de-obra barata, realizando atividade que não são inerentes ao seu treinamento.

Sugerimos a CNBB que faça a contratação de uma outra profissional de enfermagem para juntamente com a atual supervisora continuar a implantação do projeto. Esta atual fase de sedimentação também necessita de uma supervisão mais direta e constante.

Sugerimos que se realize uma reunião de líderes de saúde dos projetos já implantados para trocas de experiências.

Sugerimos que fosse revisto pela coordenação do curso de enfermagem as normas para a realização do estágio de VIIIº unidade curricular, para que não houvessem discussões semelhantes as ocorridas por ocasião da apresentação do planejamento deste mesmo trabalho.

VI - BIBLIOGRAFIA

1. RIBEIRO, Darcy. O Dilema da América Latina. 3 ed. Petropolis, Vozes, 1983. 273 p.
2. \_\_\_\_\_ Os Brasileiros; teoria do Brasil. 7 ed. Petrópolis, Vozes, 1983. Livro I..176p.
3. SCHAEFER, Dirce Met Ali. Desnutrição uma avaliação crítica dos enfoques do problema. Saúde em Debate, 6:16 - 20, jan./mar. 1980.
4. TORNELO, Nilton L. et Ali. Uma experiência de assistência sanitária primária. Saúde em Debate. 6 : 21-26, jan./mar. 1978.
5. SOARES, Luís Eduardo. Vendendo Saúde: O INPS e a seguridade social no Brasil, Saúde em Debate, 2: 37-47, jan./mar. 1977.
6. SICH, Dorothea. Dilema do médico: sua formação IN: Saúde da Comunidade um Desafio, São Paulo, Paulinas, 1984. 231 p. p.31-6.
7. WERNER, David. Programas rurais de Saúde na América Latina. In: Saúde da Comunidade um Desafio. São Paulo, Paulina, 1984. 231p. p.157 -167.

VII - ANEXOS

ANEXO Nº 1

Constatou-se durante a trabalho uma diferença na avaliação dos pesos nos gráficos "Caminho da Saúde" utilizados pela LBA (Legião Brasileira de Assistência) e INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição).

Tabela 1

Distribuição do peso da criança por faixa etária conforme a ficha "Caminho da Saúde" da LBA.

PESO Faixa Etária	M	AM+	am-	TOTAL
0-6 M	9	8		17
7-12 M	8	6	4	18
13-24 M	29	12	9	50
25-36 M	21	9	5	35
TOTAL	67	35	18	120

Tabela 2

Distribuição do estado nutricional da criança por faixa etária conforme ficha "Caminho da Saúde" INAN

PESO Faixa Etária	M	AM+	am-	TOTAL
0-6 M	10	5	2	17
7-12 M	8	5	5	18
13-24 M	25	3	22	50
25-25 M	24	2	8	35
TOTAL	67	15	38	120

LEGENDA

M - médio  
AM - acima da média  
am - abaixo da média

Os valores considerados normais, abaixo do normal e acima do normal no gráfico do INAN são superiores aos do gráfico utilizado pela LBA. Observou-se portanto nas tabelas acima, que na tabela da LBA (tabela 1) que: no total de 120 crianças pesadas, 67 apresentavam peso normal para a idade, 35 acima do normal para a idade, e 18 abaixo do normal para a idade. No gráfico, utilizado pelo INAN.(tabela 2) este número se alterou. Das 120 crianças pesadas, 67 apresentavam peso normal, 15 acima do normal e 38 abaixo do normal para a idade. Esta diferença é considerável visto que o número de crianças com o peso abaixo do normal aumenta se utilizarmos o gráfico do INAN. Pode-se ainda observar nas tabelas 1 e 2 que o maior número de crianças com peso abaixo do normal encontram-se na faixa etária de 13 a 24 meses.

Tabela 3

Comparação das formas de alimentação com o peso da criança de 0 a 6 meses LBA.

ALIM \ PESO	LM	LM+OU	OUTROS	TOTAL
N	4	3	2	9
AM+	1	4	3	8
am-				
TOTAL	5	7	5	17

Tabela 4

Comparação das formas de alimentação com o peso da criança de 0 a 6 meses INAN

ALIM. \ PESO	LM	LM+OU	OUTROS	TOTAL
N	4	4	2	10
AM+	1	3	1	5
am-			2	2
TOTAL	5	7	5	17

LEGENDA

\* Vide tabela 1 e 2

ALIM. - alimentação

LM - leite materno

LM+OU - leite materno+ outros alimentos

OUTROS- outros alimentos

Nas tabelas 3 e 4 comparou-se as formas de alimentação com o peso da criança de 0 a 6 meses. Verifica-se que: das 17 crianças de 0 a 6 meses, 5 foram alimentadas exclusivamente com leite materno, 7 receberam além do leite materno uma complementação com mamadeira ou mesmo alimentos sólido e 5 receberam mamadeira ou alimentos sólidos. Das crianças com peso abaixo do normal em número de 2 segundo o gráfico do INAN (tabela 4) estas foram alimentadas artificialmente.

Tabela 5

Comparação da maneira de alimentação com o estado nutricional da criança de 7-12 M conforme ficha "Caminho da Saúde" LBA.

ALIM. PESO	LM	LM+OU	OUTROS	TOTAL
M		2	6	8
AM+	1	1	3	5
am-	1	1	3	5
TOTAL	2	4	12	18

Tabela 6

Comparação da maneira de alimentação com o estado nutricional da criança de 7-12 M conforme ficha "Caminho da Saúde". INAN

ALIM. PESO	LM	LM+OU	OUTROS	TOTAL
M		2	6	8
AM+	1	1	3	5
am-	1	1	3	5
TOTAL	2	4	12	18

LEGENDA

Vide dados tabelas anteriores.

Nas tabelas 5 e 6 comparou-se as formas de alimentação com o peso das crianças de 7 meses a 12 meses. Aqui constatou-se que das 18 crianças, apenas 2 crianças receberam exclusivamente leite materno; 4 receberam leite materno e outros alimentos e 12 somente outros alimentos. Não se observa nas duas tabelas mudanças. As crianças permanecem em seus níveis tanto em uma tabela como em outra.

Tabela 7

Comparação da maneira de alimentação com o estado nutricional da criança de 13-24 M. conforme ficha "Caminho-da Saúde" LBA

ALIM. PESO	LM	LM+OU	OUTROS	TOTAL
M	1	8	20	29
AM+		4	8	12
am-		2	7	9
TOTAL	1	14	35	50

Tabela 8

Comparação da maneira de alimentação com o estado nutricional da criança de 13-24 m. conforme ficha "Caminho-da Saúde" INAN

ALIM. PESO	LM	LM+OU	OUTROS	TOTAL
M		7	18	25
AM+		2	1	3
am-	1	5	16	22
TOTAL	1	14	35	50

LEGENDA

Vide dados tabelas anteriores

Nas tabelas 7 e 8 comparou-se as formas de alimentação com o peso das crianças na faixa etária de 13 a 24 meses. Das 50 crianças desta faixa etária, 1 foi alimentada exclusivamente com leite materno, 14 ainda eram alimentadas com leite materno complementado com outros alimentos e 35 recebiam somente outros alimentos. Observou-se que nesta faixa etária o número de crianças com peso abaixo do normal principalmente se nos termos na tabela 2, é muito mais significativa do que nas outras faixas etárias.

Tabela 9

Comparação da maneira de alimentação com o estado nutricional da criança de 25-36 M conforme ficha "Caminho da Saúde" LBA

ALIM. PESO	LM	LM+OU	OUTROS	TOTAL
M		2	19	21
AM+		3	6	9
am-		1	4	5
TOTAL	0	6	29	35

Tabela 10

Comparação da maneira de alimentação com o estado nutricional da criança de 25-36 M conforme ficha "Caminho da Saúde" INAN

ALIM. PESO	LM	LM+OU	OUTROS	TOTAL
M		5	19	24
AM+			2	2
am-		1	8	9
TOTAL	0	6	29	35

LEGENDA

Vide dados tabelas anteriores.

Nas tabelas 9 e 10 comparou-se as formas de alimentação com o peso das crianças na faixa etária de 25 a 36 meses. Das 35 crianças, nenhuma recebeu somente leite materno, 6 receberam leite materno complementado com outros alimentos e 29 receberam somente outros alimentos. Observa-se que na tabela do INAN, 9 crianças estavam com o peso abaixo da média.