

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O cuidado à criança no modelo de saúde do programa médico de família (PMF) de Niterói/RJ

Valeria de Oliveira Monteiro¹

Resumo

A Fundação Municipal de Saúde de Niterói desenvolve, desde 1992, um programa de atenção integral à saúde denominado Programa Médico de Família. Inspirado na experiência cubana em medicina de família e adaptado às realidades do município, o Programa procura preservar a visão humanística do papel social das equipes de saúde, levando o serviço médico às comunidades mais carentes. São várias as frentes de trabalho com ações voltadas para as pessoas desde o nascimento até a terceira idade. Apresentamos neste artigo o cuidado à criança no modelo de saúde familiar e a capacitação para enfermeiros voltada para essa ação. As ações de cuidado à saúde da criança contemplam um sistema de vigilância à saúde que se inicia desde a gravidez, durante o pré-natal. A unidade de saúde da criança se propõe a preparar enfermeiros para o desenvolvimento de uma prática profissional norteada pelos aspectos de promoção, do cuidar e do educar em saúde da família na dimensão da saúde da criança, buscando uma reflexão crítica sobre conceitos e princípios que fundamentam essa prática de saúde.

Palavras chaves: *Saúde da Família. Saúde da Criança. Enfermagem.*

Abstract**Care to child based on Programa Médico de Família Niterói (RJ-Brazil) healthcare model**

The Fundação Municipal de Saúde de Niterói-RJ – Brazil has been developing since 1992 a program of whole attention to health, called Programa Médico de Família (Medical Program of Family). Inspired in the Cuban experience on medicine of family and adapted to the municipal realities, the Program aimed to preserve the humanistic view of the social role of the health teams, leading the medical service to the most needy communities. There are several areas of employment and with actions turned to the people from the birth to the third age. We present in this article the care to the child by the model of the familiar health and the qualification for nurses turned to this action. The actions of care to the child health contemplate a health vigilance system that begins since the pregnancy, at the prenatal stage. The unit of child health intends to prepare nurses to the development of a professional practice followed by the promotion aspects, of the care, and of the education on family health under the dimension of the child health, looking for a critical reflection about concepts and principles that substantiate this health practice.

Key words: *Family Health. Child Health. Nursing*

¹ Enfermeira. Supervisora do Programa Médico da Família de Niterói/RJ. Mestre em Enfermagem. Doutoranda da EEAN/UFRJ.

Resumen**El cuidado al niño en el modelo de salud del Programa médico de familia de Niteroi, RJ, Brasil**

La Fundación Municipal de Salud de Niteroi – Rio de Janeiro – Brasil desarrolla, desde 1992, un programa de atención integral a la salud denominado Programa Médico de Familia. Inspirado en la experiencia cubana en medicina de familia adaptado a las realidades del municipio, el Programa busca preservar la visión humanística del papel social de los equipos de salud, llevando el servicio médico a las comunidades más carentes. Son varias las frentes de trabajo e con acciones dirigidas para las personas desde el nacimiento hasta la tercera edad. Presentamos en este artículo el cuidado al niño en el modelo de salud familiar y la capacitación para enfermeros dirigida para esta acción. Las acciones de cuidado a la salud del niño contemplan un sistema de vigilancia a la salud que se inicia desde la gravidez, en el prenatal. La unidad de salud del niño se propone a preparar enfermeros para el desenvolvimiento de una practica profesional norteada por los aspectos de promoción, del cuidar y del educar en salud de la familia en la dimensión de la salud del niño, buscando una reflexión critica sobre conceptos y principios que fundamentan esa practica de salud.

Palabras claves: *Salud de la Familia. Salud del niño. Enfermería.*

UMA APRESENTAÇÃO...

Este artigo é apresentado em três etapas a fim de contribuir para a análise introspectiva do leitor sobre o modelo de cuidado prestado à criança na proposta assistencial de saúde familiar, mais especificamente no Programa Médico de Família de Niterói-RJ, para, afinal, compreender o modelo sugestivo de capacitação para enfermeiros no cuidado à criança.

NOSSA HISTÓRIA...**10 ANOS DE EXPERIÊNCIA**

A Fundação Municipal de Saúde de Niterói, apoiada pelas Associações de Moradores locais, desenvolve desde 1992 um programa de atenção integral à saúde a partir de equipes de atendimento, denominado Programa Médico de Família. Esse programa, inspirado na experiência cubana em medicina de família e adaptado às realidades do município de Niterói, procurou preservar a visão humanística no resgate do papel social das equipes de saúde, levando o serviço médico às comunidades mais carentes de uma forma totalmente inédita: fazendo com que o profissional de saúde não seja apenas um atendente, mas se torne co-responsável pela saúde das famílias de sua área.

As áreas selecionadas para o atendimento do programa referem-se às comunidades de risco – social e

ambiental, constando de 4.000 mil moradores em média por área. Essas áreas são divididas em setores com no máximo 1.000 a 1.200 pessoas cadastradas por setor, adscritas a uma equipe básica, um médico generalista e uma auxiliar de enfermagem, moradora do local.

Como são várias as frentes de trabalho e com ações voltadas para as pessoas desde o nascimento até a terceira idade, passando por gestantes, adolescentes, relações familiares e interferências do meio ambiente, existem grupos de supervisão técnico-metodológica compostos por profissionais que suprem essas categorias, atendendo em sete diferentes especialidades: clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia, saúde coletiva, enfermagem, serviço social e saúde mental. Esses profissionais capacitam, em serviço, interconsultam e avaliam o trabalho sistematicamente. Cada um desses grupos fornece suporte a até 20 equipes básicas supervisionadas e atendidas.

O PMF, embasado na metodologia participativa e nos princípios pedagógicos cria espaços para a construção da relação dos atores sociais envolvidos: a equipe básica, representada na forma de executores, a supervisão com função formadora e gerencial e/ou usuários da prestação de serviço.

Desde a sua implantação, o Programa desenvolveu-se pela lógica da reorganização das ações de saúde no município, mediante hierarquização e descentralização dos

serviços prestados de atenção à saúde, estabelecendo-se como porta de entrada, por excelência, da rede de saúde e integrado aos serviços de maior complexidade.

Os mecanismos de gerência são exercitados em reuniões de setor, para discussão de problemas comuns à situação de saúde coletiva e em reuniões de avaliação e programação, com a participação contínua dos moradores e/ou sua representação, juntamente com as equipes do PMF de cada localidade. Para resoluções e encaminhamento de questões pendentes, é mantido um fórum de discussão permanente entre coordenadores dos grupos básicos de trabalho (GBT) e presidentes das associações de moradores, com caráter deliberativo, enfatizando a gestão compartilhada do programa.

As equipes básicas ficam instaladas em uma edificação modular, por isso denominada Módulo de Médico de Família, construída na própria área, o que facilita o acesso da população à equipe e vice-versa. O módulo é composto de dois consultórios, sala de vacinação, nebulização, farmácia, pequena copa, dois banheiros e área livre de recepção e circulação. Cada módulo está equipado com recursos mínimos para funcionamento das atividades cotidianas de uma unidade de atendimento primário à saúde.

A metodologia de trabalho implica uma distribuição da carga horária de trabalho semanal – 40 horas – com atendimento em consultório para as situações captadas e livre demanda, em trabalho de campo que objetiva o processo contínuo de conhecimento da realidade e no espaço estabelecido de educação continuada. O processo de educação continuada desenvolvido pela equipe de supervisão junto à equipe básica realiza-se nos módulos ou em campo com a visita periódica (no mínimo uma vez por semana) de cada supervisor e também em um turno fixo semanal com programação elaborada previamente, fora

da estrutura dos módulos (atualmente acontecendo às quintas-feiras no período da tarde).

A proposta metodológica do programa inclui principalmente o cadastramento familiar, diagnóstico do setor, visitas domiciliares e comunitárias, trabalhos de grupos e reuniões comunitárias, promovendo a articulação intersectorial e dessa forma produzindo um envolvimento gradual da população com as principais questões ligadas à saúde no próprio local onde vive, buscando parcerias para solução dos problemas.

As Policlínicas Comunitárias e as Especialidades, localizadas nos bairros e regiões servem de referência para as equipes dos Módulos de Médico de Família, assim havendo necessidade de atendimento mais específico: as equipes encaminham os pacientes para essas Policlínicas que estão aparelhadas de forma a garantir o atendimento das especialidades.

Atualmente, o PMF está constituído por 82 equipes básicas, representadas por 82 médicos de família e 82 auxiliares de enfermagem, distribuídas em 26 áreas do município e divididas em cinco grupos básicos de trabalho, portanto, com cinco coordenações e seus respectivos grupos de supervisão, atendendo aproximadamente 80.000 moradores de Niterói.

A execução do PMF enfrenta alguns desafios e problemas inerentes ao próprio processo de trabalho: por um lado, a aproximação do conceito negativo da saúde é fato cultural de nossa população; por outro, a inexistência no mercado de trabalho do profissional de saúde com a formação e o perfil adequados para a atuação em saúde da família.

No processo de organização do trabalho, ao longo desses 10 anos de experiência, ficou estabelecido o atendimento integral à saúde da criança. Para isso, instituímos um protocolo (documento de prontuário elaborado pela

equipe do PMF) onde registramos, avaliamos e acompanhamos todas as ocorrências de saúde relacionadas à criança. Esse documento tem como objetivo principal facilitar o sistema de vigilância à saúde de cada criança de zero a 12 anos. Vale destacar que para cada ano de vida contamos em média com 18 a 20 crianças para um setor de 1000 pessoas, ou seja, de zero a cinco anos de idade; em média, temos de 90 a 100 crianças para cada setor (dados extraídos dos protocolos).

As ações de assistência e cuidado à saúde da criança contemplam no PMF, além das determinadas pelo Ministério da Saúde, tais como, imunização, estímulo e acompanhamento do aleitamento materno e vigilância nutricional, assistência as doenças prevalentes na infância (IRAS e diarreias), um sistema de vigilância à saúde que inclui, como esquema de acompanhamento, a prática que se inicia desde a gravidez, no pré-natal. Ao nascer, a criança e a parturiente são visitadas em casa logo na primeira semana e atendidas no consultório aos 15 dias pós-parto, numa interconsulta com o supervisor de pediatria.

A seguir, cumprindo o estabelecido, acontece um acompanhamento sistemático que inclui consultas e avaliações mensais com a dupla médico e auxiliar de enfermagem para as crianças com até seis meses, o que acontece também no 8º, 10º e 12º meses de vida. Nos meses 9º e 11º, a criança é avaliada pela enfermagem nas suas condições de desenvolvimento e crescimento e esquema vacinal. Para as crianças de um ano a dois anos, as consultas são de três em três meses; de dois anos até cinco anos, consultas trimestrais; o de cinco a 12 anos, consultas semestrais. Salvo as intercorrências frequentes ocorridas nessa faixa populacional.

CUIDANDO DA CRIANÇA NO MODELO DE SAÚDE FAMILIAR... UMA SUGESTÃO DE CAPACITAÇÃO PARA ENFERMEIROS

Adotamos, como proposta para capacitação de enfermeiros na prestação do cuidado à saúde da criança no modelo de saúde familiar, uma prática pedagógica que já é utilizada em capacitações desenvolvidas em saúde da família pelo Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o pessoal do PSF². Tomamos como referência para a elaboração desta capacitação, além do material instrucional do Pólo, a unidade de saúde da criança do Programa Vida Nova/Secretaria Estadual de Bem-Estar Social, de nossa autoria.

A unidade de saúde da criança se propõe a preparar enfermeiros no modelo de saúde da família para o desenvolvimento de uma prática profissional norteada pelos aspectos de promoção, do cuidar e do educar em saúde da família na dimensão da saúde da criança.

Por um lado, esta unidade busca uma reflexão crítica sobre conceitos e princípios que fundamentam essa prática de saúde. E por outro, sensibiliza os profissionais para a importância da qualidade da assistência à criança desde do pré-natal, na ação da prática da vigilância à saúde.

O programa de atividades é constituído de um material didático-pedagógico do aluno e outro do instrutor, no qual é discriminada toda a temática a ser discutida e trabalhada na sala de aula, através de dinâmicas, momentos em pequenos grupos e em plenárias, onde a sistematização dos conceitos dar-se-á através de exposições, leitura e análise de textos e debates.

A dinâmica de ensino-aprendizagem permitirá ao aluno apropriar-se dos conteúdos que estão organizados em

² Em 1997, o Ministério da Saúde abriu concorrência para a criação desses pólos no país. No estado do Rio de Janeiro foi criado o Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o pessoal do PSF, uma proposta que envolve as Universidades e serviços e que é desenvolvida em plena parceria.

seqüência de atividades a partir da problematização da realidade vivida pelos alunos para que, através da reflexão sobre essa mesma realidade e a teorização dos temas, se dê o desenvolvimento de atitudes. As seqüências de atividades guardam uma lógica intrínseca com progressivo

aprofundamento das temáticas. A base pedagógica dessa alternativa educativa está centrada no aluno, permitindo alunos ativos no processo de ensino-aprendizagem, conforme demonstrado nas seqüências de atividades dos quadros a seguir.

Quadro 1. Seqüência de Atividades 1

ATIVIDADE DO ALUNO	ORIENTAÇÃO DO INSTRUTOR
1. Participar de dinâmica introdutória de apresentação e do estabelecimento do contrato de convivência.	1. Motivar a interação do grupo e estabelecer contrato de convivência.
2. Identificar e listar os principais problemas de saúde de seu bairro e discutir: Quais os fatores que podem estar envolvidos na determinação desses problemas?	2. Dividir a turma em pequenos grupos, apoiando a discussão. De acordo com a inserção dos profissionais no PSF, os problemas listados poderão ser referentes à comunidade onde atuam, comunidade onde irão atuar ou local onde residem.
3. Apresentar em plenária o resultado das discussões.	3. Estimular a reflexão sobre os fatores determinantes do estado de saúde de uma dada população e que conformam seu perfil epidemiológico, destacando: os possíveis determinantes (bio-psico-sociais), os componentes: biologia humana, meio ambiente, estilos de vida, organização dos serviços de saúde. Refletir também sobre a responsabilidade, a contribuição e as limitações dos serviços de saúde na determinação do estado de saúde da população.
4. Ler a notícia “O caos da saúde: Superlotação no Rio começa na Baixada” 20/08/1999 – O GLOBO (Anexo 1) e responder: a) Que tipo de racionalidade orientou a organização deste modelo de serviço? b) Que conceito de saúde orienta este modelo?	4. Dividir a turma em pequenos grupos. Identificar a lógica atual da organização dos serviços de saúde. Refletir e analisar o esgotamento do modelo assistencial médico-privatista e a emergência de um modelo alternativo baseado no conceito ampliado de Saúde.

Quadro 1. Sequência de Atividades I (Contin.)

ATIVIDADE DO ALUNO	ORIENTAÇÃO DO INSTRUTOR
<p>5. Ler e discutir o texto: <i>Um Novo Paradigma Sanitário: A Produção Social da Saúde</i> in MENDES, E. V. Uma Agenda para a Saúde (Cap. 4, p 233-41)</p>	<p>5. Apoiar a atividade esclarecendo as dúvidas . Correlacionar esta discussão com a anterior - O esgotamento do modelo assistencial - que toma como referência o paradigma flexneriano e as propostas de modelo de atenção na perspectiva do paradigma da produção social da saúde.</p>
<p>6. Participar de teorização sobre o modelo de saúde da família.</p>	<p>6. Sistematizar, a partir das discussões anteriores, os princípios que norteiam o modelo de saúde da família caracterizando-o como uma estratégia estruturante do SUS.</p>
<p>7. Analisar o caso a seguir e:</p> <p>“Lúcia, residente de uma grande comunidade carente da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, procurou atendimento numa Unidade de Saúde, acompanhada de seus dois filhos menores, Flávio, de dois anos e Marcele, seis anos, com um quadro clínico compatível com dengue. Ela informa que, separada do marido há dois anos, vive com Carlos e a enteada Amanda de 10 anos, numa casa de quatro pequenos cômodos. Informa ainda, que no momento está morando em sua casa, sua irmã mais nova, vinda recentemente de outro estado em companhia do marido e de dois filhos pequenos. Além disso, ela também relata ter um filho de 10 anos, que atualmente mora com a sua sogra, em um bairro distante”.</p> <p>a) Identificar quem é a família de Lúcia;</p> <p>b) Responder: como você enfrentaria os problemas identificados?</p>	<p>7. Ressaltar a abrangência do conceito de família, histórica e culturalmente determinado, identificando os diferentes tipos (nuclear, uniparental, alargada, sem família etc). Discutir os aspectos relacionados à recuperação da saúde do indivíduo e as ações de prevenção da enfermidade e de promoção da saúde no âmbito familiar e comunitário, dando ênfase à saúde da criança.</p>

Quadro 2. Sequência de Atividades II

ATIVIDADE DO ALUNO	ORIENTAÇÃO DO INSTRUTOR
1. Representar, através de desenho, quais as crianças que você se relaciona na sua casa, seus parentes e vizinhos. Relembrar cuidados adotados pelas mães na gravidez.	1. Dividir a turma em pequenos grupos, oferecer material (papel, lápis de cor, tesoura, cola etc.) e observar a atividade. Preparar uma folha grande de papel pardo para serem colados os desenhos, á medida em que cada aluno apresente suas percepções sobre a gravidez.
2. Discutir as seguintes questões: a) Uma criança ao nascer precisa ter uma avaliação de sua condição física, quais aspectos você ressaltaria? b) Que cuidados ao RN você destacaria? c) O teste do pezinho e a vacinação feitos nos primeiros dias de vida, demandam que cuidados e orientações?	2. Apoiar o grupo a identificar a necessidade da avaliação do estado geral, o nível de higiene, a relação dos familiares com o bebê, amamentação materna e grau de atividade psicomotora da criança. Destacar a importância dos procedimentos preventivos adotados com o recém-nato.
3. Listar as ações básicas de atenção integral à saúde da criança que você identifica como procedimentos indispensáveis à assistência de enfermagem, dividindo por faixa etária: a) de zero a um ano; b) de um a dois anos; c) a partir de dois anos.	3. Dividir a turma em pequenos grupos. Apoiar a atividade, destacando aspectos preventivos de saúde da criança (alimentação, crescimento e desenvolvimento, vacinação).
4. A partir das necessidades e demandas identificadas na atividade anterior, proponha uma forma de organização e planejamento na prestação do cuidado e gerência de dados de vigilância à saúde desse grupo etário.	4. Estimular a discussão, retomando temas discutidos nas atividades anteriores. Introduzir conceito de vigilância à saúde. Apresentar o protocolo e o esquema de vigilância à saúde da criança adotados no PMF.
5. Analise o seguinte caso e a seguir responda: “Madalena, enfermeira da unidade de saúde da família, estava implementando uma ação de encontro comunitário com os moradores de sua área. Ela observa feliz que o nível de participação era elevado, muita pessoas participando. Lourdes chega apavorada pedindo ajuda, trazendo seu filho de quatro anos, com	5. Estimular a discussão, destacando os tipos de acidentes mais frequentes na infância no espaço domiciliar (envenenamento, queimaduras, quedas, picada de insetos, intoxicação medicamentosa) e os cuidados para preveni-los. Ressaltar que rotineiramente o 1º atendimento se dá na unidade de saúde da família, e que, portanto, os materiais e medicações para esses casos devem constar do plano de previsão e provisão da unidade.

Quadro 2. Sequência de Atividades II (Contin.)

ATIVIDADE DO ALUNO	ORIENTAÇÃO DO INSTRUTOR
<p>pernas, a mãe diz que o filho havia sofrido um acidente em casa, com água que estava sendo fervida no fogão”.</p> <p>Responder:</p> <p>a) Quais os acidentes que ocorrem com mais frequência com crianças?</p> <p>b) Que providências você tomaria nessa situação?</p>	
<p>6. Dramatizar uma visita domiciliar (VD) a uma família com crianças residentes.</p>	<p>6. Orientar a atividade. Destacar para a identificação dos objetivos da VD, destacando os seguintes aspectos: formação de vínculo; diagnóstico de saúde da família e comunidade; educação para a saúde; acompanhamento das famílias; busca ativa de faltosos e abandono; planejamento das ações; diminuir a ocorrência de erros e inconsistências. Destacar a importância da VD no modelo de saúde da família.</p>
<p>7. Discutir a seguinte questão:</p> <p>Diante de uma denúncia de vizinhos de violência à criança numa área de saúde da família, como você, sendo enfermeira se comportaria?</p>	<p>7. Estimular a discussão sobre situações de violência à criança, destacando os órgãos públicos envolvidos nas ações de repressão e controle e a legislação pertinente (Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) . Ressaltar a importância do Conselho Tutelar como instituição que avalia e auxilia nas situações de violência ao menor. Destacar os cuidados com essas situações no modelo de saúde familiar.</p>
<p>8. Participar da dinâmica.</p>	<p>8. Dividir a turma em dois grupos, aplicar a dinâmica do “Corpo Humano”. Discutir as experiências vivenciadas pelos alunos no processo da dinâmica consolidando as práticas de trabalho interdisciplinar nesse modelo de atenção à saúde.</p>
<p>9. Avaliação final.</p>	<p>9. Promover a avaliação da capacitação. Estimular a contribuição dos alunos na análise crítica, com discussão de grupo e aplicação de ficha de avaliação para registro dos pontos positivos e negativos e as sugestões (Anexo 3).</p>

Os quadros 1 e 2 correspondentes às seqüências de atividades I e II são implementados de acordo com o cronograma que se segue:

CRONOGRAMA

Horário Manhã (4 hs)	Seqüência I Atividades 1 a 7
Intervalo	Almoço
Horário Tarde (4 hs)	Seqüência II Atividades 1 a 9

APLICAÇÃO DE UM CASO**UMA HISTÓRIA... O CUIDADO À CRIANÇA NO PMF**

Conhecemos Raiozinho de Sol, com cinco anos de idade,³ durante a campanha de cobertura vacinal contra hepatite B, em junho de 2001. Estávamos em intenso processo de vacinação de todas as crianças e adolescentes até 19 anos de idade, conforme orientação nacional do Ministério da Saúde. Para o Programa Médico de Família (PMF), nas situações de campanha em nível nacional, atendemos toda a população, independente de ser ou não cadastrada no Médico de Família. Nesse dia, a fila para a vacina era enorme. Ficamos eu e um médico de família atendendo à clientela no módulo localizado em uma comunidade, área de cobertura de Médico de Família. Revelávamos-nos nas atividades de avaliação do cartão de vacina, registro em documentos e aplicação da vacina.

Ela estava acompanhada de sua tia, que vamos aqui denominá-la de Ajudante. Surpreendeu-nos a sua aparência, embora com traço fisionômico extremamente feminino se apresentava com vestuário masculino, o cabelo cortado rente ao couro cabeludo, usando fraldas descartáveis, facilmente confundida com um menino. Chamou a nossa atenção o seu comportamento retraído, principalmente sua reação quando tocada, encolhia-se com olhar assustado, porém não chorou ou reagiu à dor da injeção. Passada a nossa surpresa, até mesmo porque se Ajudante era nossa cliente cadastrada em um dos setores do PMF dessa comunidade como nunca havíamos captado tal criança??!

Uma investigação carregada de espanto e interesse foi iniciada por nós.

A tia nos contou que a criança estava com quatro anos de idade, é filha de sua irmã mais nova e que até dois meses atrás vivia com a mãe perambulando pelas ruas de uma cidade do interior do Estado. Informou que, por dificuldades, a irmã decidiu então entregar uma das filhas para a avó “criar”, passando assim a criança a viver com a avó e a tia. Disse que o cabelo foi cortado dessa maneira “de tanto piolho”, as roupas eram doações dos primos, ainda fazia “xixi na calça”, então a outra tia “comprava fraldas pr’a ela sair” e que ela era muito quieta, “quase não fala”. Queixava-se das dificuldades em manter a situação por suas limitações, e até mesmo pelas condições de moradia em que viviam e relatava as tentativas de transferir a criança para a casa de sua outra irmã “que pode cuidar dela”.

Já sabíamos que tanto essa tia quanto sua avó apresentavam limitações cognitivas, além de outras patologias, pois as duas são nossas clientes e recebem a assistência indicada. Conhecíamos a estrutura e composição dessa família e, portanto, sabíamos também que havia uma outra “tia” moradora na mesma comunidade, nossa cliente cadastrada em outro setor, que morava com seus três filhos. Iniciamos então a tarefa do “cuidado a essa criança no modelo de saúde do Programa Médico de Família”.

Nesse primeiro encontro, Raiozinho de Sol não conversou, por mais que insistíssemos no diálogo, só fomos detectar uma enorme dificuldade de fala num outro encontro quando ela foi agendada e atendida por seu

³A fim de preservarmos a identidade da menor, optamos em identificá-la por esta denominação fictícia, até mesmo porque a criança nos lembra de fato um raiozinho de sol.

médico de família, para avaliação clínica junto à supervisão de Pediatria. Persistia com sua postura retraída, recusando qualquer contato físico. Abrimos um protocolo da criança e a partir daí foram solicitados e realizados exames e avaliações, dentro da rede de referência e contra-referência do município. Ao mesmo tempo, implementamos contato com a “tia” que talvez pudesse acolhe-la, segundo sugestão da própria família (tia e avó), e para nós particularmente também achávamos que Raiozinho de Sol teria melhores condições ambientais de vida. E foi o que aconteceu, a tia também queria e achava necessário acolher a criança em sua casa. A criança passou a residir na casa dela, que vou chamá-la de Anjo, em companhia de seus três outros primos, uma menina de 10 anos e dois meninos de sete e 15 anos, uma casa de vários cômodos, com instalações e espaço físico adequados.

Anjo trabalhava em horário integral em um salão de cabeleireiro da região, era responsável pelo sustento e manutenção da casa e dos filhos, não contava com a contribuição financeira do pai de seus filhos e ainda contribuía com o sustento de sua mãe e irmãos. Além do que ficava o dia todo fora de casa, inclusive nos finais de semana. Iniciamos um trabalho em parceria com Anjo para a criação de um ambiente e condições para permanência de Raiozinho de Sol em sua casa.

Junto à direção da creche comunitária do bairro, matriculamos a criança em horário integral: ao mesmo tempo, inscrevemos as três crianças (Raiozinho e seus primos mais novos), agora sob os cuidados de Anjo, na Fundação Gol de Letra⁴, que à época começava suas atividades na região; assim as crianças passaram a freqüentar as atividades da Fundação três tardes por semana. Conseguimos, junto a instituições que já contribuía com outras famílias, o fornecimento de uma cesta básica para a nova família de Anjo; encaminhamos as três crianças para atendimento dentário na Policlínica Comunitária da região; acompanhamos o início do tratamento de fonoaudiologia, também na Policlínica Comunitária. Providenciamos o passe-livre para a criança e seu acompanhante a fim de

facilitar o deslocamento para os devidos locais de tratamento, assim como implementamos um intenso programa de treinamento junto à Ajudante a fim de a habilitarmos para acompanhar nesses locais.

Paralelamente, participávamos do processo de socialização de Raiozinho de Sol, implementando e acompanhando atividades de visitas, por exemplo, ao supermercado, ao parque de diversão e ao *shopping* da região, e estimulando sua participação nas atividades locais e na creche.

Atualmente, Raiozinho de Sol é aluna de uma escola para crianças especiais em Niterói onde faz tratamento fonoaudiológico e psicológico, é avaliada periodicamente pela equipe de saúde do seu setor no PMF, com investigação da história genética. Mantém uma relação de muito afeto com toda a equipe. Embora com sua dificuldade de fala e seu comportamento ainda retraído, mas bem menos que quando a conhecemos, conversa, canta, conta-nos histórias de sua vidinha e chora quando contrariada. Seus cabelos cresceram, dourados e cacheados. Em agosto de 2001, comemoramos seus seis anos de idade.

Vale ressaltar que as ações no PMF são todas desenvolvidas de forma interdisciplinar assim, além do médico de família e a auxiliar de enfermagem do setor onde Raiozinho de Sol é cadastrada, participaram de forma integrada na ação de cuidados, a pediatra, a assistente social, a clínica, ou seja, a equipe de supervisão.

POR FIM...

Não me propus apresentar dados numéricos do PMF na assistência a sua clientela infantil, embora se saiba da sua grande importância no gerenciamento, planejamento e avaliação de qualquer serviço de saúde. Desejei, sim, apresentar uma proposta de capacitação para enfermeiros dentro de um cotidiano de trabalho que também contemplasse uma história... uma vidinha, que representa todas as outras vidinhas com suas histórias, permitindo assim uma capacitação também de sensibilidade e afeto.

⁴ A Fundação Gol de Letra é uma instituição social que desenvolve atividades educativas para a promoção da criança e do adolescente que tenham como proposta despertar o prazer de aprender. Tem como objetivo oferecer atendimento integrado em educação e assistência social para crianças de cinco a 14 anos, em período complementar à escola. Para os instituidores da Fundação, os jogadores de futebol Raí de Souza Vieira de Oliveira e Leonardo Nascimento de Araújo, o programa “Virando o Jogo”, implantado em Niterói, visa contribuir para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, ampliando seu universo cultural e educacional por meio de programas de socialização e aprendizagem em esportes, artes e complementação escolar.

BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, A .M. ET AL. Pólo de Capacitação em Saúde da Família do Rio de Janeiro PCSF/ RJ. **Treinamento Introdutório para Equipe Básica do PSF: material instrucional**. Rio de Janeiro. Outubro. 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Criança. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília (DF): Governo do Brasil. 1991.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde**. Brasília (DF): Governo do Brasil. 26, de janeiro de 2001.

FREITAS, L. A. P SUPERLOTAÇÃO NO RIO COMEÇA NA BAIXADA. **Jornal O Globo**. 20 de agosto de 1999. <http://www.oglobo.com.br/rio/bebes/rio102.htm>

LIMA, P. G. Supervisão: **Algumas Considerações para o Debate**. Documento Instrutivo do Programa Médico de Família. Niterói, 1997 (MIMEO).

SENNA, M.C.M. **Municipalização e Controle Social: o Programa Médico de Família em Niterói**. 1995. Dissertação (mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ, 1995.

MONNERAT. G.I. **Médicos: Atores Sociais e as Mudanças Atuais no Setor Saúde – a experiência do município de Niterói**. 1995. Dissertação (mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ, 1995.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NITEROI. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **PROGRAMA MÉDICO DA FAMÍLIA: Gestão Pública e Cidadania**. Niterói. 1997 (MIMEO).

_____. **Projeto de implantação do PMF**. Niterói (MIMEO).

_____. **Relato de experiência**. Maio . 1994 (MIMEO).

_____. **Relato de experiência**, Setembro. 1994 (MIMEO).

SILVA, M. A: **O Programa Médico de Família como estratégia de um novo modelo assistencial: a experiência do município de Niterói**. 1998. Monografia (Curso de Especialização). Rio de Janeiro: Faculdade de Serviço Social/UERJ, 1998.

TEIXEIRA, S. C. ; MONTEIRO, V.O.; MIRANDA, V.A. Programa Médico de Família no Município de Niterói. **Revista Estudos Avançados - USP - n° 13 (35)**. 1999.