



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Melissa Sayuri Kinno Honda

Educação em Saúde no Centro de Atendimento à
Criança, Adolescente e Família de Mandaguari, Paraná:
humanização da assistência no contexto de
vulnerabilidade.

Florianópolis, Abril de 2017

Melissa Sayuri Kinno Honda

Educação em Saúde no Centro de Atendimento à Criança,
Adolescente e Família de Mandaguari, Paraná: humanização da
assistência no contexto de vulnerabilidade.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Larissa de Abreu Queiroz
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Melissa Sayuri Kinno Honda

Educação em Saúde no Centro de Atendimento à Criança,
Adolescente e Família de Mandaguari, Paraná: humanização da
assistência no contexto de vulnerabilidade.

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Larissa de Abreu Queiroz
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Introdução: Historicamente, o Brasil obteve importantes conquistas na garantia dos direitos de crianças e adolescentes, especialmente com a Constituição de 1988, que ganhou força com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Porém, grande parte dessa população ainda enfrenta uma realidade desfavorável devido à alimentação inadequada, falta de abrigo digno, segurança, saneamento básico e exposição a riscos sociais, tornando-os mais vulneráveis. Tal condição afeta diretamente a saúde, mesmo na ausência de doença. **Objetivo:** Considerando que crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade necessitam de um cuidado especial, o projeto de intervenção objetiva promover ações de Educação em Saúde no Centro de Atendimento à Criança, Adolescente e Família (CECAF) do município de Mandaguari, promovendo o atendimento humanizado e minimizando o sofrimento daqueles que se encontram, em sua maioria, desassistidos pelos familiares. **Metodologia:** A programação inclui avaliação antropométrica, atualização do calendário vacinal, aferição de pressão, medição de glicemia, educação em saúde bucal, dinâmica de grupo sobre noções básicas de alimentação saudável, preparo de horta coletiva, oficinas corporais, palestra educativa sobre saúde sexual e roda de conversa acerca dos efeitos do álcool e outras drogas. As atividades ocorrerão semanalmente e serão desenvolvidas pela equipe multidisciplinar da Unidade Básica de Saúde, composta por enfermeiros, auxiliar de enfermagem, médico, nutricionista, dentista, educador físico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e psicólogo. Das ações individualizadas às estratégias coletivas, acredita-se que a equipe irá colocar em prática a ação do cuidado. **Resultados Esperados:** Almeja-se que o projeto atenda as expectativas da população envolvida, promovendo a atenção acolhedora, humana e resolutiva, a individualidade dos sujeitos, o estímulo de competências e habilidades e prevenção de agravos.

Palavras-chave: Educação em saúde, Humanização da assistência, Vulnerabilidade social

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1	Importantes Instrumentos de Proteção à Saúde de Crianças e Adolescentes	13
3.2	Saúde das Crianças e Adolescentes em Situação de Vulnerabilidade	14
3.3	Ações de Educação em Saúde	15
3.4	Saúde Reprodutiva e Sexualidade	15
3.5	Aspectos Nutricionais	16
3.6	Prática de Atividade Física e Sedentarismo	17
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

Localizado a leste do município de Mandaguari, no Estado do Paraná, o Jardim Boa Vista é constituído por aproximadamente mil famílias. O bairro vem passando por um processo de reurbanização desde meados de 2015, já que ainda não dispõe de infraestrutura adequada. Não há pavimentação por completo, há ausência de rede de esgoto - o saneamento básico está sendo implantado aos poucos, presença de lixo a céu aberto devido à falta de coleta periódica e precariedade de higiene. Os moradores também se encontram em situação de vulnerabilidade social, visto os casos de negligência familiar, maus tratos, drogadição, alcoolismo e prostituição.

De maneira geral, a população é caracterizada pelo perfil de baixa renda, dependente de programas governamentais, especialmente o Bolsa Família. Com remuneração média de um salário mínimo, os moradores também são dependentes do ensino público e da Atenção Básica em saúde. No bairro há apenas uma escola municipal, uma creche, o Centro de Atendimento à Criança, Adolescente e Família (CECAF) e a chamada Super Creche do Jardim Boa Vista, atualmente interditada em virtude de problemas estruturais. A Unidade Básica de Saúde (UBS) do local apresenta falta de recursos. E com a precariedade dos demais serviços, muitos buscam a UBS como pronto atendimento, prejudicando o fluxo dos agendamentos.

Dentre aproximadamente 3.500 moradores, 60% são mulheres e 40% homens. Em 2014, segundo dados coletados em registros da UBS Jardim Boa Vista, 95% de crianças menores de um ano apresentavam calendário vacinal completo e 80% de gestantes com pré-natal contemplando mais de sete consultas. No que diz respeito à procura do serviço de saúde, 50% buscam o serviço para resolução de dor, 35% por alteração de sinais vitais, 10% por alteração do sensório/psíquico e 5% por solicitação de medicação ou exames de rotina. Em 2015, conforme os dados registrados, houve prevalência de aproximadamente 16% de hipertensos e 7% de diabéticos.

Com relação à morbidade hospitalar e mortalidade, os registros da UBS informam que as principais causas são: Acidentes Externos, Doenças Cardiovasculares (IAM, AVC), outras doenças crônicas (Câncer). Dentre as causas de internação estão as descompensações cardiovasculares e metabólicas, doenças pulmonares crônicas, etilismo e drogadição e doenças venosas crônicas.

Diante da realidade observada, são reveladas inúmeras fragilidades nas questões ambiental, econômica e social na referida comunidade, o que contribui para o aumento de ocorrências diversas que podem prejudicar a saúde das pessoas que moram no Jardim Boa Vista. Dessa forma, é importante refletir de que maneira é possível intervir para a melhoria na qualidade de vida da população e do ecossistema, de forma a fortalecer a Atenção Básica em saúde.

Os principais problemas de saúde de uma população que se encontra em situação de vulnerabilidade, compreendem a exposição a doenças infectocontagiosas e crônicas não transmissíveis, pior estado nutricional, maior taxa de fecundidade, maior prevalência de edêntulos, dificuldade de acesso a consulta oftalmológica, aos serviços de saúde e medicamentos (BRASIL, 2011). Assim, um plano de intervenção no Centro de Atendimento à Criança, Adolescente e Família, entidade civil filantrópica criada em 1997, é de essencial importância na busca de minimizar o sofrimento daqueles que se encontram desassistidos pelos familiares.

O presente projeto de intervenção se propõe a promover palestras educativas e grupos de discussão para as crianças e adolescentes do Bairro Boa Vista, envolvendo temas como atividade física, saúde ambiental, saúde reprodutiva e sexualidade, bem como ações que incluem a atualização do calendário vacinal, aferição de pressão, medição de glicemia e atendimento odontológico. O mesmo se justifica pela necessidade de promover o acolhimento e acompanhamento dos envolvidos, humanizando o atendimento e qualificando o cuidando de acordo com a necessidade e especificidades dessa população. Entende-se que o profissional de saúde deve refletir sobre o cenário em que está inserido, comprometendo-se com a construção da cidadania e, na Atenção Básica, é importante que isso seja realizado por meio do trabalho em equipe, abrangendo os usuários de maneira integral. Desta forma, acredita-se que o projeto estará de acordo com a realidade observada e se insere nos preceitos estabelecidos pela profissão, visto que objetiva prevenir, recuperar e promover saúde.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Promover ações de Educação em Saúde no Centro de Atendimento à Criança, Adolescente e Família do Bairro Boa Vista para a população infantil e adolescente do município de Mandaguari.

2.2 Objetivos Específicos

Implementar grupos de discussão com crianças e adolescentes sobre temas relevantes à sua saúde.

Ofertar medidas de prevenção de agravos à saúde regularmente às crianças e adolescentes do Bairro Boa Vista.

Orientar os profissionais envolvidos na atenção à saúde de crianças e adolescentes a fim de humanizar e qualificar o cuidado dessa população.

3 Revisão da Literatura

3.1 Importantes Instrumentos de Proteção à Saúde de Crianças e Adolescentes

Ao longo das últimas décadas, o Brasil obteve importantes conquistas na garantia dos direitos de crianças e adolescentes. Inicialmente com a conquista jurídica, a Constituição de 1988, que ganhou força com o Estatuto da Criança e do Adolescente, o ECA, no qual colocou o Brasil em sintonia com os avanços internacionais na área da defesa dos direitos dessa população e ajudou a consolidar a chamada Doutrina da Proteção Integral, definida na Constituição (UNICEF, 2014).

Conforme a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o ECA, considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. A referida lei cria condições de exigibilidade para a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2015).

Especialmente no Capítulo I, Do Direito à Vida e à Saúde, crianças e adolescentes têm direito o desenvolvimento sadio e harmonioso, mediante a efetivação de políticas sociais; atendimento integral às linhas de cuidado voltadas a saúde, por intermédio do Sistema Único de Saúde; direito à vacinação nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias; acesso gratuito àqueles que necessitarem de medicamentos, próteses e outras tecnologias assistivas relativas ao tratamento, habilitação ou reabilitação; e, na suspeita ou confirmação de maus-tratos, castigo físico, tratamento cruel ou degradante, os casos serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade. A lei também discorre sobre atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do SUS (BRASIL, 2015).

Considerando que atender a saúde de forma integral é permitir que crianças e adolescentes se desenvolvam de acordo com seu potencial biológico, psicológico e social, as "Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde", de 2010, abordam temas estruturantes a fim de mobilizar gestores e profissionais para o compromisso com a melhoria sistemática na qualidade do atendimento a adolescentes e jovens. Os temas incluem: Participação Juvenil; Equidade de Gêneros; Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Projeto de Vida; Cultura de Paz; Ética e Cidadania; Igualdade Racial e Étnica. Cabe destacar que o Ministério da Saúde segue a convenção elaborada pela OMS, no qual delimita o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência e o situado entre 15 e 24 anos como

juventude (BRASIL, 2010a).

Já no âmbito das Equipes de Saúde da Família (ESF), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de contribuir para a resolutividade e efetividade das ações de saúde junto à população adolescente de 10 a 19 anos de idade, as “Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde”, de 2013, apresentam ações iniciais de acompanhamento básico de saúde, bem como ações educativas que podem ser desenvolvidas em parceria com a comunidade escolar. Questões como crescimento e desenvolvimento, saúde bucal, imunização, saúde mental e prevenção de violências e acidentes estão presentes no documento (BRASIL, 2013a).

É visto que o Brasil realizou conquistas importantes para a vida das crianças e adolescentes. No entanto, com uma legislação bastante avançada, essa população ainda enfrenta uma realidade desfavorável, necessitando de políticas e programas que assegurem os seus direitos e o desenvolvimento pleno. Como enfatiza a “Agenda pela Infância 2015-2018”, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2014, p. 5) “ao colocar a criança e o adolescente no coração de sua agenda política, o Brasil estará mais próximo de garantir os direitos dessa população mais jovem”.

3.2 Saúde das Crianças e Adolescentes em Situação de Vulnerabilidade

As condições de saúde dos brasileiros, assim como em outros países, são determinadas por diferentes fatores, como a intensa urbanização e o crescimento populacional desordenado. Tais fatores têm contribuído para a mudança do perfil epidemiológico do Brasil, com destaque para o aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares, neoplasias e causas externas. Nas populações em situação de pobreza, o quadro se agrava devido à alimentação inadequada, falta de abrigo digno, segurança, saneamento básico e exposições a riscos sociais tornando os indivíduos mais vulneráveis, especialmente durante a infância e a adolescência (BRASIL, 2014).

A vulnerabilidade remete à ideia de fragilidade e de dependência, especialmente ligada à situação de crianças e adolescentes de menor nível socioeconômico. Tal condição pode afetar a saúde, mesmo na ausência de doença. As principais vulnerabilidades que acometem essa população estão relacionadas a problemas e conflitos entre casais; precariedade de instituições e serviços públicos; falta de espaços destinados ao lazer e moradia próxima a locais controlados pelo tráfico de drogas. Trata-se de uma realidade que expõe os indivíduos a uma série de fatores de risco e ocasiona consequências negativas em relação à saúde. Entre as consequências, “encontram-se as dependências químicas, doenças sexualmente transmissíveis, lesões por acidentes, gravidez indesejada e morte prematura resultante de suicídio ou homicídio” (FONSECA et al., 2013, p. 260).

Há no Brasil cerca de 61,7 milhões de meninos e meninas de até 18 anos de idade, segundo estimativas de 2012. Embora o país seja referência na redução de mortalidade infantil (redução de 68,5% na taxa entre 1990 e 2012), o registro de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil (mais de três milhões), o crescimento de cesáreas e da prematuridade e o aumento de casos de AIDS em jovens de 15 a 24 anos (em 2011, foram registrados 3.755 novos casos), consistem em desafios que precisam ser superados para que a igualdade de direitos seja alcançada (UNICEF, 2014).

Ainda, características como o descaso com a higiene, no acompanhamento e seguimento do calendário vacinal; doenças parasitárias ou infecciosas frequentes; cáries dentárias (sem procura no tratamento); déficits de crescimento; desnutrição sem doença básica aparente e obesidade por descuido ou imposição nutricional também estão presentes no dia a dia de muitas crianças e adolescentes, caracterizando negligência e sinais de ausência de cuidados (BRASIL, 2010b).

No cenário em destaque, observa-se que os esforços coordenados entre as três esferas governamentais são urgentes. Criar condições para que os profissionais de saúde - médicos, enfermeiros, psicólogos, odontólogos, nutricionistas atuem de maneira adequada e segura significa qualificar a atenção e minimizar os agravos (UNICEF, 2014). Como afirmam Fonseca et al. (2013, p. 263) “cabe aos profissionais de saúde utilizarem a educação em saúde como estratégia para a formação e o desenvolvimento de novos comportamentos e o empoderamento dos grupos em estado de vulnerabilidade”.

3.3 Ações de Educação em Saúde

A Educação em Saúde pode ser entendida como uma prática social, constituída por um conjunto de ações para a formação da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva na realidade em que está inserido. “A prática de saúde, enquanto prática educativa tem por base o processo de capacitação de indivíduos e grupos para atuarem sobre a realidade e transformá-la” (FUNASA, 2007, p. 20).

Direcionadas a crianças e adolescentes, ações voltadas à educação sexual, alimentação saudável, atividade física, prevenção da obesidade e orientações sobre álcool e outras drogas têm fundamental importância não só na prevenção de agravos à saúde, como na promoção da cidadania. A seguir serão descritos mais detalhadamente esses aspectos importantes que envolvem a saúde integral do indivíduo.

3.4 Saúde Reprodutiva e Sexualidade

Com a iniciação da vida sexual cada vez mais precoce, dúvidas entre adolescentes e jovens são frequentes. A importância de abordar este tema está no esclarecimento que a

sexualidade não se limita ao ato sexual. Por isso, dois importantes conceitos devem ser ressaltados:

Saúde sexual é a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de maneira a enriquecer positivamente e a melhorar a personalidade, a capacidade de comunicação com outras pessoas e o amor. O propósito dos cuidados da saúde sexual deveria ser o melhoramento da vida e das relações interpessoais, e não meramente orientação e cuidados relacionados à procriação e doenças sexualmente transmissíveis. A **saúde reprodutiva** é definida como sendo o estado de bem-estar físico, mental e social em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, às suas funções e processos e não à mera ausência de doenças ou enfermidades. A saúde reprodutiva implica que as pessoas sejam capazes de desfrutar uma vida sexual segura e satisfatória, com liberdade para decidir se querem ou não ter filhos(as), o número de filhos(as) que desejam e em que momento da vida gostariam de tê-los(as) (BRASIL, 2011, p. 15)

Segundo Silva et al. (2015) o início precoce da vida sexual antes dos 18 anos é um comportamento de risco, principalmente em relação ao uso inconsistente do preservativo. A falta de informação, resistência, descrédito quanto ao risco de infecção e a falta de condições financeiras para a aquisição do preservativo constituem em fatores presentes no cotidiano de muitos jovens, em especial os indivíduos do sexo masculino.

Esses comportamentos favorecem a disseminação de Doenças Sexualmente Transmissíveis, com destaque para o HIV, aumentam a chance de uma gravidez indesejada na adolescência e conseqüentemente, do aborto. Logo, é mister a implementação de medidas de prevenção e/ou de intervenção na educação em saúde sexual voltadas para esse público.

3.5 Aspectos Nutricionais

A promoção da alimentação adequada e saudável deve priorizar cada fase do curso da vida e os aspectos socioculturais dos indivíduos. Contemporaneamente, a diminuição da fome e da desnutrição veio acompanhada pelo aumento do excesso de peso em todas as camadas da população, considerado um dos maiores problemas de saúde pública. A inatividade física aliada ao consumo excessivo de nutrientes como sódio, gorduras e açúcar tem ocasionado não apenas o aumento da obesidade, como também tem relação direta no surgimento de doenças crônicas precocemente (BRASIL, 2013b).

Segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizada entre 2008/2009 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma em cada três crianças com idade entre 5 e 9 anos está com peso acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde. Entre os jovens de 10 a 19 anos, 1 em cada 5 apresenta excesso de peso. É um problema que já afeta 1/5 da população infantil. Com o controle da obesidade também preveniremos hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e câncer (SBP, 2012, p. 5).

Nas últimas décadas, o Brasil passa por período de transição epidemiológica, constatada pelo aumento da obesidade em substituição à desnutrição proteico calórica. Embora a desnutrição esteja associada à condição de pobreza, enquanto o excesso de peso é predominante nas classes econômicas altas (SBP, 2012).

O estudo de Silva (2011) envolvendo 79.795 registros de crianças de cinco a dez anos de idade beneficiárias do Programa Bolsa Família no estado de Sergipe, revelou a presença de sobrepeso e obesidade com maiores prevalências nos municípios com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Diante deste contexto, o desenvolvimento de ações no campo da alimentação e nutrição merece maior destaque, principalmente no que tange aspectos que envolvam a adoção de hábitos saudáveis, como por exemplo, a construção de horta coletiva. O contato com a terra, a criação de espaços participativos, discussões sobre autocuidado e o desestímulo ao uso excessivo de medicamentos são alguns dos impactos positivos do cultivo de hortas (COSTA et al., 2015).

Aliado aos programas que propõem estilo de vida saudável com reeducação alimentar, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2012) recomenda o estímulo à atividade física com o objetivo de minimizar os riscos representados pelo excesso de peso e suas comorbidades.

3.6 Prática de Atividade Física e Sedentarismo

O excesso de peso está associado a uma combinação de fatores. Crianças e adolescentes obesos não são necessariamente os que se superalimentam, visto que podem ingerir alimentos muito calóricos e com grande quantidade de gordura, mas em pouca quantidade. A propensão genética, a condição socioeconômica, os distúrbios psicológicos e a baixa frequência de atividade física também são determinantes para agravar o problema (CHUDO, 2012).

No que tange a movimentação do corpo, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010) expõe que para crianças e jovens de 5 a 17 anos, as atividades incluem brincadeiras, jogos, recreação, educação física ou exercício programado, entre outras. Objetivando melhorar a capacidade cardiorrespiratória e muscular, a saúde óssea, cardiovascular e metabólica e reduzir os sintomas de ansiedade e depressão, essa faixa etária deve acumular ao menos 60 minutos de atividade moderada a vigorosa. A maior parte da atividade física diária deve ser aeróbica.

Os benefícios proporcionados pela prática regular de atividade física na infância e adolescência são importantes para o processo biológico de crescimento e desenvolvimento humano, justamente por possibilitar incremento das funções cardiovasculares, metabólicas, músculo-esqueléticas e auxiliar no controle e redução da adiposidade corporal. Evidências científicas demonstram que doenças crônicas degenerativas, como diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, osteoporose, dentre outras, têm início durante o período da infância e adolescência e podem ser potencializadas dependendo do estilo de vida adotado, principalmente no que se refere aos maus hábitos alimentares e à inatividade física. Portanto, praticar

atividade física regularmente é um comportamento importante no combate às doenças crônicas e deve ser estimulado durante todo o processo de crescimento e desenvolvimento para que esse comportamento tenha maiores chances de ser transferido para a idade adulta (CESCHINI et al., 2009, p. 302).

Abreu et al. (2013) afirmam que se realizada de forma variada e divertida, a prática física produz uma melhora na autoestima e até uma sensação de euforia, em decorrência da liberação de endorfinas. Partindo do contexto de vulnerabilidade apresentado anteriormente, as ações devem respeitar as particularidades e necessidades do público-alvo, promovendo a socialização, o desenvolvimento pessoal e o aumento de confiança das crianças e adolescentes.

Nesse sentido, considera-se a Educação em Saúde na Atenção Básica, em especial na Estratégia de Saúde da Família é um dos principais elementos de promoção da saúde e, por isso, esse projeto de intervenção busca atuar por meio dela, com a população adolescente.

4 Metodologia

O presente projeto de intervenção será desenvolvido no Centro de Atendimento à Criança, Adolescente e Família (CECAF), localizado no município de Mandaguari, Paraná. Conforme informações da Assistente Social atuante no local, a entidade foi constituída em 25 de março de 1997, de caráter filantrópico, sem fins lucrativos, pessoa jurídica de direito privado e duração por tempo indeterminado.

A mesma está inserida no Serviço de Proteção Social Especial de Alta Complexidade, que segundo a Política Nacional de Assistência Social (MDS; SNAS, 2005) são aqueles que garantem a proteção integral, moradia, alimentação e higienização para indivíduos que se encontram sem referência e, ou, em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar. Desta forma, o CECAF tem por finalidade atender aqueles em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e/ ou psíquicos, abuso sexual e uso de substâncias psicoativas, bem como familiares dos mesmos que necessitam de apoio emocional e social. O abrigo destina-se a acolher até vinte crianças e adolescentes de 0-17 anos.

Nesse contexto, a intervenção se propõe a promover ações de Educação em Saúde a fim de humanizar e qualificar o cuidado do público descrito, abrangendo o bairro Boa Vista. Serão desenvolvidas pela equipe da Unidade Básica de Saúde composta por: enfermagem, auxiliar de enfermagem, médico, nutricionista, dentista, educador físico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e psicólogo.

As atividades ocorrerão às terças-feiras, no período vespertino, conforme o seguinte cronograma:

Início: 8 de agosto de 2017.

- Semana 1 (Avaliação): A programação terá início com a avaliação antropométrica de todas as crianças e adolescentes do local, identificando o estado nutricional (prevalência de desnutrição, excesso de peso e obesidade) dos mesmos por meio do peso, altura e idade. Ao mesmo passo, o público terá a pressão arterial aferida, a medição de glicemia e a verificação do calendário vacinal para atualização. As respectivas anotações em fichas individuais serão realizadas pelos seguintes profissionais: auxiliar de enfermagem, médico, enfermeiro e nutricionista.

- Semana 2 (Saúde Bucal): O profissional de odontologia junto ao auxiliar irão desenvolver atividades de educação em saúde bucal, utilizando recursos audiovisuais e ferramentas lúdicas, ressaltando a importância da higiene diária. Serão disponibilizadas escovas e pasta dental para a escovação supervisionada, bem como aplicação de flúor. Os profissionais também irão registrar as necessidades individuais de tratamento, que serão atendidas posteriormente.

- Semana 3 (Atividade Física): Após a divisão de grupos conforme a idade, os pro-

fissionais irão realizar oficinas corporais, jogos, brincadeiras, alongamento, flexibilidade e capacidade aeróbica. Profissionais envolvidos: educador físico, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.

- Semanas 4 e 5 (Alimentação Saudável): Por meio de dinâmica de grupo que envolva noções básicas de alimentação, higiene dos alimentos, reaproveitamento e outros temas relevantes, o nutricionista irá orientar as crianças e os adolescentes sobre hábitos alimentares saudáveis e a sua relação com um bom estado de saúde. Caberá também ao profissional envolvido verificar a alimentação oferecida no local para possíveis adequações. Após a discussão terá início a oficina culinária para o preparo de biscoitos integrais. No encontro seguinte (semana 5), o nutricionista, junto a um técnico agrícola convidado, irá orientar as crianças e os adolescentes sobre o preparo de uma horta coletiva. A escolha das hortaliças e todo o processo de implantação serão desenvolvidos com a participação direta do público-alvo.

Semana 6 (Socialização): O educador físico e o terapeuta ocupacional irão desenvolver novas dinâmicas, com enfoque na socialização.

- Semana 7 (Saúde Sexual): As palestras educativas serão direcionadas para o público de 12 a 17 anos, sobre as principais Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), maternidade e paternidade na adolescência, incluindo formas de prevenção, aspectos sociais e psicológicos inseridos neste processo. Profissionais envolvidos: médico, enfermeiro, psicólogo e terapeuta ocupacional.

- Semana 8 (Álcool e outras drogas): Os jovens de 12 a 17 anos participarão de uma roda de conversa sobre o papel que as drogas exercem na vida dessa população, as motivações, os tipos de droga mais utilizadas, os efeitos que causam no cérebro e propostas de prevenção. Serão utilizados recursos audiovisuais e material impresso. Profissionais envolvidos: médico, enfermeiro, psicólogo e terapeuta ocupacional.

5 Resultados Esperados

Buscando ampliar a atuação dos profissionais de saúde na promoção, proteção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes assistidas pelo Centro de Atendimento, espera-se que a equipe envolvida reúna os esforços necessários para minimizar os agravos dessa população, contribuindo significativamente para uma melhor qualidade de vida. Das ações individualizadas às estratégias coletivas, acredita-se que a equipe irá colocar em prática a ação do cuidado.

Espera-se que as ações relacionadas à saúde bucal estimulem as crianças e adolescentes a incorporar os hábitos de higiene, principalmente no que tange a escovação diária e que contribuam na prevenção de doenças, especificamente a cárie dentária.

Com relação às atividades físicas, acredita-se que irá contribuir para melhora do perfil lipídico e metabólico, redução da prevalência de sedentarismo e, conseqüentemente, da obesidade.

Já as ações sobre alimentação saudável, espera-se que tragam resultados positivos na conscientização sobre a importância das escolhas diárias ao se alimentar, valorizando o consumo e o cultivo de hortaliças e verduras. Além de evitar o consumo de altos teores de açúcares, gorduras e sódio e melhorar o padrão de consumo de alimentos no local.

No que diz respeito às ações sobre sexualidade, espera-se que a população alvo da intervenção adquira mais conhecimento a respeito do seu corpo, sexualidade, das DSTs e também do cuidado consigo e com o próximo. Já a roda de conversa sobre o papel que as drogas exercem nessa faixa etária, acredita-se que irá sensibilizar os adolescentes para as causas e conseqüências do problema. Espera-se que essa ação reforce os fatores de risco associados e os resultados negativos à saúde e ao bem estar.

De maneira geral, almeja-se que as palestras educativas, dinâmicas e grupos de discussão atendam as expectativas da população envolvida. Crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade necessitam de um olhar especial para que se sintam valorizadas, mais cooperativas e menos resistentes.

Por isso, os resultados esperados incluem a atenção acolhedora, humana e resolutiva; a individualidade dos sujeitos; o estímulo de competências e habilidades e prevenção de agravos. Logo, as ações foram desenvolvidas com o intuito de obter resultados positivos nas práticas de atenção à saúde e no enfrentamento dos problemas do dia a dia.

Referências

- ABREU, N. P. de et al. Atividade física e saúde. In: DINIZ, D. P.; SCHOR, N. (Ed.). *Guia de qualidade de vida: saúde e trabalho*. Barueri: Manole, 2013. p. 35–48. Citado na página 18.
- BRASIL. Plano nacional de saúde – pns: 2012-2015. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2011. Citado na página 10.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. Edições Câmara, Brasília, n. 13, 2015. Citado na página 13.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Citado na página 14.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: Orientação para gestores e profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Adolescentes e jovens para a educação entre pares: sexualidades e saúde reprodutiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Citado na página 16.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 14.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNaN*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 16.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Citado na página 14.
- CESCHINI, F. L. et al. Prevalência de inatividade física e fatores associados em estudantes do ensino médio de escolas públicas estaduais. *J. Pediatr. (Rio J.)*, v. 85, n. 4, p. 301–306, 2009. Citado na página 18.
- CHUDO, M. L. *Atenção À Saúde Infantil*. Curitiba: IESDE Brasil S.A., 2012. Citado na página 17.
- COSTA, C. G. A. et al. Hortas comunitárias como atividade promotora de saúde: uma experiência em unidades básicas de saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 20, n. 10, p. 3099–3110, 2015. Citado na página 17.
- FONSECA, F. F. et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. *Rev. paul. pediatr.*, v. 13, n. 2, p. 258–264, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- FUNASA, F. N. de S. *Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I*. Brasília: FUNASA, 2007. Citado na página 15.

MDS, M. do Desenvolvimento Social e Combate à F.; SNAS, S. N. de A. S. *Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004*: Norma operacional básica nob/sua. Brasília: Governo Federal, 2005. Citado na página 19.

SBP, S. B. de P. *Obesidade na infância e adolescência – Manual de Orientação*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.

SILVA, A. de S. N. et al. Início da vida sexual em adolescentes escolares: um estudo transversal sobre comportamento sexual de risco em abagetuba, estado do pará, brasil. *Rev. Pan-Amaz. Saude*, v. 6, n. 3, p. 27–34, 2015. Citado na página 16.

SILVA, D. A. S. Sobrepeso e obesidade em crianças de cinco a dez anos de idade beneficiárias do programa bolsa família no estado de sergipe, brasil. *Rev. paul. pediatr.*, v. 24, n. 4, p. 529–535, 2011. Citado na página 17.

UNICEF, F. das Nações Unidas para a I. *Agenda pela Infância 2015-2018: desafios e propostas*. Brasília: Compasso Comunicação, 2014. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 15.

WHO, W. H. O. *Global recommendations on physical activity for health*. Suíça: World Health Organization, 2010. Citado na página 17.