

PROJETO CARI - UMA PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA INSTITUCIONALIZADA

*Magda Andrade Rezende**
*Isa Maria de Gouveia Jorge***
*Meire Aparecida Celeste***
*Vanja Lúcia Figueira**
*Isaura Fuziko Gushiken***
*Elizabeth Chandelier Pereira****

REZENDE, M.A.; JORGE, I.M. de G.; CELESTE, M.A.; FIGUEIRA, V.L.; GUSHIKEN, I.F.; PEREIRA, E.C. Projeto CARI — Uma proposta de assistência à criança institucionalizada. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 19(3):239-245, 1985.

O "Projeto CARI" tem por finalidade diminuir as taxas de morbi-mortalidade infantil através de: acompanhamento de crescimento; incentivo ao aleitamento natural; uso de terapia de reidratação oral; e prática de imunizações, em comunidades infantis. Sugerem-se ações que tem por objetivo capacitar a mãe nas quatro técnicas.

JUSTIFICATIVA DO PROJETO

Um dos maiores desafios da atualidade consiste nos elevados índices de mortalidade infantil característicos dos países em desenvolvimento³.

O Fundo das Nações Unidas para a Infância — UNICEF — vem preconizando o uso de quatro técnicas, relativamente simples e baratas, que podem reduzir à metade a taxa de mortalidade infantil e salvar a vida de mais de 20.000 crianças por dia³. Estas técnicas são as seguintes: acompanhamento do crescimento, aleitamento natural, reidratação oral e imunizações.

Tendo em vista sua importância pensamos num projeto de assistência à criança institucionalizada, no qual as empregássemos, e, a exemplo do que ocorre em países de língua inglesa, nos quais estas técnicas integradas são conhecidas pela sigla G.O.B.I., adotamos em português a sigla C.A.R.I., formada pelas iniciais das técnicas, como foi sugerido por KINGMA⁷.

* Enfermeira-pediátrica da Secretaria da Família e Bem-Estar Social do Município de São Paulo.

** Nutricionista da Secretaria da Família e Bem-Estar Social do Município de São Paulo.

*** Enfermeira da Secretaria da Família e Bem-Estar Social do Município de São Paulo.

O “Projeto CARI” foi elaborado de modo a ser adaptado a qualquer instituição que trabalhe com população infantil, como por exemplo creche, berçário, escola ou maternal.

Antes de expormos o projeto propriamente dito desenvolveremos brevemente a fundamentação das quatro técnicas.

Acompanhamento do Crescimento — Consiste na observação constante do crescimento infantil pela mãe ou responsável. Tem por finalidade:

1º — incentivar a manutenção dos cuidados quando a criança está ganhando peso, e

2º — detectar *precocemente* a desnutrição¹³.

Com auxílio de um gráfico pondo-estatural e com orientação adequada em puericultura, a maioria das mães pode acompanhar e melhorar a nutrição do filho, mesmo com recursos limitados³.

Aleitamento Natural — A criança amamentada recebe alimentação equilibrada, defesas imunológicas contra as doenças mais comuns do meio³ e tem maiores possibilidades de interação afetiva com a mãe¹⁰.

Pesquisas indicam que o aleitamento natural deve ocorrer pelo menos até o sexto mês de vida da criança⁵.

Nos países em desenvolvimento os bebês que são desmamados precocemente têm possibilidades 5 a 10 vezes maiores de morrer nos seis meses seguintes do que os amamentados nos primeiros seis meses de vida¹³ sendo “causa mortis” geralmente, diarréia, desnutrição e/ou moléstias infecto-contagiosas⁴. Em países desenvolvidos o desmame precoce vem sendo apontado como causa de obesidade infantil (aproximadamente 1.000.000 crianças/ano), alergia ao leite de vaca (aproximadamente 100.000 crianças/ano)⁴ e hipertensão na idade adulta⁸.

Reidratação Oral — Consiste no uso de uma solução balanceada de açúcar (glicose), sal (cloreto de sódio), bicarbonato de sódio e cloreto de potássio. A reidratação oral tornou-se possível graças à descoberta de que se adicionando glicose a uma mistura de cloreto de sódio e água pode-se aumentar a taxa de absorção do sódio pela mucosa intestinal em 2.500%⁷.

A terapêutica de reidratação oral — TRO — foi utilizada pela primeira vez em grande escala com os refugiados da guerra Índia-Paquistão em 1971, quando a taxa de mortalidade nos acampamentos caiu de 30% para 1%. A partir de então vem sendo usada com excelentes resultados¹. Seu uso poderia impedir a morte da maioria das quatro milhões de crianças menores de cinco anos, que ocorre por ano devido à desidratação secundária à diarréia³.

Em alguns países do Terceiro Mundo, como Bangaladesh, a solução começou a ser fabricada de modo artesanal, na década de 70, devido à

impossibilidade de serem obtidos os sais industrializados. A fabricação está sendo feita com utilização de matéria-prima do local: sal, água e melão⁶, mas a solução também pode ser obtida em casa, com sal de cozinha, açúcar (sacarose), suco de limão e bicarbonato de sódio¹⁴.

Imunizações — É preconizada a imunização da população infantil contra sarampo, difteria, coqueluche, tétano, tuberculose e poliomielite. Segundo estimativas, estas doenças matam cerca de cinco milhões de crianças por ano, deixando outras cinco milhões incapacitadas, e constituem, também, a maior causa de desnutrição infantil³.

As quatro técnicas descritas podem ser empregadas com alguma facilidade por terem custo relativamente baixo, não necessitarem de mão-de-obra especializada e valorizarem o cuidado de saúde prestado pela família³. Julgamos esta última a mais importante das características, uma vez que em países do Terceiro Mundo, só uma minoria de indivíduos tem acesso a recursos de saúde; além disso, tais recursos geralmente levam mais em conta atendimento médico e hospitalar do que atendimento preventivo e educativo³. Pode-se modificar a situação deslocando-se o centro das ações de saúde dos médicos e hospitais para a família, o que enfatizaria a prevenção. Na família a mãe deve ser entendida como o centro da comunidade de assistência, porque ela é a mais capacitada, em termos de dedicação e amplitude de serviços integrados que presta ao filho³. Decisões cotidianas da mãe tem influência significativa na saúde do filho, como por exemplo uso (ou não) da TRO, prática (ou não) do aleitamento natural, escolha da época do desmame, imunização (ou não) da criança, etc.³.

Ao trabalhar com a mãe devemos nos lembrar de que ela sofre influências de um meio cultural que geralmente a desvaloriza por ser mulher. Além disto, se trabalhamos com um estrato da população economicamente desprivilegiado teremos como conseqüência que estas mães serão duplamente prejudicadas: por serem mulheres, e pobres. Deve ser levado em conta:

1º — a necessidade que a mãe tem de aprovação social, como qualquer outro ser humano. Ela precisa estar certa de que o seu comportamento tem o reconhecimento daqueles com os quais convive e respeita (familiares, vizinhos, amigos, líderes religiosos, etc.)³;

2º — a necessidade que a mãe tem de tecnologia básica para ser aliviada de trabalhos pesados que consomem seu tempo e energia³. Segundo estudo da UNESCO realizado em zonas urbanas de dez países industrializados, capitalistas e socialistas, as mulheres assalariadas com filhos trabalham mais horas que os homens, tem menos tempo livre e menos horas de sono¹¹. O trabalho da mulher, especialmente o doméstico, é desvalorizado e tido como irrelevante para a sua saúde⁹. O emprego de tecnologia apropriada ajudaria muito no trabalho diário da mulher, pois sua saúde é afetada diretamente pelo que ela faz e pelo modo como o faz⁹;

3º — a necessidade da mãe ter acesso à educação, que, comprovadamente, por si só diminui a mortalidade infantil^{3,12};

4º — a necessidade que a mãe tem de oportunidades para aumentar sua renda, a fim de poder alimentar-se e morar em melhores condições³.

O “Projeto CARI” diz respeito ao primeiro item, pois, ao cuidar bem do filho ela estará fazendo algo esperado socialmente.

As ações do Projeto podem, portanto, beneficiar tanto a criança quanto a mãe.

METODOLOGIA

Objetivos

Objetivo Geral. Reduzir as taxas de morbidade e de mortalidade infantil através de programa educativo realizado com pais e/ou responsáveis pelas crianças. O projeto visa reforço e/ou mudança de comportamento dos pais/responsáveis, para levá-los a valorizar as quatro técnicas preconizadas pelo UNICEF.

Objetivos Específicos. Lograr que os pais e/ou responsáveis

- acompanhem, no gráfico pondo-estatural o crescimento do filho, interpretando aumento, diminuição e manutenção de peso, bem como suas implicações na saúde da criança;
- valorizem o aleitamento natural, para que a criança seja amamentada pelo menos até o sexto mês de vida;
- valorizem o TRO de modo que a criança a receba, sempre que apresentar episódios diarréicos;
- valorizem as imunizações, a fim de que a criança seja vacinada adequadamente contra tuberculose, poliomielite, difteria, coqueluche, tétano e sarampo.

População-Alvo

Foram por nós priorizadas crianças de 0 a 2 anos de idade, por ser a faixa etária mais vulnerável, mas a instituição poderá aumentá-la ou diminuí-la de acordo com suas possibilidades. Nesta faixa etária teremos crianças que merecerão tratamentos diferentes: a amamentada, a desnutrida, e a criança, nem amamentada, nem desnutrida, que será atendida devido ao critério faixa tária.

Os critérios para a escolha da população-alvo podem ser aplicados tanto para as crianças matriculadas na instituição como para as crianças que constituem a demanda da mesma, isto é, que estão esperando vaga para serem matriculadas.

Atividades

1ª Técnica — Acompanhamento do Crescimento

Implanta-se e implementa-se esta ação através de:

— reuniões (em pequenos grupos) e/ou entrevistas com os pais e/ou responsáveis, nas quais será detalhado e ensinado no que consiste o acompanhamento do crescimento e qual sua importância;

— encaminhamento e acompanhamento das crianças por Unidades Básicas de Saúde;

— fornecimento de passes de ônibus para acesso a recursos de saúde, se necessário;

— fornecimento, aos pais e/ou responsáveis, de cópias dos gráficos pondo-estaturais dos filhos;

— fornecimento de cotas alimentares às crianças desnutridas, matriculadas na instituição, que sejam afastadas por motivo de doença *;

— fornecimento de cotas alimentares às crianças desnutridas da demanda não atendida pela instituição, segundo encaminhamentos de Unidades Básicas de Saúde *.

2ª Técnica — Aleitamento Natural

Implanta-se e implementa-se esta ação através de:

— reuniões (em pequenos grupos) e/ou entrevistas com os pais e/ou responsáveis, nas quais será detalhado e ensinado no que consiste o aleitamento natural e qual sua importância;

— fornecimento de reforço alimentar à nutriz, mãe de criança matriculada na instituição *;

— fornecimento de cota alimentar à nutriz, mãe de criança matriculada na instituição, quando esta última precisar ser afastada temporariamente da instituição, por doença **;

— fornecimento de cota alimentar à nutriz, mãe de criança da demanda da instituição **;

— ordenha e armazenamento de leite humano na instituição, para uso das crianças que estão sendo amamentadas.

3ª Técnica — Reidratação Oral

Implanta-se e implementa-se esta ação através de:

* A critério da instituição, a cota alimentar pode suprir ou não 100% das necessidades nutricionais da criança. É importante lembrar o problema da diluição familiar do alimento, a qual inevitavelmente ocorre quando a família é de precárias condições econômicas. No Projeto CARI esta cota é prevista como um incentivo para que a criança continue vinculada ao mesmo, uma vez que não se tem por objetivo recuperar desnutridos.

* Sugere-se um reforço alimentar de aproximadamente 500 calorias/dia 2,74, administrado na instituição sempre que a mãe compareça para amamentar a criança.

** A critério da instituição a cota alimentar poderá suprir ou não 100% das necessidades nutricionais da nutriz. Calcula-se que estas sejam de aproximadamente 2.000 cal./dia, além de aproximadamente 500 cal./dia, pelo fato de estar amamentado 2.

— reuniões (em pequenos grupos) e/ou entrevistas com os pais e/ou responsáveis, nas quais será detalhado e ensinado no que consiste a TRO e qual sua importância;

— fornecimento de passes de ônibus para ida aos recursos básicos de saúde.

4ª Técnica — Imunizações

Implanta-se e implementa-se esta ação através de:

— reuniões (em pequenos grupos) e/ou entrevistas com os pais e/ou responsáveis nas quais será detalhado e ensinado no que consistem as imunizações e qual sua importância;

— fornecimento de passes de ônibus para ida aos recursos básicos de saúde.

Recursos Humanos

Para implantação e implementação do projeto sugerem-se, para coordenação e execução os seguintes profissionais: enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social e diretor da instituição (se não for um dos elementos citados).

Prevê-se, também, o envolvimento das Unidades Básicas de Saúde da região e de seus profissionais das áreas social e de saúde.

É necessário pessoal específico para realizar as tarefas de: compra de gêneros alimentícios, armazenamento e controle do estoque desses gêneros, compra de passes de ônibus e seu controle, e prestação de contas.

Outros profissionais e/ou ocupacionais poderão participar do Projeto, dependendo das características da população, da região e da instituição.

Avaliação

Sugere-se avaliação um ano após a implantação do projeto. Poderá esta ser realizada pela análise dos índices de morbidade e mortalidade infantil, e de medição e análise da cobertura obtida.

REZENDE, M.A.; JORGE, I.M. de G.; CELESTE, M.A.; FIGUEIRA, V.L.; GUSHIKEN, I.F.; PEREIRA, E.M. CARI Project — Assistance proposal in children's institutions. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 19(3):239-245, 1985.

The authors present a plan they call "CARI Project". "CARI Project" is a work with babies and their mothers in children's institutions. Its objective is to decrease the infant morbidity and mortality rates by means of: observation of the growth measurements, stimulating breast-feeding, oral hydration and immunizations. The teaching of the four techniques to mothers is suggested.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ELLIOT, K. & CUTTING, W. **Falando de diarreia**. São Paulo. T.A.P.S., s/d. p.5.
2. FOOD AND NUTRITION BOARD, NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES — NATIONAL RESEARCH COUNCIL. Recommended dietary allowances. São Paulo, Nestlé, s/d. (Comunicação de Nutrição, 18).
3. GRANT, J.P. **Situação mundial da infância, 1985: parte I** — relatório. Brasília, UNICEF, s/d. p. 9, 11, 13, 15, 17, 76, 78.
4. JELLIFFE, D.B. & JELLIFFE, E.F.P. Como melhorar a alimentação de mãs e crianças pequenas. **Contact**, São Paulo, (8):3-16, out. 1979.
5. JELLIFFE, D.B. **La nutrición infantil en las zonas tropicales y subtropicales**. Ginebra, O.M.S., 1970 (Série de Monografias, 29).
6. KAMAL, M. Una pizca de sal, un puñado de melaza... **Noticias del UNICEF**, Madrid, (118):26-7, dec. 1983.
7. KINGMA, S. Para que nossos filhos tenham vida. **Contact**, São Paulo, (35):3-12, abril, 1984.
8. LA JARA, J.J. & MERINO, A.P. Lactancia Materna: contenidos educativos para la promoción de la lactancia natural. **Cuadernos Médico-Sociales**, Rosario, 17(1):23-9, 1976.
9. LYONS, C. A saúde da mulher é mais que um problema médico. **Contact**, São Paulo, (38):3-10, out. 1984.
10. NEWTON, M. Diferencias psicologicas entre la lactancia natural y la artificial. **Bol. de Salud Pública**, Caracas, 6(17):42-73, 1972.
11. TATE, D. & WESTON, N. apud LYONS, C. A saúde da mulher é mais que um problema médico. **Contact**, São Paulo, (38):3-10, out. 1984.
12. UNICEF. Supervivencia infantil: algunos prerrequisitos. **Noticias del UNICEF**, Madrid, (119):18-9, mar. 1984.
13. UNICEF. Supervivencia infantil: cuatro elementos clave. **Noticias del UNICEF**, Madrid, (118):10-11, dec. 1983.
14. WERNER, D. & BOWER, B. Tecnologia apropiada e não apropiada. In: _____ **Aprendendo e ensinando a cuidar da saúde**. São Paulo, Paulinas, 1984. p.8-9.