

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
VIIIª UNIDADE CURRICULAR

A CRECHE COMO UM MEIO DE INTEGRAÇÃO
DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM COM
A COMUNIDADE

N.Cham. TCC UFSC ENF 0062
Título: A creche como um meio de
integração do profissional de enfermagem

972521767 Ac. 240144
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0062
Ex.1

POR: ELIANA LEONI DOS SANTOS
EONICE GLAZA OWCZARAK
ROSE DEITOS
VALÉRIA ZANATTA

FLORIANÓPOLIS

1986

"Vi ontem um bicho
Na imundice do pátio
Catando comida entre os detritos
Quando achava alguma coisa
Não examinava, nem cheirava:
Comia com voracidade
O bicho não era um cão,
O bicho não era um gato,
Não era um rato,
O bicho, meu Deus, era um homem".

Manuel Bandeira

Este projeto foi elaborado sob orientação das Professoras Enfermeiras Vera Blanck e Diva Fiorini e contará com a supervisão da Professora Enfermeira Diva Fiorini.

Coordenadora da VIII Unidade Curricular. Professora Nelci M. Coutinho

ÍNDICE

I- Introdução	1
II- Método	5
III- Caracterização da Serrinha	7
1- Aspectos Sociais	7
2- Aspectos Demográficos	8
3- Infra Estrutura	9
3.1- Sistema de Esgôto e Calçamento	9
3.2- Abastecimento de Água e Energia	9
3.3- Vias de Transporte	9
3.4- Vias de Comunicação	10
3.5- Educação	10
IV- Estrutura e funcionamento da Creche	11
V- Recursos	13
VI- Objetivos	15
1- Gerais	15
2- Específicos	15
VII- Conclusão	19

VIII- Cronograma	22
IX- Referência Bibliográfica	25
X- Anexos	28
Anexo 1	
Anexo 2	
Anexo 3	
Anexo 4	

I - INTRODUÇÃO

Este planejamento nos leva a reflexões mais profundas pois não se limita a um trabalho de conclusão de curso, mas antes de tudo, à prestação de serviço de saúde, à uma comunidade com o desejo de melhorá-la, bem como mostrar a importância de um profissional de enfermagem para realizá-los.

É recomendado que o setor saúde é um dos mais afetados pela política econômica.

Os efeitos perversos da economia centralizadora, explorativa, e mais recentemente, recessiva sobre o setor, dá-se em três níveis:

Por um lado agravando as condições de vida e saúde da população, dificultando o seu acesso a bens essenciais, tornando-a mais vulnerável às enfermidades e outros agravos à saúde; por outro, impedindo o acesso regular aos serviços, em particular de saúde, bem como os meios terapêuticos preconizados, como medicamentos; e ainda induzindo o sistema prestador de serviços a distorções oriundas do processo de acumulação de capital interno ao setor ou no de insumos, levando à baixa eficiência quanto à abordagem dos problemas de saúde prevalentes.

As condições de vida da população brasileira podem ser consideradas insatisfatórias por vários motivos. Em 1º lugar, porquê há uma clara disparidade entre o quadro sanitário e o estágio de desenvolvimento econômico atingido pelo País.

Tal afirmação pode ser comprovada observando-se comparativamente o comportamento de alguns indicadores em países com grau de desenvolvimento idêntico ou menor que o do Brasil.

A mortalidade infantil de 90^o/00 é bem superior aos 40^o/00 da Argentina e aos 19^o/00 da Costa Rica. Segundo estes dados comparativos pode-se estimar a mortalidade evitável de crianças, em pelo menos 300 mil mortes anuais e, em 10 anos, a perda de esperança de vida ao nascer. Em 2º lugar o quadro é insatisfatório pelas acentuadas disparidades regionais e entre distintos grupos populacionais, no que se refere ao risco de adoecer e morrer. Há uma diferença de até 30 anos entre as esperanças de vida ao nascer de um nordestino mais pobre e um sulista mais rico.

Finalmente, o quadro é insatisfatório, porque apesar do aumento considerável de recursos físicos, materiais, humanos e dos gastos com saúde, ocorrem ainda, por exemplo 100.000 casos por ano de doenças evitáveis por imunização e, de um modo geral, não estão sendo atendidos os problemas e agravos à saúde, mais comuns, que requerem o uso de tecnologia simplificadas, e que devem corresponder a 80% da demanda global de atendimento (6).

O principal fato acerca da situação das crianças nos países em desenvolvimento é que exatamente a metade está levando uma vida que aniquila seus direitos como crianças hoje e seu potencial como futuros adultos. Se, como acredito, o bem estar das crianças constitui um indicador de grau de civilização que conseguimos atingir; receio então que estejamos vivendo numa espécie de obscurantismo mundial (1).

As estatísticas são estarrecedoras. Calcula-se, por

exemplo, que cada 100 crianças que nasceu a cada minuto nos países em desenvolvimento, umas 15 morrem no mesmo ano.

Das 85 que sobrevivem, 75 não chegarão a ter acesso à assistência médica moderna durante a infância.

Cerca de 25% sofrem de desnutrição durante os períodos críticos de desmame, quando as probabilidades de morte são de 30 a 40 vezes maiores do que se elas tivessem nascido na Europa ou na América do Norte.

Historicamente a enfermagem não tem sido incisiva na apresentação e defesa de propostas e reivindicações de um projeto próprio de participação na resolução dos problemas de saúde da população, o que configura a sua falta de autonomia profissional. Como o enfermeiro ainda não está vinculado ao atendimento direto à população, também não está identificado com as suas necessidades e por isto, a população ainda não o reconhece como profissional; que pode num trabalho conjunto, onde haja troca de experiência e respeito à cultura do povo, impulsionar a tentativa para a resolução destas questões (14)

A cultura é considerada como um sistema de crenças e costumes interligados. Um trabalho de saúde necessita identificar e entender os laços deste setor com a cultura que os profissionais de saúde querem mudar, em vez de presumir simplesmente que as pessoas estão aptas a perceber a racionalidade das crenças e práticas a serem introduzidas.

O homem reside em um meio ambiente duplo - Um exterior formado pelo clima, terra e recursos e um interno formado pela cultura que faz a mediação entre o homem e o mundo ao seu redor.

Aplicando o conhecimento que vem de cada um como parte, de sua herança cultural, o homem transforma o seu meio físico para alcançar seu conforto e melhorar sua saúde. Dado que a cultura varia de um grupo para outro, as interpretações do meio físi-

co variam na mesma medida.

Uma interpretação muito comum, porém errônea das diferenças culturais é a tendência em ver os costumes e crenças como elementos isolados em vez de como partes de sistemas ou padrões. Entretanto, as pessoas em geral tem certas atitudes e crenças não meramente porque elas são familiares, ou tradicionais mas porque estão ligadas com outros elementos da cultura.

Muitas vezes uma mudança num aspecto da cultura pode trazer com ela mudanças inesperadas em outras áreas ou podem resultar em deslocamentos desastrosos. Se quisermos ajudar uma comunidade a desenvolver sua saúde, precisamos aprender a pensar como as pessoas da comunidade. Antes de incentivar um grupo f de pessoas a assumir novos hábitos de saúde, é mais sábio identificar os hábitos existentes, como estes hábitos estão ligados com os outros, que funções eles desempenham e o que eles significam para aqueles que os praticam. (17)

II - MÉTODO

O nosso projeto se baseia na Teoria das Necessidades Humanas Básicas que foi desenvolvida a partir da teoria da motivação humana, de Maslow. Usando como registro o método SOAP.

Acreditamos que:

."Como parte integrante da equipe de saúde, a enfermeira mantém o equilíbrio dinâmico, previne desequilíbrios e reverte desequilíbrios em equilíbrio do ser humano, no tempo e no espaço.

. O ser humano tem necessidades básicas que precisam ser atendidos para seu completo bem estar.

. O conhecimento do ser humano a respeito do atendimento de suas necessidades é limitado para seu próprio saber, exigindo, por isto, o auxílio de profissional habilitado.

. Em estados de desequilíbrios esta assistência, se faz mais necessária.

. Todos os conhecimentos e técnicas acumuladas, sobre a enfermagem dizem respeito ao cuidado do ser humano, isto é, como atendê-lo em suas necessidades básicas.

. A enfermagem assiste o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, valendo-se para isto dos conhecimentos e princípios científicos das ciências-físico-químicas biológicas e psico-sociais". (12)

III - CARACTERIZAÇÃO DA SERRINHA

1. Aspectos Sociais

1.1- Localização

A Comunidade da Serrinha localiza-se no bairro da Trindade, limita-se ao sul com a Carvoeira, a oeste com o Morro da Cruz, ao norte com a Trindade e a leste com a Rua Capitão Romualdo de Barros. Possui uma topografia acidentada, as ruas são estreitas e lajotadas exceto no Pedregal. O aspecto urbanístico não apresenta qualquer regularidade. A comunidade fica aproximadamente a 7 km de distância do centro da cidade. Trata-se de uma área em "expansão e crescimento" principalmente devido sua proximidade com a Universidade, sendo pois uma área privilegiada sob o ponto de vista geográfico, cuja valorização imobiliária vem determinando características de uma "área nobre" residencial. Tal fato se reflete nos empreendimentos imobiliários que o modificam aceleradamente as condições da comunidade. As construções de condomínio de edifícios ou mesmo de casas de Alto Padrão de consumo vão gerando um outro tipo de urbanização, afastando cada vez mais as

classes populares para locais sem infra estrutura.

2- Aspectos Demográficos

Na comunidade moram aproximadamente 300 famílias com uma média de 6 (seis) pessoas cada. Com um total de aproximadamente 1500 (hum mil e quinhentos) pessoas, podendo-se caracterizá-los como pertencentes às classes populares, sendo que estas como colocamos anteriormente, não formam um conjunto de pessoas que vivem os mesmos problemas conjunturais e sim estruturais.

Portanto, encontram-se com diferentes situações de vida.

Na Serrinha é nítida esta diferença de condições de vida entre as pessoas desde a própria impressão visual, como na percepção dos moradores "de baixo" e dos moradores "de cima" divididos justamente pelas diferenças sócio-econômicas que vão determinando características diferentes de moradia, alimentação, vestuário, etc... nos dois grupos. Os moradores de cima são na sua famílias provenientes do interior do estado que para cá vieram em busca de melhores condições de vida. São pessoas desempregadas ou sub-empregadas com ocupações de fachineiras, serventes, vigias e domésticas, que moram em casas pequenas, sem infra-estrutura formando um ambiente de favela. Ao todo são 44 (quarenta e quatro) casas, sendo que algumas foram construídas no terreno da UFSC e outras em uma área, que segundo os moradores foi doada por herdeiros.

São famílias cujas condições de vida, determinadas pelo modelo político-econômico vigente, propiciam a adoção de medidas de sobrevivência como as práticas de pedir esmolas.

As casas são distribuídas de forma irregular, construídas na grande maioria com material usado e com espaço físico bastante limitado. Já os moradores "de baixo", apresentam, de um modo geral, melhores condições de vida, sendo muitos funcionários da UFSC.

O salário situa-se em torno de meio a 2(dois) salários mínimos.

3- Infra Estrutura

3.1- Sistema de Esgoto e Calçamento

A rede de esgotos é bastante precária. O esgoto pluvial atinge somente algumas ruas, o cloacal não existe, sendo os dejetos lançados a céu aberto (ao redor das casas) ou em fossas negras, sendo a ausência de saneamento um dos fatores que contribuem para a diferente situação de saúde dos moradores.

3.2- Abastecimento de Água e Energia

A rede elétrica atinge quase todas as casas. Existe um reservatório "caixa d'água" da CASAN que abastece toda área. Na maioria das favelas a água é cedida por vizinhos.

3.3- Vias de Transporte

A comunidade utiliza como meio de transporte o ônibus das viações Trindadense e Limcoense.

3.4- Vias de Comunicação

A comunidade dispõe de 2 (dois) telefones públicos e utilizam os serviços da agência do correio da Universidade.

3.5- Educação

No momento, a Creche São Francisco de Assis é o único recurso existente na comunidade, sendo muitas vezes o local de discussões e resolução de problemas dos moradores.

A creche atende os lactentes e pré-escolares onde permanecem em regime de semi-internato. As outras crianças em idade escolar se deslocam até a Escola Integrada Simão José Hess, na Avenida Madre Benvenuta. Percebe-se entre os moradores da comunidade um número significativo de analfabetos, o que tem ligação direta com a desqualificação profissional.

IV - ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DA CRECHE

Em novembro de 1981 foi aberta a Creche São Francisco de Assis. Esta consta com apoio da Paróquia da Trindade, contribuição da Eletrosul, da LBA e da Comunidade. Recebe doações em forma de mensalidade e uma taxa simbólica da família das crianças.

A creche atende as crianças carentes de 3 (três) meses a 6 (seis) anos em regime de semi internato das 7:30 às 18 hs. Lá as crianças dispõem de Serviço Médico, Educação e Recreação, Alimentação e cuidados de higiene.

A instalação da creche é composta por duas construções sendo uma mista e uma de material. Na construção mista funciona os Grupos de Trabalho (GT₁ e GT₄) no pavimento superior. No pavimento inferior funcionam a cozinha, 1 banheiro para os funcionários, 1 (um) consultório médico e a secretaria. A construção de material contém três salas (GTs 2,3,5) e um banheiro completo para todas as crianças. Ao lado há um pátio de areia, que contém 1 (uma) casinha de bonecas pneus 1 trepa-trepa e vários outros brinquedos pequenos.

Esta creche encontra-se em estado bastante precá-

rio, principalmente a parte de madeira que apresenta vários buracos no assoalho e está invadida por cupins. Todos os cômodos da creche são pequenos.

V - RECURSOS

Humanos

- 4 estagiárias do curso de graduação em Enfermagem (VIIIª U.C.).

- Crianças de 0 (zero) a 6 (seis) anos de idade que frequentam a creche da localidade Serrinha e suas respectivas famílias.

- Funcionários da Creche:

1 Diretora

10 Professoras

2 Cozinheiras

1 Lavadeira

1 Fachineira

1 Médico Pediatra

- Orientadora: Vera Blank

- Supervisora: Diva Fiorine

- Datilógrafa:

Materiais

- Equipamentos e materiais de enfermagem da creche.

- Medicamento fornecidos pela CEME
- Cartazes e material de desenho
- Livros, apostilas e textos

Institucionais

- Creche São Francisco de Assis
- UFSC
- HU

Financeiros

- Da própria creche
- Particulares

VI - OBJETIVOS

1- Gerais

1.1- Prestar assistência de enfermagem às crianças da creche e suas respectivas famílias, promovendo uma melhoria do padrão de saúde da população, respeitando seus hábitos, crenças e forma de vida que incidem na sua problemática de saúde.

1.2- Promover maior entrosamento com a população através da troca de experiências para que o profissional seja percebido na comunidade e esta sinta a necessidade de sua permanente atuação.

2- Específicos

2.1- Realizar exame físico e avaliação do crescimento e desenvolvimento pondo-estatural com levantamento de problemas de todas as crianças da creche.

Plano de Ação

a) Realizar exame físico em 100% das crianças da

creche, segundo modelo de exame físico pediátrico fornecido na IV unidade curricular.

b) Serão pesadas e medidas 100% das crianças até 5 anos e os resultados anotados na tabela padronizada pelo INAN-M.S.

c) Os problemas detectados serão anotados no prontuário da criança conforme método SOAP.

d) Será analisado o grau de desnutrição de 100% das crianças com déficit pondo estatural, segundo tabela de gomes.

e) 100% das crianças com desnutrição serão encaminhadas para consulta médica.

f) Será discutido com a diretora e cosinheira a possibilidade de fornecer uma dieta suplementar a essas crianças.

g) Realizar visita domiciliar a 20% das famílias cujas crianças apresentarem problemas no exame físico. Estas visitas domiciliares serão selecionadas priorizando os dados obtidos no exame físico, na análise do prontuário da criança e parecer dos funcionários da creche, conforme anexo (4).

2.2- Realizar avaliação do DNFM em 90% das crianças do GT₁.

Plano de Ação

a) Realizar avaliação do DNFM em 90% das crianças do GT₁, segundo método gesell.

b) Realizar estimulação diariamente de 20 a 30 minutos durante 3 semanas em 100% das crianças que apresentarem atraso no DNFM.

c) Após este período as crianças continuarão sendo estimuladas pelas responsáveis do GT, até a primeira semana

de junho, onde passará por nova avaliação.

d) Investigar a situação ambiental da criança, relação afetiva com a família, oferta de estímulos e condição sócio-econômica, através de visita domiciliar em 100% das crianças que apresentarem atraso no DNPM; conforme anexo (1)

2.3- Fazer levantamento do esquema de vacinação em 100% das crianças e encaminhar para iniciar ou completar o mesmo.

Plano de Ação

a) Será solicitado aos pais já na primeira semana, que tragam a carteira de vacinação para averiguar a atualização.

b) Para aqueles que não estejam atualizados será feita uma orientação informal sobre a importância da vacinação e marcado retorno com data marcada com esquema de vacinação completo.

2.4- Realizar orientação de Educação para a Saúde.

Plano de Ação

a) Realizar com os funcionários da creche uma orientação em conjunto sobre atendimento de emergência na creche.

b) Realizar com as crianças do GT₄ e GT₅ uma orientação em conjunto onde serão abordados aspectos higiênicos.

2.5- Prestar assistência de Enfermagem a 80% das crianças que apresentam intercorrências de saúde.

Plano de Ação

a) Anotar no prontuário da criança 100% das intercorrências e medidas tomadas.

b) Em quadro comparativo mensal registrar 100% das ocorrências com a finalidade de se fazer uma análise das que ocorrem com maior frequência, conforme anexo (2).

2.6- Realizar vigilância epidemiológica das doenças

Plano de Ação

a) Anotar 90% das doenças em quadro mensal conforme anexo (3).

b) Notificar 90% das doenças ao DSP.

2.7- Participar das reuniões que se realizarão na creche e na comunidade.

Plano de Ação

a) Participar de 100% das reuniões de pais que se realizarão na creche na 1ª semana do mês de abril e última semana do mês de maio.

b) Participar de 100% das reuniões da comunidade que serão realizadas conforme necessidade.

VII - CONCLUSÃO

A fase de elaboração do projeto foi muito difícil e exigiu muito esforço e dedicação pois de início tínhamos como opção realizar o estágio da VIII Unidade Curricular no Posto de Saúde da Serrinha, prestando assistência às famílias mais carentes da comunidade. Com o fechamento do posto tivemos que optar por um novo campo de estágio o que nos deixou em dúvida quanto à elaboração do projeto. Surgiu então, a idéia de realizarmos o estágio na Creche São Francisco de Assis situada na comunidade da Serrinha uma vez que as crianças que a frequentam são integrantes das famílias mais carentes da comunidade.

Ao final do projeto nos sentimos satisfeitos com a escolha pois cremos ser de grande importância o trabalho com a criança, uma vez que o período que vai da concepção até os 5 (cinco) anos de idade é da maior importância para o crescimento e desenvolvimento do ser humano devido a alta velocidade, ritmo, intensidade, e vulnerabilidade desse processo. Também por termos a criança como um elo de integra-

ção entre nós e a comunidade, dando-nos oportunidade de contactar com a realidade em que vivem as famílias que tem baixas condições sócio-econômicas e que representam mais de 80% de nossa população.

No decorrer da elaboração do projeto procuramos fazer algumas reflexões acerca da situação e práticas de saúde na realidade brasileira, já que a nossa atuação com a comunidade da Serrinha partiu do contexto de uma creche cuja população atendida se encontra em condições de saúde desfavoráveis.

Segundo Medina, citado por Acosta (1983:10).

"Os fatores condicionantes do nível de saúde de uma população basicamente se relacionam às suas características demográficas, às condições do meio ambiente, à situação social econômica e cultural; dos serviços de atenção à saúde (recursos e atividades) e ao nível de organização comunitária".

Assim, do ponto de vista de seus determinantes, a melhoria das condições de saúde da população só pode advir de uma população econômica socialmente justa, que permita condições de vida mais adequada à maioria da população.

Vimos que o Estado vem adotando medidas que favorecem a concentração de riquezas nas mãos de uma minoria e o empobrecimento das classes populares, cuja situação de saúde caracteriza-se pela grande incidência de doenças previni-veis; doenças estas provocadas pelo modelo político econômico adotado.

Para legitimar e sobrepor a sua hegemonia, o Estado vem mantendo uma série de medidas como por exemplo as instituições de saúde cujas práticas legitimam a sua dominação.

Procuramos no transcorrer do estágio manter uma

visão de saúde não apenas individual mas principalmente coletiva, por melhores condições de vida das classes populares; cabendo a nós a contribuição para o processo de transformação social, atuando junto a comunidade não no sentido de induzir no processo, manipulando e decidindo os caminhos a serem seguidos pela comunidade. Será uma prática conjunta na qual pretendemos juntamente com a população construir um novo saber, uma nova realidade.

VIII - CRONOGRAMA

MÊS/SEMANAS	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
ATIVIDADES	I II III IV	I II III IV	I II III IV	I II III IV
1. Elaboração do Projeto	x x			
2. Seminário de Apresentação	x			
3. Organização posto, início do Estágio para estabelecer contato com as crianças	x			
4. Realizar exame físico e avaliação do crescimento ponderal com levantamento de problemas de todas as crianças		x x x x	x	

MÊS/SEMANAS	MARÇO		ABRIL		MAIO		JUNHO	
	I	II III IV	I	II III IV	I	II III IV	I	II III IV
5. Realizar avaliação do DNPM das crianças do GT1 e crianças que já foram avaliadas pelo grupo anterior.			x	x x x		x		
6. Levantamento do esquema de imunização e encaminhamento para iniciar ou completar o mesmo.			x	x x x		x		
7. Realizar orientação de educação para a saúde.						x	x x	x

IX - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1- ADAMSON, Peter Relatório Para Unicef na Conclusão do Ano Internacional da Criança. 1979 (mimiografado).
- 2- ALMANAQUE ABRIL 86. São Paulo Editora Abril, 1986.
- 3- BACKES, J. B. Temas de Ética Departamento de Filosofia. Universidade Federal de Santa Catarina. 1982 7ª edição.
- 4- BARROS, Stella M. P. F. de Enfermagem Social Seu Objeto de Trabalho (mimiografado).
- 5- BONAMIGO, Eusa Mª Resende de; Et ALLI; Como Ajudar a Criança no seu Desenvolvimento. Porto Alegre, Editora da Universidade; 4ª ed. 1985.
- 6- Brasilia Câmara dos Deputados. Grupo de Trabalho Parlamentar Saúde do PMDB. 1984.
- 7- Contact, Coletânea. Assistência à Saúde. São Paulo, Ed. Paulinas, 1979.
- 8- Contact, Coletânea. Assistência Primária. Exemplos. São Paulo. Ed. Paulinas, 1979.
- 9- FRANCO, Darcy Vieira. A Equipe de Saúde no Modelo de Atenção Primária.
- 10- FREIRE, P. Educação e Mudança, São Paulo, Editora Paz e Ter-

ra. 1985. 4ª edição.

- 11- GHIZONI, D. V., ZANETTE, E. & SCHEIDEMANTEL, S. Assistência de Enfermagem A Criança Cliente da Creche e sua Respectiva Família. Projeto de Conclusão de Curso apresentado à VIIIª U.C. do Curso de Graduação em Enfermagem. UFSC. Florianópolis 1985.
- 12- HORTA, W. A. Processo de Enfermagem. São Paulo. EPU. EDUSP, 1979.
- 13- KLOGTZEL, K. O que é Medicina Preventiva. São Paulo, Editora Brasiliense, 1984.
- 14- LORENZETTI, Jorge ET ALLI. Realidade e Perspectivas de Enfermagem em Santa Catarina ABEN - Seção de Santa Catarina. Florianópolis, 1983 (mimiografado).
- 15- LUCHMANN, L.H.H. A Educação Popular Enquanto Prática de Saúde. Uma Proposta de Serviço Social. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, 1985.
- 16- MARCONDES, E. & ALCANTARA, P. de Pediatria Básica, São Paulo, Editora Sarvier 1978 6ª ed. Vol. I, II, III.
- 17- PAUL, Benjamin D. O Papel das Crianças e Costumes em Programas Sanitários (mimiografado).
- 18- PAULA, Sergio Goes de. Subsídios para Avaliação de Serviços de Saúde (mimiografado).
- 19- ROSEN, G. ET ALLI Medicina Social Aspectos Históricos, e Teóricos.
- 20- TINKEHAM, C. W. & VOORHIES, E. F. Enfermagem da Saúde

da Comunidade (mimiografado).

- 21- TORRES, Z. A Ação Social dos Grupos. Petrópolis, Editora Vozes, 1983.
- 22- TRAVELBEE, S. Intervencion en Enfermeria Psiquiatrica. Colombio Carvajal. S.A. 1979.

X - ANEXOS

- Pai e mãe vivos
Sim Não
- Conversa e/ou brinca com os pais
Sim Não
- Alcoolismo ou drogas na família
Sim Não

III- Oferta de estímulos

- Brinquedos adequados para idade
Sim Não
- Brinca com outras crianças
Sim Não
- Da mesma idade
- De idade diferente
- Do que mais gosta de brincar? _____

IV- CONDIÇÕES SÓCIO ECONÔMICAS

- Renda per capita:
Menos $\frac{1}{2}$ salário mínimo
 $\frac{1}{2}$ salário mínimo
mais que $\frac{1}{2}$ salário mínimo

LEGENDA:

S= Sim

N= Não

B= Bom

P= Péssimo

$\frac{1}{2}$ salário= 300,00

ANEXO 2

Tipo de Ocorrência	Nº de casas	Medidas de NFR	Prescrição médica	Evolução	Média de Dias de tratamento
Ferimentos					
Prob. Respirat.					
Prob. de pele					
Prob. gastro-intestinal					
Pediculose					
Conjuntivite					
Outros					

Identificação:

Doença:

Mês:

Nome:

Idade:

Esquema de imunização:

Comunidade:

Contatos:

ANEXO 4

I- IDENTIFICAÇÃO:

a) Criança:

Nome:

Data de nascimento:

Escolaridade:

Data da visita:

b) Situação familiar:

Nome do pai:

Idade:

Escolaridade:

Nome da mãe:

Idade:

Escolaridade:

Número de irmãos vivos:

Posição da criança na família:

c) Hábitos da criança:

Alimentação:

Eliminações intestinal e vesical:

Sono

Recreação

Higiene

Imunização

Escolaridade

d) Percepções e Expectativas

Problemas de saúde que a criança teve?

Hospitalizações

II- DADOS DA MULHER:

1- Quantas gestações teve?

2- Local do parto?

a) Domiciliar com ou sem parteira

b) Hospitalar

3- Costuma fazer acompanhamento médico durante a gravidez?

Sim()

Não()

Onde:

Freqüência

4- É gestante () ; É nutriz ()

Período Não Idade criança

5- Qual o método utilizado para evitar a gravidez?

6- Costuma amamentar seus filhos? até que idade?

7- Qual o motivo do desmame precoce?

8- Faz o exame preventivo de câncer?

ginecológico

de mama

Data do último exame?

9- Estado de higiene

()Bom

()Ruim

III- OUTROS DADOS

1- Quais os recursos de saúde utilizados pela família?

2- Quais os principais problemas de saúde da família nos últimos meses?

3- Onde utiliza o serviço odontológico?

() escola

() UFSC

() INANPS

() Particular

() outros

Para quê?