

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

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À
CRIANÇA CLIENTE DA CRECHE E
SUA RESPECTIVA FAMÍLIA :

SERRINHA - FPOLIS

N:Cham. TCC UFSC ENF 0064

Autor: Ghizoni, Dulcinéia

Título: Assistência de enfermagem à cria



972519122

Ac. 240146

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

POR:

DULCINÉIA VÉRAS GHIZONI

ELIANE ZANETTE

SILVANA SCHEIDEMANTEL

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0064

Ex.1

FLORIANÓPOLIS, 2º SEMESTRE DE 1985.

Este projeto foi elaborado sob orientação da Professora enfermeira Sílvia Lúcia Ferreira e contará com a supervisão das Professoras enfermeiras Diva Fiorini e Vera Blank.

Coordenadora da VIII Unidade Curricular:
Professora enfermeira Rosita Saupe.

Vá ao povo;
Ame-o;
Aprenda com ele;
Faça planos com ele;
Sirva-o;
Comece com o que ele tem;
Aproveite o que ele sabe;
Mas, quando dos melhores
líderes a tarefa chega ao fim,
quando seu trabalho termina,
todo o povo diz:
"Fizemos tudo isso sozinhos".

(Poema Chinês)

Dedicamos este trabalho àqueles que contri-
buíram com amor; compreensão e carinho e
agradecemos aos que, com seus próprios co-
nhecimentos e vivências, de algum modo co-
laboraram.

"Desnecessário citar nomes, pois o que
importa é a satisfação anônima de quem dá
e o reconhecimento íntimo de quem recebe".

(Boris Alexisdino).

Í N D I C E

I	- INTRODUÇÃO.....	01
II	- DESENVOLVIMENTO	
	1. Objetivos	
	1.1. Geral.....	13
	1.2. Específicos.....	13
	2. Recursos.....	18
III	- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
IV	- CRONOGRAMAS.....	20
	1. Do Planejamento.....	20
	2. Das Atividades de Estágio.....	23
	3. Da escala diária do trabalho das acadêmicas.....	24
V	- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
VI	- ANEXOS	
	Nº 1.....	30
	Nº 2.....	31
	Nº 3.....	32

I - INTRODUÇÃO

"A saúde de uma população é o resultado do conjunto de condições em que esta população vive". (11)

Em uma época em o homem tem realizado grandes avanços científicos e tecnológicos, o Brasil, como toda a América Latina, não tem dado a devida importância às condições sócio-econômicas da população. Esta situação torna-se evidente quando se observa a dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde para a maioria da população.

O problema da assistência se agrava quando levamos em consideração os custos crescentes e a baixa produtividade dos serviços de saúde, assim como a desvinculação entre os serviços oferecidos e as características culturais, econômicas, sociais e as necessidades de saúde da população.

Estudos comprovam que milhões de pessoas morrem de enfermidades evitáveis e curáveis, ou sobrevivem com seqüelas físicas ou mentais por falta de atenção sanitária elementar.

"A doença em geral é o resultado de várias causas combinadas." (18)

Um dos pontos fracos da medicina moderna é que leva as pessoas a encarar a doença como resultado de uma única causa. No atestado de óbito, o médico escreve como causa da morte", pneumonia, desidratação, gastroenterite, sarampo". Ele considera a causa da morte em termos de um agente específico no caso, uma bactéria, um vírus.

Observando-se as pessoas que ficam doentes ou morrem de doenças como diarréia, pneumonia e sarampo, percebe-se que muitas delas estão desnutridas ou moram em locais superpovoados e sem higiene. Portanto, além do agente causador da doença, deve-se levar em conta também a má nutrição e a falta de higiene como causa da doença e da morte. Mas, em geral, não é por opção que as pessoas se alimentam mal e moram em locais sujos. A pobreza precisa ser incluída como causa subjacente de muitas doenças. E as causas da pobreza também.

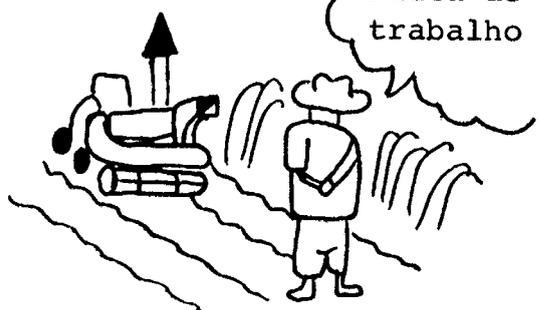
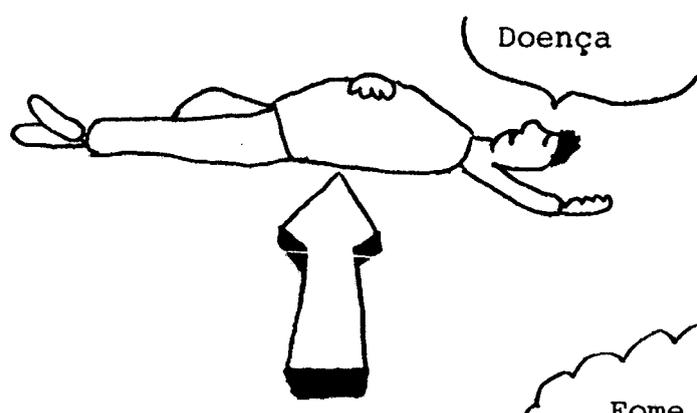
É fácil relacionar o quadro de saúde/doença com os bens que o trabalhador pode adquirir para si e sua família, quer seja com seu salário, quer seja com a "renda" familiar. A alimentação, habitação, vestuário, lazer e padrão de vida em geral que o trabalhador e sua família desfrutam, ^{biológico} contribuem de forma inquestionável para os índices de doenças carenciais, mentais, mortalidade infantil, etc.

Segundo WERNER & BOWER⁽¹⁸⁾ são três as causas da doença:

- Biológicas
- Físicas
- Sociais, subdividindo-se:
 - cultural
 - econômica
 - política.

Na realidade esses fatores estão inter-relacionados e um produz efeito sobre o outro.

CICLO DA DOENÇA:



Geralmente se procura explicar a relação intermível de doenças que acomete a população brasileira como resultado de relações naturais, temos um país muito grande com algumas áreas selvagens e outras industrializadas e "desenvolvidas". Mas o simples crescimento acelerado da produção econômica não implica necessariamente em maior desenvolvimento para a sociedade. Os exemplos evidenciam acentuadas pioras na qualidade de vida em situações de grande desenvolvimento e criação de tecnologias complexas, desacompanhadas de um justo processo de distribuição das rendas.

Considerando a relatividade de muitos aspectos envolvidos com as necessidades humanas e as dificuldades em medi-los separadamente, surgem indicadores globalizantes da qualidade de vida. Entre estes, um dos mais utilizados e aceitos internacionalmente é a taxa de mortalidade infantil no primeiro ano de vida.

O coeficiente de mortalidade infantil-número de óbitos de menores de 1 ano por cada mil nascidos vivos no período de um ano - como indicador de qualidade de vida de uma dada população, apoia-se na imensa influência que os principais determinantes do nível de vida podem exercer sobre as causas de morte no primeiro ano.

Uma das maneiras de diminuir os índices de mortalidade infantil, de melhorar as perspectivas de vida do povo é a prevenção através da conscientização e da educação em saúde.

"Educação em Saúde em nível mais geral, é um processo de socialização política. Em nível específico, é mudança de comportamento (ou, em circunstâncias específicas, adoção de

comportamento) em relação à saúde, possibilitando ações transformadoras da realidade social. O sujeito deste processo é a própria população a que se dirige". (7)

Para fazer uma boa atuação em saúde deve-se conhecer bem as pessoas com as quais trabalha, suas crenças e modos de vida, valores e anseios, seus saberes, pois sem isto a equipe de saúde pública não terá credibilidade perante a população.

"... partimos do pressuposto de que existem dois saberes: o saber técnico e o saber popular, distintos mais não essencialmente opostos, e que a educação, como compromisso social, exigirá o confronto e a superação desses dois saberes.

... a relação entre esses dois saberes não poderá ser a transmissão unidirecional, vertical, autoritária, mas deverá ser uma relação de diálogo, relação horizontal, bidirecional, democrática". (6)

O conteúdo educativo é estabelecido através das necessidades próprias da população. Os problemas geralmente são ligados à saneamento, alimentação, habitação, produção, escolarização e condições de trabalho, que constituem grandes dificuldades e só poderão encontrar solução efetiva a partir de decisões políticas, conscientização da população e com integração de esforços de outros setores da sociedade.

~~É~~ É consenso geral que a assistência à infância deva ser considerada uma área de atendimento prioritária. O problema é essencialmente complexo e, quando falamos em criança, devemos ter em mente que ela está inserida em um contexto que começa na unidade familiar, a qual também está inserida, por sua vez, na

comunidade onde vive, e que se amplia nessa organização de cidade, estado e país. Isto explica que nenhum esforço isolado resolverá o problema do atendimento à infância, por mais bem intencionado que ele seja.

"... de acordo com autores internacionalmente respeitados na área de assistência à infância, tais como Robert Debré, Nathalie Masse, Michel Manciau, Lezine, Bowlby, Spitz, White, Piaget e muitos outros, os primeiros anos de vida da criança são decisivos para o seu desenvolvimento integral e constituem o alicerce para o seu equilíbrio biopsicosocial social futuro. Por esta razão, a assistência é de importância capital nos primeiros três anos de vida, considerados de alto risco." (2)

O bebê vem ao mundo com um repertório de capacidades e algumas características individuais de temperamento importantes. Mas o ambiente em que ele nasce também tem grande peso. Ele só pode reagir a estímulos que tenha à sua disposição. Se não houver estímulo, ele não pode reagir e não pode aprender a reagir mais tarde a coisas novas.

Nessa fase, a ausência, deficiência de perturbações nas áreas emocional, afetiva, nutricional, de estimulação, socialização e saúde podem acarretar até mesmo irreversíveis, dependendo da duração, intensidade, agressor ou da fase em que se encontra a criança.

RIZZO⁽¹⁷⁾ cita que a Revolução Industrial provocou profundas mudanças na vida social, econômica, política e cultural da humanidade iniciando-se a exploração da mão de obra feminina nas fábricas. Como consequência a atenção à criança

passa a ser responsabilidade de instituições, surgindo as creches.

A primeira que se tem notícia foi fundada em Paris, em 1844, criada para abrigar crianças recolhidas das ruas, a maioria filhas de operárias. A partir daí o movimento de criação de creches se expandiu, especialmente na Europa e posteriormente na América do Norte e só recentemente na América Latina.

Conforme documentação (MTB-SENAI-SENAC, 1976:116) "creche é toda instituição especializada onde a mulher trabalhadora (ou não) deixa seus filhos de um mês a seis anos em regime de semi-internato. Assim é exigido das creches que tenham a oferecer, alimentação, cuidados médicos e recreação no mínimo." Além das atividades de rotina de uma creche como proteção e alimentação, sente-se hoje a necessidade de realizar um trabalho de atendimento psico-pedagógico e social constituído sobre sólidas bases afetivas, que amenizem a ausência materna para permitir que a criança cresça forte e segura emocionalmente.

ⓧ Dada a prioridade do atendimento à criança principalmente nos primeiros anos de vida, o número de creches aumentou consideravelmente nos últimos anos, decorrentes da necessidade da mulher ajudar no orçamento familiar.

Percebe-se que o trabalho realizado numa creche não é isoladamente para criança, ele é um todo integrado visando sempre o bem estar da criança, família e também da comunidade.

Um dos aspectos fundamentais para que o atendi-

mento à criança seja satisfatório é a constituição da equipe de trabalho, selecionando pessoas com preparo que sejam capazes de assisti-la, estabelecendo uma relação de afetividade sa dia, num ambiente de estimulação adequada.

O enfermeiro exerce um papel importante nesta equipe, sendo responsável por diversas atribuições, entre as quais:

- Elaborar, implantar, supervisionar e avaliar o programa de assistência de saúde das crianças e dos funcionários.
- Estabelecer medidas gerais de higiene e prevenção de acidentes na creche.
- Treinar e supervisionar pessoal auxiliar ou atendente de enfermagem.
- Avaliar o crescimento e desenvolvimento das crianças.
- Elaborar o plano de atendimento individual de saúde da criança, quando necessário.
- Atuar junto às famílias para melhorar o nível de saúde de todos os elementos através de programas educativos para todos os membros da família.
- Realizar visitas domiciliares, de acordo com os critérios por ele adotados.
- Desenvolver trabalhos de pesquisa na área da criança.

Com intuito de atuar em Saúde Pública e tentar contribuir para a melhoria das condições de vida de determinada população, resolvemos realizar o estágio da VIIIª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem na Creche São Francisco de Assis na Comunidade da Serrinha em Florianópolis.

Caracterização da Serrinha:

A comunidade da Serrinha localiza-se no bairro da Trindade e limita-se ao Sul com a Carvoeira, à Oeste com o Morro da Cruz, ao Norte com a Trindade e ao Leste com a Rua Cap. Romualdo de Barros. (Anexo I)

A topografia é acidentada, caracterizando-se por ruas e servidões, estreitas e íngremes. A comunidade dista aproximadamente 7km do centro.

Existem aproximadamente 300 famílias, com média de 6 elementos, com um total de 2000 pessoas. Observa-se número significativo de mães solteiras.

As moradias são em grande parte de madeira, com 4 a 6 cômodos. Existem porém, várias casas de luxo que causam grande contraste com a realidade da maioria da população, como ocorre no Pedregal, onde há muitos barracos com 1 à 3 cômodos.

A rede elétrica atinge a quase todas as casas. Existe um reservatório de água da CASAN acima do Pedregal, o qual abastece toda a área. A rede de esgotos é precária. O esgoto pluvial atinge apenas uma parte das ruas, o cloacal inexistente, sendo os dejetos lançados à céu aberto ou em fossas negras. O lixo é recolhido na maioria das ruas pelo serviço de limpeza pública. As ruas são pavimentadas com lajotas, excetuando-se o Pedregal.

A comunidade utiliza, em sua maioria, como meio de locomoção, os ônibus das Viações Trindadense e Limoense, mas os moradores deslocam-se até a rua Lauro Linhares, já que

não existe ponto de ônibus na Serrinha. Há dois telefones públicos.

Não há estabelecimento educacional na localidade, sendo necessário que as crianças se desloquem até a Escola Integrada Simão José Hess, na avenida Madre Benvenuta. Para os lactentes e pré-escolares existe uma creche, na qual estes permanecem em regime de semi-internato. Existe um número significativo de moradores semi-analfabetos, o que tem ligação direta com a desqualificação profissional. Dentre estas ocupações destacam-se as da construção civil, biscateiros, serventes da UFSC e empregadas domésticas; a renda mensal varia de meio a 2 salários mínimos. Inexiste área de lazer, de recreação na Serrinha.

Recentemente foi aberto na rua João Marçal um posto de saúde mantido pela UFSC, que atende gratuitamente. Sendo este atendimento prestado por estagiários dos cursos de graduação de medicina e enfermagem, supervisionados por médicos e enfermeiros, respectivamente. Funciona de 2ª a 6ª feira, das 16 às 20 horas. Qualquer caso mais complexo (emergência) ou requisição de exames é encaminhado ao Hospital Universitário, o qual também fornece toda a medicação e material ao posto.

Em novembro de 1981 foi fundada a Creche São Francisco de Assis. Conta com o apoio da Paróquia da Trindade, contribuições da comunidade e ocasionalmente da LBA. Recebe também doações espontâneas em forma de mensalidades, e das famílias das crianças, uma taxa simbólica de cinco mil cruzeiros mensais.

A creche atende à crianças de 3 meses à 6 anos, em regime de semi-internato, das 7:30 às 18 horas. Atualmente conta com 74 crianças.

É composta por duas construções, sendo uma mista e uma de material. A mista contém as salas dos Grupos de Trabalho (GT) 1 e 4 no pavimento superior- No inferior, a cozinha, 01 banheiro para funcionários e professores, 01 consultório médico e a secretaria. A construção de material abriga três salas (GTs 2,3 e 5) e 01 banheiro completo para as crianças. No pátio, que é de areia há uma pequena casa de bonecas e 6 pneus.

Há 7 professoras, 3 auxiliares e demais funcionários, num total de 15 pessoas, incluindo a diretora, médico e psicopedagoga.

Esta creche encontra-se em estado bastante precário principalmente a construção mista. O pátio é pequeno, em vista do grande número de crianças.

Recentemente foi adquirido pela Paróquia, um terreno na Estrada Geral da Serrinha, onde será construída uma nova creche pela LADESC. Podendo assim, oferecer melhores condições às crianças.

II - DESENVOLVIMENTO

1. OBJETIVOS

1.1. Geral

Prestar assistência de enfermagem às crianças da creche e suas respectivas famílias, visando uma maior integração entre a creche e a comunidade e uma melhoria do padrão de saúde da população atendida.

1.2. Específicos

1.2.1. Objetivo nº 1:

Fazer exame físico e avaliação do crescimento de todas as crianças da creche, acrescido de avaliação do desenvolvimento neuro-psico-motor (D.N.P.M) das do GT₁.

Plano de Ação:

a) Todas as crianças serão pesadas e medidas e será anotado na ficha de controle existente na creche. Será utilizado a Tabela de GOMEZ para comparar e avaliar o peso e estatura, classificando as que tiverem déficit ponderal, de acordo com o grau de desnutrição.

b) A avaliação do D.N.P.M. será feita segundo o método de Gesell⁽⁹⁾. Serão avaliadas as condutas motora, adaptativa, pessoal-social e linguagem.

Será atribuído um valor de 25% para cada conduta, num total de 100%. Serão consideradas com atraso as crianças

que atingirem menos de 50%.

c) Durante a execução do exame físico, será feito o levantamento dos problemas de saúde.

d) Os resultados obtidos serão demonstrados através de registros nas fichas de controle das crianças na creche.

Avaliação: Será considerado alcançado o objetivo se ao término do estágio tivermos feito o exame físico e a avaliação do crescimento de no mínimo 90% das crianças e avaliação do DNPM de no mínimo 90% das crianças do GT₁.

Não será utilizado como parâmetro de avaliação 100% devido à imprevisões que possa, ocorrer com as crianças, tais como: doenças, afastamento da creche etc...

1.2.2. Objetivo nº 2

Fazer e/ou orientar estimulação das crianças com deficiência no DNPM.

Plano de Ação:

a) as crianças com deficiência no DNPM serão estimuladas segundo o padrão de estimulação neuro-psico-motora para as diversas faixas etárias.

b) Após um mês de estimulação, a criança será submetida a nova avaliação do DNPM.

Avaliação

Será considerado alcançado o objetivo se no mínimo 50% das crianças estimuladas evoluírem em qualquer das condutas.

Os dados serão registrados no caderno de controle.

1.2.3. Objetivo nº 3

Contribuir para a prevenção de acidentes e doença, caso ocorra, prestar cuidados diretos de enfermagem à criança.

Plano de Ação

a) A prevenção será feita através da observação à criança e seu ambiente, quando detectado algum problema serão feitas orientações diretas a própria criança e/ou ao seu professor.

b) Em caso de doença ou acidente prestar os primeiros socorros, encaminhando-a ao médico ou à serviços especializados, se necessário. Serão anotados em caderno de controle todos os casos ocorridos, tipo de acidente de doença e medida realizadas (Anexo II).

Avaliação

- Será feita através do Anexo nº 2. Se no mínimo 70% dos casos forem solucionados ou encaminhados, o objetivo será considerado alcançado. E se os nºs de acidentes diminuírem gradativamente a cada mês.

1.2.4. Objetivo nº 4

Detectar e encaminhar as crianças para iniciar ou completar esquema de imunização.

Plano de Ação:

Solicitar e avaliar as carteiras de vacinação e encaminhar as que estiverem com esquema incompleto. Após a comunicação (às mães ou responsáveis), será marcado o retorno para trazer a carteira atualizada.

Avaliação:

O objetivo será considerado alcançado, se ao término do estágio, no mínimo 90% das crianças estiverem com a carteira de vacinação atualizada.

1.2.5 - Objetivo nº 5

Promover a educação em saúde às professoras e crianças na creche.

Plano de Ação:

a) Às professoras serão dadas orientações a partir de conversas informais sobre assuntos de interesse, relativos à saúde.

b) Às crianças dos Grupos de Trabalho (GTs) 4 e 5 serão feitas orientações em conjunto nas respectivas salas de aula, sobre noções básicas de higiene como: Higiene corporal, higiene oral, importância da lavagem das mãos, etc.

As orientações prestadas serão anotadas em caderno de controle.

Avaliação:

Se ao término do estágio estivermos realizado a proposta e analisarmos que houve boa receptividade e aproveitamento, o objetivo será considerado alcançado.

1.2.6. Objetivo nº 6

Realizar visitas domiciliares às famílias das crianças do GT₁, utilizando o processo de Enfermagem aplicado à família adaptado de Costa et alli, e às demais famílias, prestar orientações, quando necessário, não envolvendo a aplicação do processo.

Plano de Ação

a) As visitas domiciliares do GT₁ serão realizadas após execução do exame físico e avaliação do DNPM, seguidas de elaboração de um processo de Enfermagem aplicado à família (Anexo 3).

b) Às demais famílias, serão dadas as orientações logo na 1ª visita, a partir dos problemas e necessidades da criança levantados no exame físico e avaliação do crescimento. Não será aplicado o Processo de Enfermagem. As orientações prestadas serão anotadas no caderno de controle.

Avaliação

O objetivo será considerado alcançado se ao término do estágio um mínimo de 90% dos processos de enfermagem aplicados às famílias das crianças do GT₁ forem realizados; e se um mínimo de 70% dos problemas levantados nas demais crianças forem orientados.

2. RECURSOS

HUMANOS:

- 3 alunas do Curso de Graduação em Enfermagem (VIII U.C.)
- Crianças da Creche e suas famílias
- Diretora, professoras e funcionários da Creche.
- Orientadora
- Supervisoras
- Datilógrafa

MATERIAIS:

- Equipamentos e materiais de enfermagem da creche
- Medicamentos da CEME
- Brinquedos e materiais disponíveis na creche, utilizados para a avaliação das crianças.
- Cartazes e material de desenho
- Apostila do Processo de Enfermagem.

INSTITUCIONAIS:

- Creche São Francisco de Assis
- UFSC

FINANCEIROS:

- Transporte
- Da própria Creche
- Particulares, num total de Cr\$200,000 (Duzentos mil cruzeiros)

III- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante as várias etapas de elaboração deste projeto, tivemos a oportunidade de contactar com a realidade em que vivem famílias que tem baixas condições sócio-econômicas e que representam mais de 80% da nossa população. Esta visão é essencial a todas as pessoas e principalmente aos profissionais da área da Saúde para que possam compreender melhor a relação direta e existente entre saúde e condições devida.

Esperamos que nosso trabalho não se resuma simplesmente a uma atividade acadêmica, mas que possa trazer algum benefício para a comunidade com a qual iremos trabalhar e para isso é necessário que tenhamos um bom entrosamento com a mesma. Também devemos levar em consideração e utilizar os próprios conhecimentos e recursos da comunidade, valorizando-a e fazendo com que esta tenha uma visão crítica da situação em que vive.

Ao término do estágio, apresentaremos um relatório com os resultados obtidos, baseados nos instrumentos e propostas aqui apresentados.

IV - CRONOGRAMAS

CRONOGRAMA DO PLANEJAMENTO

DATA	HORA	LOCAL	O QUE FOI FEITO	QUEM FEZ
07/05	17h	Creche	Conhecer a creche e verificar a possibilidade de realizar estágio.	D-S
09/05	T	Creche	Retornar à creche para falar com a Diretora.	D-S
20/05	T	CCS	Entrega da proposta de estágio da VIIIª Unidade Curricular.	D
17/ a 20/06	M T	Creche	Estágio de Observação.	* D-E-S
01/07	15:30	CCS	Reunião com Orientadora e Supervisoras.	D-S
02/07	16:00	CCS	Reunião com Orientadora.	D-E-S
09/07	19:30	Bibliot.	Elaboração da Introdução e Objetivos.	D-E-S
11/07	08:00	CS	Reunião com orientadora para a entrega de Introdução e Objetivos (provisórios).	D-S
16/07	18:00	Bibliot.	Reelaboração dos Objetivos.	D-E-S
19/07	14:00	CCS	Reunião c/Orientadora p/entregar objetivos reformulados.	E-S
24/07	16:00	Serrinha	Reunião com estagiárias do Serviço Social.	E-S
07/08	15:00	CCS	Pegar Bibliografia com a Orientadora.	D-E
19/08	M	Bibliot. C.Paróquial Trindade.	Início da elaboração do Projeto	D-S

DATA	HORA	LOCAL	O QUE FOI FEITO	QUEM FEZ
19/08	T	Casa Silvana.	Continuação da Introdução.	D-E-S
20/08	M	C.Paróquia e Creche	Entrevista com Assistente Social e Diretora da Creche.	D-E-S
	T	Casa Silvana.	Terminar Introdução.	D-E-S
21/08	M	Casa Silvana.	Objetivos e Metodologia.	D-E-S
	T	Bibliot. Posto Saúde de Creche		
22/08	9:00	CCS	Entregar Introdução, Objetivos e Metodologia definitivas e data de apresentação do Projeto.	
	T	Casa Silvana.	Caracterização da Serrinha	D-E-S
	N	Casa Eliane.	Fazer mapa.	E
23/08	M	Casa Silvana.	Fazer cronograma e Iniciar Conclusão.	D-E-S
26/08	M	Casa Silvana.	Terminar conclusão.	D-E-S
	T	CCS	Reunião Geral da VIIª Unidade Curricular.	D-E-S
27/08	M	Casa Silvana	Fazer anexos e Reformular cronograma.	D-E-S
	T	CCS	Reunião com Orientadora para entregar o Projeto.	D-E-S
		Creche	Confirmar a data do início do Estágio	D-E-S

DATA	HORA	LOCAL	O QUE FOI FEITO	QUEM FEZ
28/08	M	Casa Silva na	Fazer agradecimento, pensa- mento, capa e concluir o trabalho.	D-S
02/09	14:00	CCS	Reunião com Orientadora	D

* Dulcinéia
Eliane
Silvana

CRONOGRAMA DA ESCALA DIÁRIA DO TRABALHO DAS ACADÊMICAS
DA VIII U.C. NA CRECHE E COMUNIDADE-SERRINHA

MÊS	DATA		GRUPO		
	DIA:MÊS	SEMANA	MANHÃ	TARDE	
SETEMBRO	09	S	S-D	E*	
	10	T	E-D	S**	
	11	Q	S-E	D***	
	12	Q	S-D	E	
	13	S	E-S	D	
	14	S	-	-	
	15	D	-	-	
	16	S	S-D-E	-	
	17	T	S-D-E	-	
	18	Q	S-D-E	-	
	19	Q	S-D-E	-	
	20	S	S-D-E	-	
	21	S	-	-	
	22	D	-	-	
	23	S	D-S	E	
	24	T	E	D-S	
	25	Q	D	E-S	
	26	W	E-S	D	
	27	S	D-S	E	
	28	S	-	-	
	29	D	-	-	
	30	S	S-D	E	
	OUTUBRO	01	T	E-D	S
		02	Q	E-D	S
		03	Q	E-D	S
		04	S	E-D	S
		05	S	-	-
		06	D	-	-
		07	S	S-D	E
		08	T	S-D	E
09		Q	S-D	E	

MÊS	DATA		GRUPO	
	DIA:MÊS	SEMANA	MANHÃ	TARDE
	10	Q	S-D	E
	11	S	S-D	E
	12	S	-	-
	13	D	-	-
	14	S	D-S	E
	15	T	E-S	D
	16	Q	E-S	D
	17	Q	E-S	D
	18	S	E-S	D
	19	S	-	-
	20	D	-	-
	21	S	D-S	E
	22	T	D-E	S
	23	Q	D-E	S
	24	Q	D-E	S
	25	S	D-E	S
	26	S	-	-
	27	D	-	-
	28	S	S-D	E
	29	T	S-D	E
	30	Q	S-D	E
	31	Q	S-D	E
NOVEMBRO	01	S	Feriado	Feriado
	02	S	-	-
	03	D	-	-
	04	S	D-S	E
	05	T	E-S	D
	06	Q	E-S	D
	07	Q	E-S	D
	08	S	E-S	D
	09	S	-	-
	10	D	-	-
	11	S	S-D	E
	12	T	E-D	S
	13	Q	E-D	S

...

MÊS	DATA		GRUPO	
	DIA:MÊS	SEMANA	MANHÃ	TARDE
	14	Q	E-D	S
	15	S	Feriado	Feriado
	16	S	-	-
	17	D	-	-
	18	S	S-D	E
	19	T	S-D	E
	20	Q	S-D	E
	21	Q	S-D	E
	22	S	S-D	E
	23	S	-	-
	24	D	-	-
	25	S	S-D	E
	26	T	S-D	E

* Eliane

** Silvana

*** Dulcinéia

BIBLIOGRAFIA

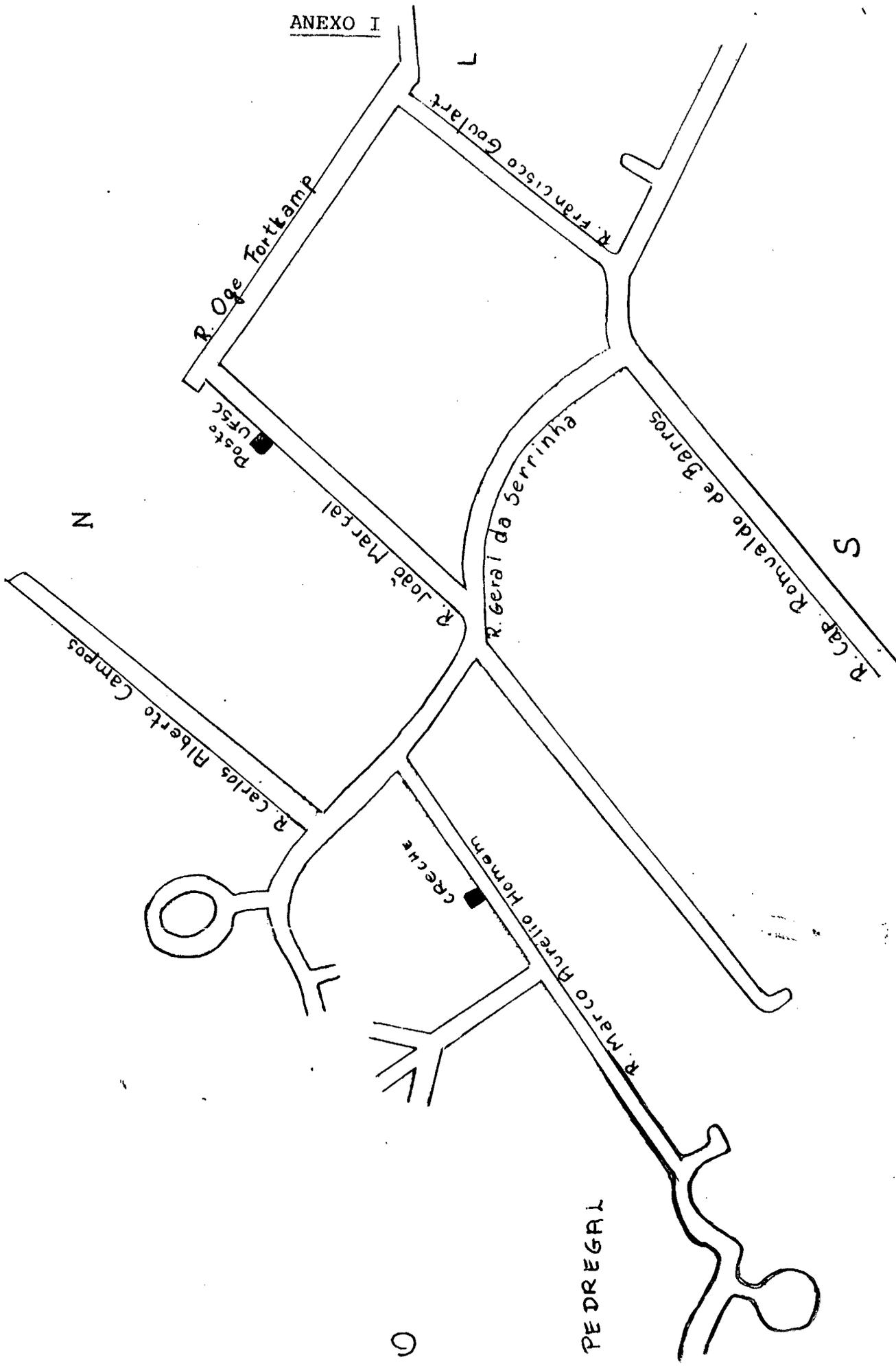
1. ADAMI, Nilce P. Experiências sobre a Atuação da Enfermagem na Atenção Primária de Saúde. Enf.Novas Dimensões 4(4): 212-221, 1978.
2. AUGUSTO, Marianna. Comunidade Infantil - Creche. R.J., Guanabara Koogan, 1979. 100p.
3. CORIAT, Lídia F. Maturação Psicomotora no Primeiro Ano de Vida. São Paulo, Cortez & Moraes, 1977. 295p.
4. COSTA, L.B e Colaboradores. Relato de uma Experiência na Aplicação da Metodologia Científica na Assistência de Enfermagem à Família. Rev. Bras.Enf., D.F., 31:114-116.
5. DUARTE, Edésio P. Ação de Enfermagem junto ao Escolar e seu Meio. Projeto de Conclusão de Curso apresentado à VIIIª U.C. do Curso de Graduação em Enfermagem - UFSC. Florianópolis, 1984.
6. ENCONTRO DE EXPERIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE, Anais do Encontro de Experiências de Educação e Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1981. 126p.
7. ENCONTRO DE EXPERIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE DA REGIÃO NORDESTE-NATAL. Anais: Ação Participativa: Metodologia. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982. 32p.

8. FAGUNES, N.C. O Processo de Enfermagem em Saúde Comunitária a partir da Teoria Myra Levine. Rev. Bras. Enf.: R.S, 36_ 265-273, 1983.
9. GESELL, Arnold. Diagnóstico Del Desarrollo; Normal y Anormal del Niño. Buenos Aires, Paidós, 1977 .402p.
10. HORTA, Wanda de A. Processo de Enfermagem. São Paulo, EPU, 1979. 99p.
11. IBASE, Saúde e Trabalho no Brasil, 2ed. Petrópolis (RJ), Vozes, 1983. 128p.
12. MENDONÇA, S.I.Z. & CARVALHO, A. Política Social e a Infância no Brasil. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à VIIIª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Serviço Social - UFSC, Florianópolis, 1984.
13. MONTEIRO, Carlos A. Mortalidade Infantil e Desenvolvimento Social. Rev. Saúde em Debate: RJ, 10:27-29, 1980.
14. MORLEY, David. Pediatria no Mundo em Desenvolvimento. São Paulo, Edições Paulinas, 1980. 345 p.
15. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SALUD. El Papel de la Enfermera en la Atención Primaria de Salud. Publicación Científica nº 348. México, 1977. 16p.

16. PHILIPPS, Liliana. A Implantação do Projeto "Mãe Crecheira" na Comunidade da Serrinha - Florianópolis. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à VIIIª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Serviço Social - UFSC, Florianópolis, 1982.
17. RIZZO, Gilda. Creche: Organização, Montagem e Funcionamento. Rio de Janeiro, Alves Editora, 1984. 238p.
18. WERNER, David & BOWER, Bill. Aprendendo e Ensinando a Cuidar da Saúde. 2.ed. São Paulo, Ed. Paulinas, 1984. 26-5.
19. ZIELGMANN, Luiz et alii. Posto Avançado da Vila Tio Zeca. Porto Alegre, 1981.

ENTREVISTAS:

1. Entrevista com Ilda Lopes sobre a Atuação do Serviço Social na Comunidade da Serrinha - Florianópolis - SC. Assistente Social da Ação Paroquial da Trindade, 9 hs, 20 de agosto de 1985.
2. Entrevista com Lídia Ighes Rossi sobre a Aplicação da Metodologia Científica na Assistência de Enfermagem à Família. Florianópolis-SC. Professora Enfermeira da UFSC, 10h, 22 de agosto de 1985.



ANEXO II

FICHAS DE OCORRÊNCIAS

DATA	NOME	IDADE	TIPO DE ACIDENTE OU DOENÇA	INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO	OBSERVAÇÃO

ANEXO III

PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO À FAMÍLIA

1. Histórico Familiar:

1.1. Nome do Chefe da Família:

Endereço:

Procedência:

NOME	RELAÇÃO DE PARENTESCO	SEXO	COR	DATA DE NASCIM.	GRAU DE INSTR.	PREVID. SOCIAL

1.2. Dados sobre Habitação:

Casa: Alvenaria() Madeira() Mista()

Própria () Alugada() Cedida()

Nº de cômodos:

Iluminação: Elétrica() Outros()

Água: Rede Pública() Fonte() Poço() Encanada()

Banheiro: Dentro() Fora()

Fossa: Negra() A céu aberto()

Destino do Lixo:

1.3. Dados sobre Alimentação:

Nº de refeições diárias:

Alimentos mais consumidos:

Hidratação:

1.4. Dados sobre Orçamento:

Receita Mensal:

Prioridade de Gastos: Alimentação()

Vestuário ()

Educação ()

Saúde ()

Aluguel ()

Outros ()

1.5. Dados sobre Saúde:

Em caso de doença a quem recorre?

Possui farmácia caseira: Sim() Não()

Usa medicamentos: Sim() Não()

Quem toma?

Quais são?

Indicados por quem?

Faz uso de chás ou remédios caseiros:

Sim() Não()

Quais?

1.6. Observações Complementares:

2. Relação dos Problemas da Família:

IDENTIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	Nº DE ORDEM IMPORTÂNCIA (Problema)	CLASSIFICAÇÃO: F - FAMILIA I - INDIVÍDUO	DATA	NOME DO RESPONSÁVEL

3. Plano de Assistência com base na história e nos problemas identificados:

Nº DE ORDEM DO PROBLEMA	CLASSIFICAÇÃO F/I	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	
			ABERTO	FECHADO

4. Evolução da Situação da Família e Avaliação da Assistência de Enfermagem:

Nº DE ORDEM DO PROBLEMA	*CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO DA FAMÍLIA E/OU INDIVÍDUO	DATA	NOME DO RESPONSÁVEL

- *AGRAVADA
- ESTACIONADA
- MELHORADA
- RESOLVIDA