

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO DE ENFERMAGEM EM PROGRAMA DE ESTRATÉGIA DA FAMÍLIA

Andrea Aparecida da Silva¹, Filipe Linhares Pires¹, Karina Cassia Pereira¹, Laryssa Cristina Vieira de Andrade¹, Lucilene Martins Leite¹, Maria Aparecida Góes¹, Valeria de Fátima dos Santos Oliveira¹, Márcia Féldreman Nunes Gonzaga², Luis Roque Guidi³, Luis Carlos Pompeu³

RESUMO: Trata-se de um relato de experiência com embasamento científico teórico/prático, relacionado as práticas do estágio supervisionado em atenção primária. A proposta de atuação nos proporcionou uma oportunidade de colocarmos em prática toda a teoria aprendida no decorrer da graduação, seguindo todos os programas disponibilizados pelo ministério da saúde, assim como, fornecer conhecimento através Da assistência de enfermagem para toda a comunidade que frequentava a unidade de atenção básica. O período desta prática ocorreu nos meses de fevereiro á abril do ano de 2017, com a carga horária correspondente a 100 horas. Na conclusão do estágio, aprimoramos nossa capacidade técnica e conhecimento científico, o aspecto facilitador que mais contribuiu para esse aprimoramento foi o domínio do conhecimento e autonomia dos programas que nos foram apresentados nas unidades por parte das supervisoras. **PALAVRAS-CHAVE:** Programa estratégia da família, enfermagem, assistência de enfermagem, Unidade Básica de Saúde, Saúde Publica.

1. Graduandos do 5º semestre de Enfermagem do Centro Universitário Amparense - UNIFIA
2. Mestre Docente do curso de Enfermagem no Centro Universitário Amparense - UNIFIA
3. Docente do Centro Universitário Amparense - UNIFIA

INTRODUÇÃO

Relato de experiência de estágio curricular do 5º semestre de Enfermagem, de 2017, sob a supervisão da Professora Márcia. Realizado na Unidade Básica no período de fevereiro à abril do ano corrente, com a carga horária correspondente a 100 horas.

As unidades básicas de saúde são locais baseados na atenção primária, com intuito de construir a principal porta de acesso para aqueles que necessitam do Sistema de Saúde (SUS), atendendo de forma integral a comunidade e a demanda que deve ser atendida de forma universal e integrada, propondo resolutividade das intercorrências, fazendo o encaminhamento para serviços mais especializados e aplicando o mecanismo de referência com garantia de atendimento continuado de forma eficiente. (Bertussi; Oliveira; lima, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde, como estratégia diretamente relacionada à atenção primária, o PSF deve procurar compreender a saúde das pessoas no contexto dos seus diversos determinantes, que seja no ambiente físico da comunidade, que seja nas relações sociais, alcançando muito além do simples enfoque sobre a enfermidade dos cidadãos. A família, além do indivíduo, passa a ser objeto de atenção no ambiente onde vive, ampliando-se a sua compreensão diante do processo saúde/doença.

Podemos relatar que os procedimentos realizados na Unidade foram bastante proveitosos para o conhecimento e aperfeiçoamento profissional.

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Constatamos que as atividades realizadas durante o estágio são de rotina, a saber:

Sobre a organização de equipe onde nesta Unidade é formada por 01 médico, 01 enfermeiro, 02 técnico de enfermagem e 03 agentes comunitário para melhor distribuição dos atendimentos da população, já que atendem mais de 10 mil habitantes, sendo assim cada equipe é responsável pelo atendimento de mais de 3 mil habitantes. A unidade conta também com o atendimento de 02 dentista e 01 auxiliar de dentista para atendimento de toda a população, com atendimentos eletivos e de urgência.

O horário de funcionamento da unidade: todos os dias de segunda à sexta no horário das 07:00 às 17:00, com exceção que as quintas-feiras à partir das 13:00 até as 16:00 encontra-se fechada para a população onde é realizada reunião das equipes para discussão de casos, melhorando assim o atendimento à população. Todos os dias das 07:00 às 08:00 é realizada a triagem, onde os pacientes sem agendamentos prévios são avaliados e encaminhados ao qual tipo de atendimento.

Distribuição do atendimento à população:

Cronograma do atendimento médico. (equipe 1).

Segunda –feira	Terça- feira	Quarta- feira	Quinta- feira	Sexta- feira
Não programa	Criança Pré-natal	Hiperdia	Visita domiciliar	Hiperdia

Cronograma de atendimento da Enfermeira . (equipe 1).

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta- feira
Resultados de exames (CE)	Criança Pré-natal	Hiperdia	Visita domiciliar	Hiperdia
Has/DM	Criança e não programa	C.O	Reunião	

Cronograma do atendimento médico. (equipe 2).

Segunda –feira	Terça- feira	Quarta- feira	Quinta- feira	Sexta- feira
Hiperdia Não programa	Criança Pré-natal	Hiperdia	Reunião	Hiperdia Visita domiciliar

Cronograma de atendimento do Enfermeiro (equipe 2).

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta- feira
Hiperdia	Criança	Não vem	Não vem	Visita domiciliar
Hiperdia	Pré-Natal	Não vem	Reunião	Não vem

Cronograma do atendimento médico (equipe 3).

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta- feira	Sexta-feira
Não programa	Criança	Hiperdia	Hiperdia	Não vem

Hiperdia	Pré-natal	Visita Domiciliar	Reunião	Não vem
----------	-----------	----------------------	---------	---------

Cronograma Enfermeira (equipe 3).

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta- feira
Hiperdia	Criança	Hiperdia	Hiperdia	C.O
Hiperdia	Pré-natal	Visita domiciliar	Reunião	Hiperdia

A Unidade Básica, é constituído de 3 consultórios para atendimento médico, 3 salas de consulta de enfermagem, 1 sala de pré- consulta, 1 copa, 1 farmácia, 1 sala de espera e 1 recepção, 1 sala de vacina, 1 sala de inalação e soroterapia, 1 sala de curativos, 1 consultório dentário, 1 sala das agentes comunitárias, 1 pequeno auditório, 1 lavadeira. Conta com uma equipe multiprofissional de nível superior e técnico, com os seguintes profissionais: 3 médicos, 2 dentistas, 1 auxiliar de dentista, 3 enfermeiras, 6 técnicas, 3 recepcionista, 3 agente administrativa sendo uma para cada equipe, 1 aprendiz, 2 faxineira. Oferecendo os seguintes serviços: consultas de enfermagem, conforme protocolo do município e Ministério da Saúde; consulta com o clínico, triagem, marcação de consultas, distribuição de medicação e esclarecimento de dúvidas dos pacientes.

Observando atentamente que todos os procedimentos e intervenções aconteceu sob supervisão da professora Márcia , nas 100 horas de estágio

PROGRAMAS:

HIPERDIA (Hipertensão/ Diabetes Melitos)

A HAS no Brasil é um dos maiores problemas de saúde, está associada a elevados níveis de morbimortalidade, contribuindo diretamente para o aparecimento de doenças cardiovasculares como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), insuficiência arterial periférica e morte prematura (CABRAL et al. 2003).

Os fatores que contribuem para o desenvolvimento da HAS são congênitos, genéticos e ambientais, além da obesidade e (principalmente a central), consumo excessivo de álcool, fumo, sal e estresse (LESSA et al., 2006). Além disso, a baixa estatura, baixo peso ao nascer, sedentarismo, baixo nível socioeconômico, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, baixo consumo de potássio e cálcio também são considerados fatores associados (LESSA, et al., 2006; NEDER; BORGES, 2006; ZELLER et al., 2007). Verifica-se também uma maior prevalência de HAS em pessoas com idade avançada (acima de 40 anos), indivíduos com baixa escolaridade (SBC, 2006), pessoas que apresentam o Índice de Massa Corporal (IMC) acima da normalidade e circunferência da cintura elevada (PEIXOTO et al., 2006), mulheres na menopausa, pessoas de cor negra e diabéticos (LESSA et al., 2006).

A OMS define diabetes mellitus como uma síndrome de etiologia múltipla, de corrente da falta de insulina ou incapacidade da insulina em exercer adequadamente suas funções, caracterizada pela hiperglicemia crônica e alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. Os sintomas característicos são: polidipsia, poliúria, borramento da visão e perda de peso (WHO, 1999). Segundo Gross, Silveiro e Camargo (2002), os mais frequentes tipos de diabetes podem ser classificados entre tipo I e II. Diabetes mellitus tipo I (DM I) que é caracterizada pela destruição das células β do pâncreas levando à deficiência total de secreção insulínica, é relativa a causas autoimunes ou idiopáticas. O tipo II (DM II) é uma entidade heterogênea caracterizada por distúrbios da ação e secreção da insulina e, corresponde a cerca de 90% dos casos de diabetes.

O grande impacto social causado pelo DM tem como fatores agravantes, mais do que a sua alta prevalência, as complicações, especialmente relacionadas às alterações no sistema vascular, fato que gera gastos expressivos em saúde, além de envolver uma redução na qualidade de vida da população em geral (ANDRADE; PELA, 2005; MEECE, 2004; WERMEILLE et al., 2004). Na rede pública de saúde, cerca de 80% dos casos de DM II podem ser atendidos predominantemente nos serviços de atenção básica (BRASIL, 2006). Medidas de prevenção reduzem significativamente a morbimortalidade por DM, por isso constituem prioridades para a saúde pública no mundo. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) e a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), a prevenção pode ser realizada mediante a identificação de indivíduos em risco (prevenção primária), identificação de casos não diagnosticados e pelo tratamento dos indivíduos já afetados pela doença, visando a prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção secundária).

O HIPERDIA permite cadastrar e acompanhar os portadores de HAS e DM, captados no Plano

Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (2000) em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS), gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde (MS).

É uma ferramenta útil para os profissionais da saúde, da rede básica e gestores do SUS, pois permite um melhor tratamento para as doenças crônicas, bem como avaliar o estado nutricional e a presença de risco para doenças crônicas, além de permitir o monitoramento dos pacientes captados neste Plano, o HIPERDIA possibilita gerar informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, de forma regular e contínua a todos os pacientes cadastrados no programa (BRASIL, 2008).

O fluxo das informações ocorre a partir do preenchimento da “ficha de cadastro” do paciente pelos profissionais de saúde na rede básica. Os dados são digitados, possibilitando a obtenção de diversos relatórios e gráficos, a partir das bases de dados nacional, estadual ou municipal. Informações como o número de pacientes com HAS, DM I e DM II, além do número de pacientes obesos, tabagistas, sedentários, com dislipidemia ou com complicações crônicas, discriminados por sexo e idade são possíveis de serem extraídas nestes relatórios (BRASIL, 2008)

PRÉ-NATAL

O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez - período de mudanças físicas e emocionais -, que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo. A adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, o que, em última análise, será essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal verificados no Brasil.

Alguns exames feitos durante o pré-natal são importantes para detectar problemas, como doenças que possam afetar a criança ou o seu desenvolvimento no útero. Geralmente os médicos pedem os seguintes exames:

- * Glicemia, para avaliar se há presença de diabetes;
- * Grupo sanguíneo e fator Rh. Esse exame é muito importante, pois detecta a incompatibilidade

sanguínea entre mãe e bebê, que pode levar à morte do feto;

- * Anti-HIV, para identificar se há a presença do vírus da AIDS no sangue da mãe. Se a mãe for soropositiva, o médico prescreverá alguns medicamentos que reduzirão as chances de a doença ser transmitida para o bebê;
- * Exame para detectar a sífilis, doença que pode causar malformações no bebê;
- * Exame para detectar a toxoplasmose, pois essa doença pode ser transmitida ao feto, causando malformações;
- * Exame para detectar a rubéola, doença que pode levar ao aborto, além de causar malformações no bebê;
- * Exame para detectar a presença do vírus da hepatite B. Caso a mãe tenha o vírus da doença, algumas medidas podem reduzir as chances de transmissão do vírus para o bebê;
- * Exame de urina e urocultura, para identificar se a mãe possui infecção urinária, que pode levar a um parto prematuro, além de poder evoluir para uma infecção mais grave;
- * Ultrassonografias. As ultrassonografias são utilizadas para a identificação da idade gestacional e malformações no bebê.

Durante o pré-natal, as gestantes também recebem orientações sobre a importância de se manter uma alimentação saudável, prática de atividades físicas e a importância de se evitar álcool, fumo e outros tipos de drogas. É importante que se faça o monitoramento do peso da mãe, para que ela não ganhe peso além do necessário, o que pode trazer alguns problemas. No pré-natal é importante que a gestante faça a reposição de vitaminas, sendo o ácido fólico recomendado nas primeiras semanas de gravidez, pois ele ajuda a prevenir as malformações.

Como vimos, o pré-natal é de extrema importância para as futuras mães, pois é através dele que alterações são detectadas e tratadas a tempo, evitando-se, assim, problemas para a saúde da mãe e do bebê.

EXAME CITOPATOLOGICO DO COLO DO ÚTERO

O câncer de colo de útero é considerado um problema de saúde pública, atingindo todas as

camadas sociais e regiões geoeconômicas do país (Instituto Nacional de Câncer, 2000; Instituto Nacional de Câncer, 1994).

O câncer cérvico-uterino é a doença crônica degenerativa mais temida, em virtude do seu alto grau de letalidade e morbidade, apresentando possibilidade de cura se for diagnosticada precocemente. Ainda é um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, pois alcança altas taxas de prevalência e mortalidade em mulheres de estratos sociais e econômicos mais baixos e que se encontram em plena fase produtiva. A evolução do câncer de colo uterino, na maioria dos casos, acontece de forma lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis.

De acordo com o Programa Viva Mulher criado em 1996, o câncer do colo do útero é o segundo mais incidente na população feminina brasileira, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma, o controle do câncer do colo do útero foi reafirmado como prioridade no plano de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, lançado pela presidente da República, em 2011.

Dentro de uma perspectiva epidemiológica, a literatura mostra que existe íntima relação entre o câncer de colo de útero, o comportamento sexual das mulheres e a transmissão de agentes infecciosos. Nestes termos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) assinala os fatores sociais, ambientais e hábitos de vida como os de maior incidência para essa patologia, destacando-se as baixas condições sócio-econômicas, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, tabagismo, precárias condições de higiene e uso prolongado de contraceptivos orais. Outro fator de risco de grande significância é a história de doenças sexualmente transmissíveis (DST), principalmente na exposição ao vírus papiloma humano (HPV), cujos estudos vêm demonstrando papel importante no desenvolvimento da neoplasia das células cervicais e na sua transformação em células cancerígenas. Estando o HPV presente em 99% dos casos de câncer de colo de útero, a idade é tida como fator de risco, sendo a faixa etária de maior incidência a de 35-49 anos de idade, com destaque para aquelas mulheres que nunca realizaram o exame de Papanicolau (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1996).

O exame de Papanicolau, conhecido internacionalmente, é tido como instrumento mais adequado, prático e barato para o rastreamento do câncer de colo de útero, também denominado de colpocitologia e mais comumente referido pela clientela como exame preventivo. O mesmo consiste no esfregaço ou raspado de células esfoliadas do epitélio cervical e vaginal, tendo seu valor tanto para prevenção secundária quanto para o diagnóstico, pois possibilita a descoberta de lesões pré-neoplásicas e da doença em seus estágios iniciais. Mesmo sendo um procedimento de baixo custo, não está incorporado a todos

os serviços de saúde, tendo utilização reduzida e não disponível a toda população feminina (FERNANDES RAQ, NARCHI NZ, 2002; LOPES RML, 1998).

Quanto aos cuidados necessários antes de as mulheres se submeterem ao exame de Papanicolau, destaca-se: não ter relações sexuais na véspera do exame, não usar pomada vaginal e não estar menstruada. Esses resultados denotam a necessidade de uma intervenção educativa direcionada às mulheres para os cuidados prévios à sua coleta, visto que a negligência dos mesmos interfere na realização do exame, bem como, no seu resultado, sabendo-se que esses cuidados referidos devem ser do conhecimento de todas as mulheres que o realizam. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1996).

Diante dessas respostas, observa-se que os sentimentos de vergonha e medo, tanto na realização do exame quanto no recebimento do resultado, podem ser externados e vivenciados por cada mulher de forma ímpar, conforme a visão de mundo de cada uma. Esses sentimentos também podem ser apreendidos por essas mulheres como uma sensação de impotência, desproteção e perda do domínio sobre o próprio corpo que a posição ginecológica proporciona. Neste sentido, presume-se que tudo isto pode ser ocasionado pelo instrumental médico-hospitalar, pelo toque ginecológico, pela introdução do espécule e a utilização do foco luminoso em suas partes íntimas, embora essas mulheres reconheçam tudo isto como importante e necessário para a realização do exame (AMORIM, 1997).

Os profissionais devem ter consciência, no ato do exame, que cada pessoa tem sua própria percepção sobre os procedimentos que envolvem a prevenção do câncer cérvico-uterino. Um procedimento simples, rotineiro, rápido e indolor aos olhos do profissional, pode ser visto pela mulher como procedimento agressivo, físico e psicologicamente, pois a mulher que busca o serviço traz consigo suas bagagens social, cultural, familiar e religiosa.

PUERICULTURA

O programa de Puericultura objetiva acompanhar o crescimento e desenvolvimento de um indivíduo, sua cobertura vacinal, estimular a prática do aleitamento materno, orientar a implantação da alimentação complementar e prevenir as desordens que mais afetam as crianças durante os primeiros dezoito meses de vida (COSTA, 2002).

Segundo Daneluzzi JC, 2001, os objetivos gerais são:

- a) vigiar o crescimento físico e o desenvolvimento neuropsicomotor e intelectual;
- b) ampliar a cobertura vacinal;
- c) promover a educação alimentar e nutricional;
- d) promover a segurança e a prevenção de acidentes;
- e) promover a prevenção de lesões intencionais, principalmente no ambiente doméstico;
- f) estimular a promoção da saúde e a prevenção das doenças mais comuns na comunidade;
- g) promover a higiene física e mental e a prática de atividades de lazer adequadas às faixas etárias;
- h) propiciar a socialização, estimulação cultural e adaptação da criança e do adolescente em seu meio social.

De acordo com Costa, 2002, as diferentes faixas etárias dos pacientes, o PPUE observa algumas particularidades:

- a) O recém-nascido (RN): suas principais características são a completa dependência do adulto para sobrevivência, grande imaturidade e incapacidade de controlar impulsos e emoções. Trata-se de uma criança que apresenta maiores riscos e necessita de cuidados mais intensos. Portanto, durante a primeira semana de vida, após a alta hospitalar, deverá receber visita domiciliar de uma enfermeira, auxiliar de enfermagem ou agente comunitário de saúde. Os objetivos desta visita são proporcionar maior contato entre o binômio mãe-filho e, por parte da equipe de Saúde da Família, identificar dúvidas e dificuldades da puérpera em desempenhar o papel de mãe, oferecer orientações sobre os cuidados básicos ao recém-nascido e avaliar a adaptação da criança ao meio extrauterino. É uma excelente oportunidade para fortalecer a implantação e estimular a prática do aleitamento materno. Ao término dessa visita, já será marcada a primeira consulta médica do RN para sua matrícula no programa;
- b) O lactente: caracteriza-se por ser uma criança que se encontra em um período de rápido crescimento pônderoestatural e desenvolvimento neuromotor, que evolui rapidamente de uma condição de vida dependente para uma vida de relacionamento com os pais e com o ambiente familiar, ganhando autonomia progressivamente. A criança adquire maior movimentação voluntária, amplia seu espaço social e é muito estimulada pelo ambiente. Nesta ocasião ocorrem ainda o início da construção da inteligência e a fase oral do desenvolvimento da personalidade. As crianças nesta faixa etária, que se estende dos 28 dias aos dois anos de vida, serão acompanhadas por consultas médicas mensais, durante

o primeiro semestre de vida, bimestrais, no segundo semestre, e trimestrais, entre 12 e 24 meses de idade;

c) O pré-escolar: período que se estende dos dois aos sete anos de idade, caracterizado por desaceleração do crescimento e menores necessidades nutricionais do que na fase anterior. Com a especialização do desenvolvimento neuromotor, a criança vai adquirindo autonomia, ampliando o seu ambiente social e diminuindo a dependência dos adultos, que se torna mais emocional e intelectual do que física. Sua evolução sócio adaptativa e cognitiva permite o início do processo de aprendizagem formal, embora ainda tenha pequena capacidade de prever riscos e de reconhecer o perigo. O objetivo é obter um candidato fisicamente forte, mentalmente capaz e socialmente ajustado para entrar na escola. As crianças serão avaliadas em consultas médicas semestrais entre dois e sete anos;

d) O escolar: caracteriza-se por ser um período de crescimento estável, quando o sistema nervoso central está se completando e pronto para receber alfabetização e realizar operações concretas. Nesta fase, a criança sofre muitas influências externas e é insuficiente e inadequadamente vigiada pelos adultos. O programa indica consultas médicas semestrais, entre sete e 10 anos de idade;

PLANEJAMENTO FAMILIAR

Até o final dos anos 70 as lutas em prol da saúde reprodutiva das mulheres encontraram fortes barreiras, destacando-se o Estado autoritário que não atendia às necessidades básicas da maioria da população; a hegemonia biomédica na construção de representações sobre o corpo feminino e o lugar social da mulher; e os programas verticais de planejamento familiar (PF), implementados por organismos internacionais desde a década de 1960 (Ávila e Corrêa, 1999).

De acordo com o Ministério da Saúde, 2002, a atuação dos profissionais de saúde na assistência à anticoncepção envolve, necessariamente, três tipos de atividades:

Atividades educativas;

Aconselhamento;

Atividades clínicas;

Essas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada, tendo-se sempre em vista que toda visita ao serviço de saúde constitui-se numa oportunidade para a prática de ações educativas que não devem se restringir apenas às atividades referentes à anticoncepção, no enfoque da dupla proteção, mas

sim abranger todos os aspectos da saúde integral da mulher. Deve-se, ainda, promover a interação dos membros da equipe de saúde, de forma a permitir a participação dos diversos elementos, nessas atividades, de acordo com o nível de responsabilidade requerido em cada situação (Ministério da saúde, 2002).

As atividades educativas devem ser desenvolvidas com o objetivo de oferecer à clientela os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método anticoncepcional mais adequado, assim como propiciar o questionamento e reflexão sobre os temas relacionados com a prática da anticoncepção, inclusive a sexualidade (Ministério da saúde, 2002).

Os métodos contraceptivos são classificados em cinco grupos:

Métodos comportamentais

- Tabela;
- Muco cervical;
- Coito interrompido.

Métodos de barreira

- Camisinha;
- Diafragma;
- Espermicidas;

Dispositivo intrauterino (DIU)

Contraceção hormonal

- Contraceptivos orais;
- Contraceptivos injetáveis;
- Anel vaginal;
- Contraceção de emergência (pílula do dia seguinte);

Contraceção cirúrgica.

- Laqueadura;
- Vasectomia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer dos estágios aprimoramos nossa capacidade técnica e conhecimento científico, o aspecto facilitador que mais contribuiu para esse aprimoramento foi o domínio do conhecimento e autonomia dos programas que nos foram apresentados nas unidades por parte das supervisoras.

A queixa negativa do estágio foi a resistência de alguns funcionários no início e em alguns momentos da unidade São Dimas atentando ao fato de que as enfermeiras e o coordenador da unidade foram muito receptivos e acolhedores. E incluindo como aspectos negativos, e a resistência das mulheres em relação a coleta de CO por estagiários do sexo masculino.

REFERÊNCIAS

Ávila MB & Corrêa S 1999. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos, pp.70-103. In L Galvão & J Díaz (orgs.). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. Editora Hucitec, São Paulo

Amorim T. Prevenção do câncer cérvico-uterino: uma compreensão fenomenológica. [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem UFMG; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde (MS) [acessado agosto 2005]. Atenção básica e saúde da família.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4. edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002

Costa AM 2002. Planejamento familiar no Brasil. Disponível em <<http://www.cfm.org.br/revista/bio2v4/planeja.html>>. Acesso em 6 dezembro 2002.

Daneluzzi JC. Programas de Puericultura: uma experiência bem sucedida. In: Ricco RG, Del Cimapo LA, Almeida CA. Puericultura: princípios e prática. Atenção integral à saúde da criança. 1ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2001. P 5-8.

Dominguez BNR. O Programa de Saúde da Família: como fazer. 1a ed. São Paulo: CGE Computação Gráfica/Editora Ltda; 1998.

Fernandes RAQ, Narchi NZ. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. RevBrasCancerol 2002; 48(2):223-30

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Programas de Controle de Tabagismo. Falando sobre câncer e seus fatores de risco. Rio de Janeiro: INCA; 1996.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Programas de Controle ao Câncer. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil: 2000. Rio de Janeiro: INCA; 2000.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Programas de Controle de Câncer. O controle do câncer cérvico-uterino e de mama. Rio de Janeiro: INCA; 1994.

Lopes RML. A mulher vivenciando o exame ginecológico na presença do câncer cérvico-uterino. RevEnferm UERJ 1998; 2(2):165-70.

Martin Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria. Conceptos, organización y practica clínica. 4a ed. Madrid: Editora Hartcourt; 1999.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenadoria de Programas de Controle de Câncer (Pró-Onco). Estimativa da incidência e mortalidade por câncer cérvico-uterino no Brasil. Rio de Janeiro: 2002.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil: 1999. Rio de Janeiro: NCA, 1999.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002