

FACULDADE INTEGRADA DE PERNAMBUCO – FACIPE
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

AURELIANA CRISTINA GUEDES
ELIZABETH MARIA SILVEIRA

**ESTÁGIO CURRICULAR NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE
EXPERIÊNCIA DE GRADUANDAS EM ENFERMAGEM**

Recife-PE
2013

AURELIANA CRISTINA GUEDES
ELIZABETH MARIA SILVEIRA

**ESTÁGIO CURRICULAR NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE
EXPERIÊNCIA DE GRADUANDAS EM ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE, como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Msc. Andrea Rosane Sousa Silva.

Recife-PE
2013

FACULDADE INTEGRADA DE PERNAMBUCO – FACIPE
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

AURELIANA CRISTINA GUEDES
ELIZABETH MARIA SILVEIRA

**ESTÁGIO CURRICULAR NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE
EXPERIÊNCIA DE GRADUANDAS EM ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso submetida à Comissão Examinadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Integrada de Pernambuco, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Banca Examinadora

Nome: Prof.^a Andrea Rosane Sousa Silva.

Instituição: Docente da Faculdade Integrada de Pernambuco-FACIPE, mestre em Enfermagem em Promoção à Saúde UPE/UEPB.

Nome: Waldemar Brandão Neto.

Instituição: Docente da Faculdade Integrada de Pernambuco-FACIPE, Enfermeiro mestre em enfermagem pela FENSG.

Nome: Rute Ivete de Andrade das Chagas.

Instituição: Docente em enfermagem da Estácio/FIR e mestre em enfermagem pela UNIFESP.

Aprovada em ____ de _____ de 2013.

De Aureliana Cristina Guedes,
Aos meus pais, Luiz Antônio Guedes e Iraci Maria Guedes,
À minha irmã, Adriana Cristina Guedes,
E ao meu noivo, Everson Passos da Rocha.

De Elizabeth Maria Silveira,
À minha família.

AGRADECIMENTOS

Aureliana Cristina Guedes,

Agradeço primeiramente a Deus, por me guiar, dar saúde e forças para superar obstáculos e não desistir dos meus objetivos.

Ao meu noivo, Everson Passos da Rocha, por todo amor, carinho e companheirismo presentes em todos os momentos, e também pelo incentivo para continuar quando tudo estava difícil.

Aos meus pais, Luiz Antônio Guedes e Iraci Maria Guedes, juntamente com minha irmã, Adriana Cristina Guedes e meus sobrinhos, Ítalo Ricardo Martins dos santos Guedes e Marília Gabrielle Martins dos Santos Guedes, pelo amor, carinho e paciência comigo, nos momentos de estresse.

Aos meus amigos, por entender minha ausência, amando-me e incentivando a continuar caminhando.

Por fim, aos meus professores e orientadores, tanto de estágio quanto da instituição de ensino superior, que me acolheram com carinho e proporcionaram experiências relevantes para meu crescimento acadêmico e intelectual.

Elizabeth Maria Silveira,

Agradeço a Deus por me dar forças e saúde ao longo de minha vida e no decorrer do curso.

A minha amiga e companheira de pesquisa Aureliana Cristina Guedes, que me acolheu e contribuiu nos momentos mais conturbados de minha vida, assim descobrindo uma grande irmã.

A minha mãe, Emília Maria Silveira, juntamente com minha filha, Suzana Silveira Bispo, minha irmã Andrea Maria Silveira, meu sobrinho Jonathan Cosmo da Silva Júnior e minha cunhada Luziana Vanderlei Honorato da Silva, amando-me e compreendendo-me em todos os momentos.

Por fim, aos meus professores e orientadores, que contribuíram para meu crescimento acadêmico.

SUMÁRIO

RESUMO.....	1
ABSTRACT	1
1 INTRODUÇÃO	2
2 METODOLOGIA.....	4
2.1 Apresentação e discussão dos resultados	6
2.1.1 Saúde da criança	7
2.1.2 Saúde do Adolescente	9
2.1.3 Saúde sexual e reprodutiva.....	11
2.1.4 Saúde do Adulto e Idoso	12
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.	14
REFERÊNCIAS.....	15

ESTÁGIO CURRICULAR NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE GRADUANDAS EM ENFERMAGEM

TRAINING CURRICULUM IN PRIMARY CARE: REPORT OF EXPERIENCE IN NURSING GRADUATION COURSES

Aureliana Cristina Guedes¹

Elizabeth Maria Silveira¹

Andrea Rosane Sousa Silva²

RESUMO

Objetiva-se neste estudo relatar as experiências vivenciadas por graduandas de enfermagem na atenção básica, durante o estágio supervisionado. O estudo é de caráter descritivo-exploratório com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência, acerca da vivência de acadêmicos em Enfermagem, de uma instituição do ensino superior – IES, inseridos na Estratégia de Saúde da Família. A coleta de dados ocorreu por meio do método de observação participante que possibilita a compreensão da realidade consistindo a inserção do pesquisador no grupo observado. Destaca-se que o processo de ensino aprendizagem é um momento de construção frequente, exigindo um aprimoramento contínuo. Assim, pode-se perceber que teoria e prática são as bases para o bom desempenho profissional e quando isoladas perdem o sentido, na tentativa de suprir eventos inesperados, baseando-se sempre na promoção a saúde.

Descritores: Atenção básica à saúde. Estudantes de enfermagem; Programa Saúde da Família; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective in this study report the experiences of graduation students of nursing in primary care during supervised training. The study is descriptive and exploratory study with a qualitative approach type experience report about the experience of academics in Nursing, an institution of higher education - IES, inserted in the Family Health Strategy. Data collection occurred through participant observation method that furthers our understanding of reality consisting of the insertion of the researcher in the observed group. It is noteworthy that the process of teaching and learning is often a time of construction, requiring continuous improvement. Thus it can be seen that theory and practice are the basis for good work performance and lose meaning when

¹ Graduandas do curso de Bacharelado em Enfermagem pela Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE.

² Orientadora, Docente da Faculdade Integrada de Pernambuco-FACIPE, mestre em Enfermagem em Promoção à Saúde UPE/UEPB

isolated in an attempt to meet unexpected events, always relying on promoting health.

Keywords: basic health care. Nursing students, Nursing, Family Health Program.

1 INTRODUÇÃO

O sistema único de saúde (SUS) nasceu na constituição de 1988 com a função de garantir acesso universal, igualitário e assistência integral ao cidadão, mantendo direção única em cada esfera de governo, levando em consideração a participação da comunidade (BRASIL, 1988). À Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e à lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, foi instituído e determinado que a saúde é um direito de todos e dever do estado (BRASIL, 1990). Refere o princípio da integralidade como uma das colunas de sustentação, a criação do SUS. O cumprimento destas ações pode contribuir bastante para assegurar a qualidade da atenção à saúde (PAIM *et al*, 2011).

A atenção básica tem por ações a promoção, proteção e recuperação dos indivíduos e sua família, sendo integral e contínua. Para evitar a interrupção desse cuidado e também do sistema de saúde, os profissionais devem orientar aos usuários que a unidade básica deverá ser a porta de entrada do serviço de saúde e preencher corretamente as guias de encaminhamento para o direcionamento adequado do usuário a outro nível de atenção, devendo ser sempre por sua necessidade e não por facilidade de acesso (BRASIL, 1990).

O Ministério da Saúde introduziu no Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado como Estratégia de Saúde da Família (ESF) criado em 1994, com a proposta de fornecer reorganização dos serviços de atenção primária à saúde através da substituição do modelo tradicional, focando atenção à pessoa e não à doença. Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, onde ficou estabelecido que o Programa Saúde da Família, estratégia prioritária para organizar a Atenção Básica, teria como um dos seus fundamentos, possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS (POLIGNANO, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (2012), de acordo com os ensinamentos

do Sistema Único de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no país, com a intenção de reorientar o processo de trabalho, redistribuindo de responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo qualificando, expandindo e consolidando a atenção básica.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de Portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011, estabelece que nas equipes de saúde da família, devem existir equipes multiprofissionais compostas basicamente por médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, auxiliar de saúde bucal, agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais que realizem o processo de demarcação e mapeamento da área, mantendo atualizados os cadastros e identificando os grupos de risco para promover ações de atenção à saúde. Realizar também o acolhimento com escuta qualificada das necessidades de saúde, promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social, acompanhamento e avaliação, entre outras atribuições da atenção básica que unificará a atenção integral ao cliente da área adscrita da saúde da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Os Ministérios da Saúde e Educação, representados por instituições de ensino superior e movimentos de controle social em saúde, têm incentivado o debate e a construção de uma política de orientação das práticas formativas de profissionais de saúde e do desenvolvimento dos recursos humanos em atuação. Assim, o aluno compreendendo criticamente a realidade do sistema de saúde onde está inserido, constrói o conhecimento e sua futura prática profissional, a partir da articulação entre conceito e ação e da experiência da interdisciplinaridade (DITTRICH *et al*, 2009).

Para Silva e Sceiffert (2009), deve se formar um profissional cidadão, competente, tanto tecnicamente quanto cientificamente, tendo uma ampla visão da realidade em que vai atuar e além de saber fazer, fazer bem, utilizando elementos que transforme um acadêmico em um cidadão capaz de solucionar eventos, sempre levando em conta os aspectos técnicos, políticos e éticos em favor de toda a população e principalmente, a menos favorecidos.

O ensino-serviço- comunidade é essencial para a efetiva integração entre teoria e prática, possibilitando ao aluno elaborar críticas, buscar soluções adequadas para os problemas de saúde encontrados, sem que fuja da realidade encontrada, redefinindo processos formativos de atuação, garantindo o atendimento integral e humanizado à população em constante processo de transformação, levando em

conta o compromisso e a responsabilidade com o usuário (MEDEIROS *et al*, 2011).

O estágio curricular proporciona ao graduando o real acontecimento de uma comunidade e sentimentos de angústia, como insegurança, ao serem avaliados, na aplicabilidade dos procedimentos técnicos e na receptividade dos profissionais do local de estágio, entre outros fatores. A vivência do estágio curricular obrigatório na comunidade tendo como finalidade contribuir na formação de um profissional competente, que saiba utilizar os conhecimentos aprendidos na universidade em benefício à população (BOSQUETE; BRAGA, 2008).

O interesse das autoras à temática ocorreu através de experiências profissionais e também por meio de estágio acadêmico na atenção básica. É de fundamental importância essa vivência para o estudante de enfermagem, por proporcionar o crescimento intelectual e profissional do discente, devendo ser um momento de criar autonomia na execução de seu serviço no ambiente escolhido, dessa forma, unindo e ampliando a relação teórica e prática, e assim possibilitando adquirir experiências que sejam úteis para tomada de decisão na área de atuação do enfermeiro, assim expor qual sua postura diante dos eventos encontrados de maneira que complemente e afirme o seu papel diante do escolhido como profissão. Possibilita também uma atuação coerente e com discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a humanização do atendimento de indivíduos, famílias e comunidade.

Nesse contexto, de que forma, graduandas de enfermagem vivenciaram o estágio curricular na atenção básica? Frente a essa problemática, objetiva-se, neste estudo, relatar as experiências vivenciadas de graduandas em enfermagem na atenção básica, durante o estágio Supervisionado em Unidade de saúde da família.

2 METODOLOGIA

O estudo é de caráter descritivo – exploratório com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência, acerca da vivência de acadêmicos em Enfermagem de uma Instituição do Ensino Superior – IES, inseridos na Estratégia de saúde da Família.

O estudo descritivo tem como objetivo descrever características de fenômeno desconhecido ou pouco conhecido, população, grupos, instituições ou situações, sujeitos, com a finalidade de evidenciar um perfil e construir um cenário

(BREVIDELLI; DOMENICO, 2012).

O estudo exploratório tem como objetivo conhecer, explicitar e aprimorar as ideias, geralmente por meio de entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado, levantamento bibliográfico e análise de exemplos que “estimulem a compreensão” (GIL, 2008).

A pesquisa qualitativa é um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que descreve e codifica os componentes de um sistema complexo de significados. As descrições exatas são um requisito fundamental para o avanço na explicação e compreensão da totalidade do fenômeno, sua dinâmica e relações no contexto estudado (TRIVIÑOS, 2008).

Uma Unidade de Saúde da Família foi inaugurada no dia 1 de abril de 2002, com a finalidade de prestar à comunidade, assistência a quem necessita, trazendo as melhores soluções para os problemas de saúde e orientando práticas mais saudáveis para melhoria da qualidade de vida das famílias.

O estágio se inscreve numa descrição de experiência vivida pelo acadêmico de enfermagem, realizado juntamente com a equipe da Estratégia de Saúde da Família, no turno da manhã e tarde de segunda-feira à sexta-feira, nos meses de abril a junho de 2013. Esse período proporcionou o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade nesta etapa de transição de identidade do futuro enfermeiro com facilidade, obtendo uma experiência altamente positiva e recompensadora. Mas ainda são necessárias mais investigações, propondo melhor compreender o processo vivenciado pelo aluno nesta fase de transição de identidades, como também para conhecer e propor estratégias de supervisão orientadas para autonomia do aluno no controle e direção de suas atitudes.

As instalações da Unidade de Saúde sempre foram instaladas, em um simples e pequeno espaço alugado, onde iniciou o trabalho de mapeamento da comunidade, através das fichas de levantamento da situação sanitária da área chamada de ficha A, área onde foi desenvolvida atividades de enfermagem.

Assim, a equipe de saúde da família é composta por 02 equipes de Programa de Saúde da Família. A equipe I, que faz a cobertura de 1.028 famílias divididas em 05 micro áreas, e a equipe II, fazendo a cobertura de 1.129 famílias, e divididas em 05 micro áreas, com médicos, enfermeiros, dentista, ACS's e outros funcionários, totalizando 23 profissionais.

Na Unidade de Saúde foram encontrados e implantados os seguintes

programas do Ministério da Saúde: Saúde da Criança (Puericultura; Imunização; Prevenção da Desnutrição Infantil); Saúde Mulher (Atendimento Pré-natal; Prevenção do Câncer do Colo do útero e Mamas; Planejamento Familiar); Saúde do Adolescente; Saúde do Adulto e Idoso (Programa de Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; Programa de Prevenção e controle de DST/Aids; Controle da Tuberculose e Hanseníase); Bolsa família e saúde bucal.

Desse modo, são prestados os serviços de consultas, visitas domiciliares, imunização e encaminhamentos a outros níveis de atenção, além de oferecer os medicamentos dos programas de saúde pública. Por falta de espaço suficiente na unidade, não é possível realizar o acolhimento a outros grupos. Os serviços oferecidos na unidade são gratuitos e de fundamental importância, pois ajudam a comunidade a prevenir a propagação de doenças entre os indivíduos, mantendo assim os usuários informados de como contribuir para a prevenção de algumas doenças existentes na comunidade.

Optamos realizar a coleta de dados por meio do método de observação participante, que possibilita a compreensão da realidade, consistindo na inserção do pesquisador no grupo observado, interagindo e compartilhando com os sujeitos seu cotidiano para compreendê-los (SOUZA; KANTORSKI; LUÍS, 2011). A participação das autoras se deu através das consultas de enfermagem em todo ciclo da vida humana, em visitas domiciliares e pesquisa da literatura. A análise dos dados foi realizada através de análise do conteúdo, modalidade temática que busca os significados manifestos e latentes no material empírico (BARDIN, 2008).

2.1 Apresentação e discussão dos resultados

No primeiro contato com determinada unidade de Saúde, percebeu-se que se tratava de uma área com uma dimensão de informações sobre o que diz respeito às relações humanas e ao cuidado de enfermagem em todo o ciclo de vida, caracterizando um crescimento no aprendizado da dinâmica de prática em saúde.

Os usuários, desde o mais jovem ao mais velho, apresentavam-se em grande número e em completa desordem, amontoando-se nos corredores e portas dos consultórios, aguardando atendimento tanto rápido quanto longo, assim criando um tipo de organização própria ao longo do tempo, porém conseguiam se encontrar dentro da organização natural criada por eles na relação comunidade e o serviço de

saúde.

Ao chegar à Unidade de Saúde, o enfermeiro nos recebeu para a apresentação das instalações e rotina de cada um dos setores da unidade, para melhor desempenho das atividades. Apresentou-nos também aos profissionais de saúde, que se dispuseram a nos esclarecer quaisquer dúvidas.

Os serviços foram desenvolvidos a partir dos programas existentes nas unidades preconizados pelo Ministério da Saúde por meio de manuais, sendo mais prevalentes para consolidação do aprendizado e referenciais teóricos adotados ao longo da disciplina. O enfermeiro teve o cuidado de nos proporcionar a vivência em todos os setores da unidade de Saúde, com o objetivo de conhecer o fluxo da clientela e nos aproximar ao máximo dos usuários para um melhor aprendizado. Assim, por meio do cronograma das atividades semanais do enfermeiro, foi possível organizar e unir o conceito com a ação através da saúde da mulher; citologia oncológica, HIPERDIA, puericultura, pré-natal, citologia oncológica e visita domiciliar.

A adaptação no campo de estágio se deu gradativamente na medida do desenvolvimento dos trabalhos, já que os funcionários se prontificaram a colaborar fazendo com que o estágio decorresse da melhor maneira possível. Essa estratégia proporcionou a conquista da confiança dos profissionais e dos usuários. Descreveremos a seguir, por tópicos, as etapas realizadas no campo de estágio, para que haja uma melhor compreensão e acompanhamento das funções e atividades realizadas.

2.1.1 Saúde da criança

É prioridade na assistência à saúde infantil, promover e recuperar a saúde e o bem-estar da criança, a fim de garantir crescimento e desenvolvimento adequados nos aspectos físico, emocional e social. Para que a promoção ocorra de forma satisfatória, a consulta de puericultura deve ser desenvolvida com plenitude, no qual o profissional da saúde deve conhecer e compreender a criança no ambiente familiar e social, além das relações e interação com o contexto socioeconômico, histórico, político e cultural (VASCONCELOS *et al*, 2012).

A faixa etária da criança é quem determina como será realizada tal assistência, de acordo com as suas especificidades: recém-nascido (0 a 27 dias), lactantes (28 dias a 2 anos), pré-escolar (2 a 7 anos) e idade escolar (7 a 10 anos).

A puericultura é uma assistência direcionada a manutenção da criança saudável a fim de garantir seu pleno desenvolvimento de zero (0) dia a 2 anos de idade (BORGES *et al* 2011).

As atividades na unidade ocorreram através de consultas de Enfermagem à Saúde da Criança, nas rotinas das consultas onde se acompanha o crescimento e desenvolvimento, realizou-se avaliação do desenvolvimento psicomotor por meio de anamnese e exame físico, verificando o perímetro cefálico, o perímetro torácico, a estatura, a presença dos reflexos de moro, de Babinski, de marcha, de sucção; a manobra de Ortolani; as suturas cranianas; a dentição e a maturação dos órgãos sexuais. Realizou-se também uma entrevista aos genitores para obter conhecimento ao cotidiano da criança, complementando a consulta e orientando a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis (6) meses de idade, para uma melhor nutrição, compreendendo a dinâmica familiar, costumes e estruturas.

O aleitamento materno é indispensável para o crescimento e desenvolvimento da criança, prevenindo de doenças infecciosas, especialmente as enfermidades diarreicas. Entra-se em consenso a oferta exclusiva do aleitamento materno até os seis meses de vida, como também a complementação de outros alimentos a partir dessa idade (BORGES *et al*, 2011).

Dessa forma, a introdução de outros alimentos como frutas raspadas, sopas trituradas e sucos, foi adequada à situação socioeconômica do responsável. As crianças com risco nutricional eram encaminhadas a institutos especializados em problemas nutricionais para reverter o quadro de desnutrição. Na unidade de saúde obtém o acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS's por meio de uma ficha do projeto cidadão, que depois de preenchida, o enfermeiro encaminha ao distrito sanitário, e agenda visitas domiciliares com o ACS para acompanhar semanalmente essa criança, a fim de conhecer melhor a realidade da família e interferir de maneira positiva para seu reestabelecimento nutricional.

No estágio foi trabalhado também o calendário vacinal da criança, através do cartão vacinal que permite ao estudante consolidar os ensinamentos teóricos como a identificação de vias de administração, possíveis efeitos e orientações realizadas à mãe. Neste contexto, realizando a prática, adquirindo conhecimento no que se refere à sala de imunização. Participamos também de campanhas de vacinação e realizando visitas domiciliares com o objetivo de

descobrir o motivo de atraso da vacina da criança. Com o atendimento na comunidade, quebra-se o paradigma do consultório, e traz a cor, a responsabilização do comunitário, fortalecendo o elo efetivo entre comunidade – profissionais – Unidade de Saúde, para a promoção e prevenção à saúde.

Para o Ministério da Saúde (2006), o cumprimento do calendário vacinal é de caráter obrigatório e deve ser comprovado através de atestado de vacinação emitido por serviço público ou privado de Saúde e assinado pelo médico ou enfermeiro responsável pelo serviço.

Nas consultas a crianças de dois anos, era relatado pela mãe ou responsável, a detecção de qualquer tipo de doença ou déficit em seu desenvolvimento, para o direcionamento a outros profissionais de saúde, que trocavam informações que facilitavam o acompanhamento da mesma. Em casos de diarreia, avaliava-se a gravidade da doença e, se fosse detectado caso leve, era adotada a Terapia de Reidratação Oral – TRO, mediante as orientações dos profissionais nas condições higiênicas e, em casos mais graves, encaminhava-se a serviços especializados. Ao final da consulta se oferecia orientações nutricionais e de higiene. Se necessário, solicitava-se exames de rotina e se prescrevia medicamentos da farmácia básica.

No Brasil, a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI, é direcionada a crianças de dois a cinco anos, que é baseada em normas internacionais de impacto a redução da morbimortalidade infantil, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças, em especial aquelas que vivem em países e regiões menos desenvolvidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Desenvolvemos também ações de promoção à saúde em uma escola de ensino fundamental, com crianças de seis a dez anos de idade. Realizando palestras sobre a higiene ambiental, dengue e algumas doenças, tendo o cuidado em utilizar uma linguagem simples para o entendimento da criança e assim transformar multiplicadores de informações.

2.1.2 Saúde do Adolescente

A adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e também de esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às

expectativas culturais em seu meio. Desse modo, a adolescência se institui com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade. Essa transformação acarreta uma série de complicações em sua vivência por se tornar um grupo vulnerável pela ausência de solidez nas informações e na absorção delas, assim se envolvendo com drogas lícitas e ilícitas, práticas de infrações e iniciando precocemente sua sexualidade, e na maioria das vezes, acompanhada de gravidez.

A integralidade é um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) e se configura como condição essencial para a assistência de adolescentes e jovens, por orientar a organização dos serviços em seus diversos níveis de complexidade, assim como ampliar a visão sobre os determinantes biopsicossociais relacionados às necessidades de saúde desta faixa (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

No Brasil, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, considera-se adolescente, o indivíduo entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 1990). Segundo o Ministério da Saúde (2012), publicou-se um manual técnico, com normas específicas para o atendimento, captação e educação em saúde, voltado para o público adolescente, atendido pela ESF. O manual faz parte do programa “Saúde de Adolescentes e Jovens”, lançado em 1999, como ampliação do Programa de Saúde do Adolescente, de 1993. Tal manual prevê ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde de adolescentes e jovens, de forma a garantir uma atenção integral à saúde desta população, na faixa etária entre 10 e 24 anos de idade (BRASIL, 2008).

A ESF é considerada modelo de assistência às populações e às práticas profissionais, podendo redirecionar as ações previstas para a população adolescente, em sua área de abrangência (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2008).

No local de estágio não ocorreu por completo o desenvolvimento a esse público, existindo algumas dificuldades em especial a ausência de espaço físico para a criação de grupo de adolescentes, restringindo as atividades ao pré-natal com adolescentes e ao seguimento à saúde sexual, quando procuravam por métodos contraceptivos.

2.1.3 Saúde sexual e reprodutiva

O desenvolvimento das atividades em consultas de enfermagem à Saúde da Mulher proporcionou unir a teoria com a prática de maneira bastante positiva e recompensadora. Após o diagnóstico de gravidez da mulher, realizamos o acompanhamento do pré-natal e a orientação quanto ao aleitamento materno exclusivo. Realização de exame preventivo, orientando o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, fornecendo também esclarecimentos sobre todos os tipos de métodos anticoncepcionais, sua eficácia, aceitabilidade, disponibilidade, facilidade de uso. Acompanhando ainda as mulheres em fase de climatério.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), as consultas de enfermagem ao Pré-Natal, devem abordar aspectos importantes como antecedentes familiares, pessoais, ginecológico e obstetrício, através de anamnese, considerando a situação atual da gestante. Assim, realizando uma escuta sensível, tirando as dúvidas e ansiedade da mulher.

No decorrer da primeira consulta de pré-natal, realizou-se anamnese onde consta como queixa principal, antecedentes pessoais e hábitos de vida. Dá-se também o cadastramento da gestante no SIS/PRÉ-NATAL, seguido do preenchimento do cartão da gestante, onde constam dados como DUM, DPP, AU,PA, IG, peso, estatura, e imunização. Cumpriu-se também o exame físico, onde se observou mucosas, edema, AU e mamilos, solicitou-se exames de rotina e orientou-se a gestante a iniciar o sulfato ferroso e o ácido fólico. Orientamos alguns cuidados como procurar acompanhamento odontológico, levantar e sentar corretamente, alimentação e vestimentas para proporcionar conforto e evitar o surgimento de eventos que levam a prejudicar a gestante e o feto.

Em relação à prevenção e controle de DST/Aids, fica restrita às pessoas que procuram o serviço com sintomas sugestivos desses agravos e às mulheres através do exame preventivo. No exame preventivo é realizado uma anamnese da paciente e o preenchimento do formulário de requisição Citopatológica, preenchimento da lâmina com os dados da paciente, fornecimento de informações sobre o que deveria ser feito e se prossegue com a coleta do material. A paciente é levada até a maca ginecológica para o exame das mamas e a coleta. Ao final da consulta, orientação à paciente, quanto à higiene íntima. Por fim, a lâmina é encaminhada ao distrito sanitário IV, para posteriormente ser encaminhada ao

laboratório para análise. São realizadas também, sessões educativas na unidade, por meio de palestras, mostrando a importância de realizar o exame, enriquecendo ainda mais o serviço do enfermeiro na atenção básica.

Nesse contexto, é muito importante que o profissional de enfermagem tenha o pleno domínio de suas atividades e do cumprimento das exigências para uma fidedignidade no resultado, minimizando o número de falso negativo. Realizando uma coleta adequada e produzindo dados de boa qualidade.

2.1.4 Saúde do Adulto e Idoso

O aprendizado se fez nos programas de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Tuberculose e na prática da visita domiciliar. Em relação à consulta de enfermagem à Saúde do Adulto e Idoso, o enfermeiro ao entrar no consultório faz a triagem para uma avaliação física (peso, PA, estatura) para comparar a consulta anterior com a atual, na ficha geral de atendimento do paciente, para assim verificar se estava havendo resultados na melhoria da qualidade de vida dessa pessoa. Os Hipertensos e Diabéticos são cadastrados no programa HIPERDIA e acompanhados com a ficha do hipertenso e/ou diabético.

Segundo Miranzi *et al* (2008), o programa HIPERDIA possibilita aos usuários cadastros para ter acesso aos medicamentos de forma gratuita e acompanhamento por outros profissionais. O enfermeiro deve desenvolver atividades educativas para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes, objetivando contribuir para adesão ao tratamento.

Na prática da consulta, as discentes realizaram de forma integral o cuidado avaliando o pé do diabético, aferindo pressão arterial, controlando a glicemia e o colesterol por meio de análise dos exames. Para tanto, palestras foram desenvolvidas para desvelar a importância do tratamento, assim evitando o abandono ao tratamento. Por fim, são solicitados os exames de rotina, quando necessário, prescrição dos medicamentos já estabelecidos anteriormente pelo médico, conforme o diagnóstico de cada paciente, orientando sobre a medicação, higienização, alimentação e hábitos saudáveis.

Com respeito à assistência prestada aos portadores de Tuberculose e Hanseníase, é indispensável à consulta de enfermagem, por se tratar de uma doença infecto contagiosa que carrega consigo inúmeros tabus. Acarretando ao

portador uma sobrecarga psicológica, necessitando de um acompanhamento integrado. Nas consultas a estes portadores, realizamos a dosagem supervisionada em algumas vezes pela primeira vez. Avaliamos a pele e, em caso de ressecamento, orientamos como hidratar e, se desenvolveu alguma reação aos componentes das medicações, sendo agendados os dias e horários para o acompanhamento. A família que reside com o indivíduo, denominado comunicantes, também é agendada para uma avaliação.

Durante as visitas domiciliares tivemos a oportunidade de conhecer a vida dos usuários. Em sua grande maioria são idosos impossibilitados e alguns acamados com suas peculiaridades, como problemas mentais, hanseníase, Acidente Vascular Encefálico – AVE e automobilísticos, problemas circulatórios e outros. Nesse âmbito, observamos as condições de vida desses pacientes, e das relações familiares existentes entre os membros das famílias, proporcionando uma consulta minuciosa levando em conta os aspectos físicos, psíquicos e emocionais, objetivando criar intervenções que possibilite o maior conforto ao indivíduo em virtude de sua recuperação ou a manutenção de seu bem estar, aprendendo conviver com suas limitações. Em algumas visitas ocorreu à utilização da técnica de limpeza para as feridas tanto superficiais, quanto profundas, como úlceras diabéticas, por pressão e vasculares, cortes, pós-operatórios e outros, chamada de curativos. Portanto, respeitando o tecido de granulação, o que preserva o potencial de recuperação, minimiza o risco de trauma e/ou infecção.

A visita domiciliar é a oportunidade que os usuários têm de receber orientações sobre higiene, cuidado com os alimentos, com a água e aproveitar para tirar suas dúvidas a respeito da patologia em questão. Esta é um instrumento fundamental, pois permite que a equipe conheça os recursos que a família dispõe além de contribuir para a melhoria do vínculo entre os profissionais da equipe e o paciente.

Na unidade, praticamos também, a Imunização em adultos, registrando em seu cartão o lote, data da aplicação e assinatura do profissional que realizou o procedimento, realização do aprazamento das doses posteriores e orientações quanto a possíveis reações da vacina. Participamos de campanhas de vacinas e na imunização de trabalhadores fora da unidade de Saúde, o que proporcionou uma experiência enriquecedora no estágio.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Neste estudo foi possível perceber que o enfermeiro se insere em toda dinâmica dos programas existentes na Atenção Básica, preconizada pelo Sistema Único de Saúde - SUS, no que diz respeito à integralidade da assistência e aproximação dos usuários ao serviço de saúde. No entanto a integralidade pelas Unidades de Saúde da Família, em uma visão holística do ser humano levando em conta costumes, culturas e valores, não dá conta dos vários sentidos a ela atribuídos, desse modo afirmando que o enfermeiro se aproxima dessa assistência integral quando une vivência com conceito.

Ao adquirir habilidades em cuidados com a Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde da mulher e Saúde do Adulto e Idoso, percebeu-se o quanto é importante a manutenção do vínculo entre profissionais de saúde e comunidade, por não somente adquirir saberes técnicos, mas, aprender também, como administrar sentimentos não existentes na teoria e assim exercitando a capacidade de raciocínio e criticidade do discente na criação de ações a fim de driblar tabus e manter boas relações interpessoais. Além disso, conduz a família como colaboradora, sendo uma grande aliada na promoção à Saúde.

A família revela-se como fonte de informações, pois em todas as atividades desenvolvidas ela se apresenta como grande colaboradora para o cuidado holístico do indivíduo e da própria família. Possibilita ao futuro profissional de saúde o conhecimento da vivência e estrutura familiar, para atuar de maneira positiva na promoção e prevenção à saúde na Estratégia de Saúde da Família.

O desenvolvimento das atividades práticas em união com a teoria proporcionou o aprendizado e aprimoramento das habilidades ao cuidado do indivíduo em toda fase da sua vida, levando em conta suas peculiaridades e permitindo a construção da autonomia do enfermeiro no cumprimento de seu exercício. A experiência vivida na Unidade de Saúde permitiu o conhecimento aprofundado da comunidade, trazendo a corresponsabilidade do usuário a sua situação de saúde, criando vínculos a fim de promover, prevenir e criar ações a partir de suas características, evidenciando cada vez mais o quanto é necessário o estágio curricular, para a formação do enfermeiro.

Destaca-se que o processo de ensino aprendizagem é um momento de construção frequente, exigindo um aprimoramento contínuo. Assim, pôde-se

perceber que teoria e prática são as bases para o bom desempenho profissional e que, se isoladas, perderiam o sentido, pois uma complementa a outra na tentativa de suprir eventos inesperados, baseando-se sempre na promoção à saúde. Logo, a vivência concede subsídios importantes para o crescimento intelectual do discente. Portanto, é imprescindível a presença e atuação efetiva do profissional de enfermagem na Atenção Básica. Mas ainda são necessárias mais investigações propondo melhor compreender o processo vivenciado pelo aluno nesta fase de transição de identidades, como também para conhecer e propor estratégias para autonomia do estudante no controle e direção de suas atitudes.

REFERÊNCIAS

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed 70, 2008.

BORGES, J. W. P.; ANDRADE, A. M.; MENEZES, A. V. B.; MOURA, A. D. A. Estratégia Saúde da Família: experiência de acadêmicos de enfermagem em estágio curricular. **Revista Rene, Fortaleza**. v.12, n. 2, p.409-416, abr/jun 2011.

BOSQUETE, L. S., BRAGA, E. M. Reações comunicativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio curricular. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. v. 42, n. 4, p. 690-696, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de autoaprendizagem para equipes de atenção básica de saúde - 2. ed.** Brasília, DF: MS, 2008 (Módulo básico, Comunicação e Educação em Saúde. Série F.).

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDIPI - Atenção integral às doenças prevalentes na infância**. Brasília, 2002 (Módulo 6).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de implantação de complexos reguladores**. v. 6, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília, DF: MS, 2008. Disponível em: <http://duvas.saude.pi.gov.br/sistemas_de_informacao/doc_tec_leg/siab/portaria-n-154-nasf.pdf>. Acesso em: 24 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Caderno de Atenção básica**. Brasília (DF), 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle do câncer de colo de útero**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens**: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica – PNAB**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série E: Legislação em Saúde).

BREVIDELLI, M. M.; DOMENICO, E. B. L. **TCC – trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área de saúde**. 3. ed. São Paulo: editora látria, 2012.

COSTA, R. F.; QUEIROZ, M. V. O; ZEITOUNE, R. C. G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. Escola Anna Nery. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Sept. 2012. **Disponível em**: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000300006>>. **Acesso em: 24 out. 2013.**

DITTRICH, A.; STRAPASSON, B. A.; SILVEIRA, J. M.; ABREU, P. R. **Sobre a observação enquanto procedimento metodológico na análise do comportamento**: positivismo lógico, operacionismo e behaviorismo radical. Abr-Jun, v. 25, n. 2, p. 179-187, Universidade Federal do Paraná. Brasília 2009.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Adolescência: ações e percepções dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 25, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/htm>>. Acesso em: 24 out. 2013.

GIL, A.C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: editora Atlas S.A, 2008.

MEDEIROS, M. A. S.; FIDELIS, G M. A.; PINTO, W. M.; NUTO, S. A. S. Integração Ensino-Serviço-Comunidade Mediada pelo Pró-Saúde/Unifor: Possibilidades de Implantação de um Serviço em Atenção Farmacêutica. **Caderno FNEPAS**, Fortaleza, v. 1, Dez, 2011.

MIRANZI, S. S. C.; FERREIRA, F. S.; IWAMOTO, H. H.; PEREIRA, G. A.; MIRANZI, M. A. S. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem*. v. 17, n. 4, p.672-679, 2008.

PAIM, J.; TRVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. THE LANCET. London, p.11-31, maio. 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassetspdfs/brazil/brazilpor1.pdf>> Acesso em: 27 mar. 2013.

POLIGNANO, M.V. **História das políticas públicas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 2008. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226> Acesso em: 19 abr. 2013.

SILVA, G. M.; SEIFFERT, O. M. L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem da USP**. São Paulo, maio-jun: v. 62, n. 3, p. 362-366. Brasília 2009.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUÍS, M. A. V. Análise Documental e Observação Participante da Pesquisa em Saúde Mental. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228; maio/ago. 2011.

TRIVIÑOS, A. R. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

VASCONCELOS, V. M.; FROTA, M. A.; MARTIN, M. C.; MACHADO, M. T. **Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família**. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, Apr./June 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000200017>>. Acesso em: 24 out. 2013.