


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
VIII^A UNIDADE CURRICULAR - INT 1108
ORIENTADORA: MSc. LORENA MACHADO E SILVA
SUPERVISORA: ENF^A NILSA BORGES PAIM

"ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER"/ BASE DE
AÇÕES PROGRAMÁTICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE/ UMA PROPOSTA DE
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM 3 UNIDADES SANITÁRIAS DE LAGES -
SC.

N.Cham. TCC UFSC ENF 0137
Autor: Soares, Elaine Pai
Título: Assistência integral a saúde da
Ex.1 UFSC BS CCSM CCSM



972517354 Ac. 240625

LABORADO POR:

ELAINE PAIM SOARES
ELISA CHEREM DE ABREU
ROSE MERY WESTRUPP

FLORIANÓPOLIS - SC, MARÇO DE 1988

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0137
Ex.1

"Não se nasce mulher,
torna-se mulher"

(Simone Beavoir)

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Prefeito do Município de Lages, Dr. **Paulo Alberto Duarte** pela autorização concedida. Agradecemos ao Secretário Municipal de Saúde, Dr. **Décio da Fonseca Ribeiro**, pela receptividade, permitindo-nos a realização deste projeto nas U.S. de Lages;

Agradecemos as Enfermeiras da Prefeitura Municipal de Lages, **Cláudia Inês Zago Souza**, **Angela Maria Mazzeppi** e **Livina Helena Madruga Ataide**, com as quais iremos trabalhar, pela abertura e espírito de cooperação demonstrados.

Agradecemos a nossa Supervisora, Enf^a **Nilsa Borges Paim**, pela acolhida, apoio e incentivo recebidos desde o primeiro contato.

Agradecemos em especial a nossa orientadora, Enf^a **Lorena Machado e Silva**, pela ajuda e orientação durante a elaboração deste projeto.

SUMÁRIO

	PÁG.
I - INTRODUÇÃO	01
II - REVISÃO DE LITERATURA	13
III - OBJETIVOS	33
3.1 - Geral	33
3.2 - Específicos	33
IV - PLANO DE AÇÃO E AVALIAÇÃO	40
V - CRONOGRAMA	57
VI - ORÇAMENTO	61
VII - CONCLUSÃO	62
VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
IX - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	66
X - ANEXOS	
XI - APÊNDICES	

I - INTRODUÇÃO

O estágio de conclusão de curso da 8^a U.C. do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC será desenvolvido com base em um projeto piloto realizado pelas acadêmicas ELAINE PAIM SOARES, ELISA DE ABREU RAFAELI e ROSE MERY WESTRUPP. Terá a orientação da Enfermeira Lorena Machado e Silva, professora do Departamento de Enfermagem da UFSC. A supervisão ficará a cargo da Enfermeira Nilza Borges Paim, funcionária da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Enfermeira Chefe do Pronto Socorro Municipal Tito Bianchini e Supervisora geral das Unidades Sanitárias (US) da Prefeitura Municipal de Lages.

Nosso projeto terá como tema central "Assistência Integral à Saúde da Mulher", analisando, assim, uma das áreas mais importantes, no Setor Saúde, e que merece uma abordagem mais específica, inclusive por parte da Assistência de Enfermagem.

Com uma carga horária de 220 horas e com a realização prevista para o período compreendido entre 21 de março à 08 de junho do ano corrente, procuraremos ressaltar a importância da enfermagem na assistência direta à mulher, bem como descrever formas de atuação prática no que se refere ao atendimento, orientação e prevenção. Socialmente, a enfermagem pode desempenhar um papel de grande relevância, contribuindo para aumentar o nível de saúde geral da população.

Sendo este projeto optativo, com relação à área e local de atuação para o desenvolvimento do estágio. Antes de escolhermos o campo de estágio, nos decidimos pelo assunto que gostaríamos de abordar, sendo este a Saúde Integral da Mulher. Resolvemos sair em busca de um local para podermos desenvolver este projeto; para isto as acadêmicas dividiram-se, indo 2 para Lages, e uma em Fpolis, para analisar a receptividade no desenvolvimento de tal projeto nas referidas comunidades. Em Lages, houve uma boa receptividade, nos colocando a disposição as U.S. da Prefeitura para realizarmos o projeto, oferecendo ajuda conforme suas possibilidades. Na Prefeitura de Fpolis não houve interesse, onde alegaram que estão com pouca verba destinada à saúde.

Pela receptividade e por queremos conhecer a realidade de da assistência de saúde em outra cidade, nossa escolha recaiu sobre Lages.

Devido a nossa escolha falaremos aqui do Município de Lages.

Localizado no Planalto serrano, com uma área de 7094 Km², o Município de Lages conta com uma população de cerca de 143558 hab (estimativa baseada no censo de 1980), sendo que 7525 hab. (recenseamento 1980), mora na área rural). Tendo uma altitude de 900 mts acima do nível do mar; possuindo duas serras da Bocaina e Farofa. Nas vizinhanças da cidade se acha o morro grande, o morro do espigão e morro do juça Pru

dente, com altitudes variáveis de 1.050 à 1100 mt.

O clima é frio no inverno, atingindo temperaturas próximas dos -10°C . As geadas são freqüentes e nos meses de julho e agosto neva em algumas regiões. No verão a temperatura sobe à $+30^{\circ}\text{C}$, sendo sua primavera chuvosa.

A população urbana é carente no que se refere à saúde, de um modo geral. Face às conhecidas dificuldades de sobrevivência das famílias pobres do meio rural houve intenso êxodo para a cidade; criando um grande problema social, econômico e cultural. Essas pessoas passaram a morar nas zonas periféricas da cidade, em áreas que não possuem planejamento urbano e são carentes de infra-estrutura básica de saneamento. Gerou-se, assim, uma situação muito difícil, pródiga em doenças e conflitos sociais.

Lages, foi um dos primeiros Municípios no Estado de SC a implantar o PAIS (Programa de Ações Integradas de Saúde), possibilitando desta forma, a realização de um trabalho integrado, entre a Secretaria Municipal de Saúde, o Estado e o INAMPS.

Com o convênio **PAIS**, o Município obteve verbas para ampliação e construção de U.S. em vários bairros da periferia do Município, atendendo a população através da realização dos programas; Programa de Suplementação Alimentar (PSA), Preventivo de Câncer e Materno Infantil. Partindo deste serviço, o setor saúde teve um bom desempenho, baixando inclusive a mortalidade infantil.

Com o término do convênio **PAIS**, as U.S. sofreram graves conseqüências devido a diminuição de recursos financeiros, inclusive baixando o nível de atendimento.

Em 1986, a S.M.S assinou convênio com o **AIS** (Ações Integradas de Saúde), gerando novas verbas e com isso melhorando o nível de atendimento e reimplantando os programas já existentes anteriormente.

O Convênio **AIS**, oferece recursos financeiros para a manutenção das U.S. juntamente com 4,2% da arrecadação Municipal que são dispendidas à saúde da população.

A S.M.S. dispõe de 16 U.S. (Anexo 1) localizadas na periferia do Município e tem procurado, neste sentido levar ao contingente populacional urbano e rural uma assistência em saúde de 1ª linha, através dos seus múltiplos projetos e atividades (anexo 2 e anexo 3) desenvolvidas por uma equipe multi-profissional (anexo 4). Esclarecemos seus indicadores (Apêndice 1). Desta forma a atuação da S.M.S. tem conseguido imensas vitórias mas ainda há muitos caminhos a serem trilhados. Das 16 U.S. pertencentes a prefeitura, procuramos escolher 3 destas após visita e reconhecimento do campo de estágio analisando os critérios em anexo (Anexo 5 e anexo 6). A partir destes critérios foram escolhidas as U.S. Gethal, U.S. Penha e U.S. Guarujá e estas se encontram aproximadamente 7 Km de distância do centro da cidade. As características das mesmas encontram-se discriminadas em anexo (Anexo 7).

Um dado importante a ser analisado é que o número de Enfermeiras no Município é irrisório, sendo que muitas dedicam-se mais à Supervisão de Programas e chefias, não prestando assistência direta à população.

Com o desenvolvimento deste projeto de Assistência Integral à Saúde da Mulher, gostaríamos de ressaltar a importância efetiva da enfermeira no campo de trabalho, propriamente dito, e as suas formas de atuação.

Com a criação da municipalização acredita-se que a saúde tenha muito a ganhar, visto que todos os seus problemas, necessidades e reivindicações serão resolvidos a nível local, com a participação efetiva e direta dos responsáveis pela Saúde pública, contando, ainda, com a colaboração e fiscalização da comunidade.

Tudo, assim, ficará mais eficiente, ágil e humanizado, com excelentes resultados às populações pobres, tão carentes de atendimento na saúde.

Tendo escolhido o tema, passaremos a situá-lo no contexto do Ministério da Saúde de cuja idéias partilhamos.

A partir das idéias discutidas em Copenhague, 1980, na Conferência das Nações Unidas, sobre a situação da mulher, Os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social explicitaram em suas diretrizes, a qualidade de dependência da mulher, a quem seria oferecida assistência social. E,

assim, a partir de 1983, começa a ser implantado o "Programa Integral da Saúde da Mulher" desenvolvido sob a orientação do Ministério da Saúde.

Segundo a 8^a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, de 1986:

"A identidade feminina é uma construção cujo processo se faz no dia-a-dia, deste a concepção até a morte, sendo portanto mutável e contínua. É um processo que compreende múltiplos aspectos, tais como corpo, prazer, fantasias, inseguranças e o mundo.

Não existe consciência única do que é ser mulher, portanto não existe um modelo de mulher; ser mulher contempla uma dimensão individual e outra coletiva, a partir da troca de experiências e conhecimentos entre as mulheres".⁽⁷⁾

Preconceitos sobre a mulher, vigentes em nossa sociedade e no interior das instituições de saúde, fazem com que esta só consiga ser definida através da família, ora como filha, ora como esposa ou mãe e nunca como o que ela é, uma mulher que também desempenha outros papéis sociais. A frequência das imagens de "devoção", "sacrifício", "feita para sofrer", "essencialmente reprodutora", associadas à maternidade em todos os seus desdobramentos e à vida sexual da mulher têm exercido, nas práticas dos serviços de saúde, uma poderosa influência no modo de tratar e entender as demandas trazidas pelas mulheres até os profissionais.

De modo geral, a organização social e administrativa dos serviços de saúde, notadamente aqueles da esfera pública, tendem a confirmar, através dos programas e atividades oferecidas à população feminina que a maternidade é o apogeu da vida da mulher e que as ocorrências deste processo, tais como: gravidez, parto, puerpério e aleitamento são, necessariamente, e às vezes exclusivamente, os alvos privilegiados dos chamados "Problemas de Saúde da Mulher". Por outro lado é fato histórico que as mulheres sempre engravidaram, tiveram filhos e que nem sempre estes acontecimentos estiveram sob a guarda da vigilância de saúde, bem como não se caracterizam necessariamente como estados patológicos.

No entanto, existe atualmente uma crítica crescente sobre a forma como as mulheres são tratadas, particularmente aquelas desfavorecidas do ponto de vista sócio-econômico, no interior das instituições públicas de serviços de saúde.

Assim, as idéias vigentes sobre as mulheres e seu lugar na sociedade determinam, entre outras coisas a escassa atenção prestada tanto na formação dos profissionais de saúde, quanto na organização da assistência aos demais problemas de saúde das mulheres não relacionadas diretamente com a gravidez e o parto. A notável carência de informações mais detalhadas e precisas do ponto de vista da investigação científica sobre certos aspectos da fisiologia e da bioquímica do corpo feminino também são indicadores desta tendência.

"O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem-se limitado quase que exclusivamente, ao período gravídico-puer-

peral e mesmo assim, de forma deficiente" (5)

"A desatenção aos aspectos integrais à saúde da mulher explica também a importância secundária que se dá à profilaxia e terapêutica da morbidade clínica; bem como aos fatores ligados ao aparelho reprodutivo". (5)

Na política de ação adotada pelo setor saúde tem-se buscado a geração de métodos e processos de trabalho mais criativos e realistas. Neste sentido o Ministério da Saúde interagindo com todas as instituições públicas do setor saúde atua em dois planos articulados: 1) expansão e consolidação da rede de serviços básicos de prestação de Ações Integradas de Saúde. 2) Ênfase em atividades chave, identificadas mediante critérios epidemiológicos, pelo seu impacto e transcendência⁽⁵⁾.

"Em relação à atenção à mulher o objetivo primordial desta proposta, os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, articulando-se os esforços do Governo Federal, dos Estados e Municípios, com o objetivo de oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológico e educativo, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a 3ª idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do Câncer cêrvico-uterino e mamário, e assistência para concepção e contracepção". (5)

"Entre os principais problemas de saúde identificados na população feminina encontram-se os seguintes:

. O acompanhamento pré-natal, de conhecido efeito positivo sobre a mulher e o conceito, tem, na sua baixa cobertura, freqüentemente associada a baixa qualidade de atendimento, um grave problema.

. A questão da assistência ao parto constitui um ponto crítico da saúde da mulher.

A redução progressiva do aleitamento materno, o qual é, reconhecidamente, um fator fundamental para nutrição e proteção da saúde física e psicológica do lactente.

As práticas obstétricas inadequadas ao atendimento ao parto, a falta de alojamento conjunto nas maternidades, a sobrecarga de trabalho e o insuficiente preparo do pessoal de saúde no que concerne à sua contribuição na solução de pequenos problemas.

. O câncer de colo uterino e da mama tem apresentado altas taxas de morbimortalidade, devido as baixas coberturas dos serviços, em termos de identificação precoce da patologia e das dificuldades de acesso aos serviços de maior complexidade por parte das pessoas com diagnóstico positivo.

. Outro problema, que surge com freqüência maior, está relacionado as doenças sexualmente transmitidas.

. O aborto, outro grande problema é pouco estudado e as informações existentes são escassas e fragmentadas.

. As doenças sistêmicas na população feminina expressam-se nos indicadores de mortalidade. Nos casos de patologia sistêmica crônica, que aumenta o risco para reprodução,

os serviços não oferecem as mulheres informações sobre os métodos e meios para a regulação da fertilidade, que lhes permitiriam espaços as gestações ou evitá-las nos casos indicados.

. Entendendo a regulação da fertilidade como um direito fundamental da pessoa, o problema tornou-se mais grave porque a ausência de uma atitude oficial fez com que as mulheres procurassem canais alternativos de orientação.

. No grupo de mulheres adolescentes, fatores como a alta incidência de doenças sexualmente transmitidas, a gravidez antes dos 15 anos de idade e a ocorrência de ôbitos por causas obstétricas diretas indicam a necessidade de ações de saúde mais abrangentes.

. As mulheres com mais de 49 anos de idade apresentam um risco mais elevado de câncer cérvico-uterino e mamário, além dos problemas próprios da menopausa.

. Finalmente, sabe-se que só uma pequena parcela da população tem acesso a serviços de pesquisa e tratamento de esterilidade conjugal." (5)

"A sociedade em que vivemos está estruturada para o homem e pelo homem, motivo pelo qual a identidade da mulher é fragmentada pelas várias funções que desenvolve. A mulher não é reconhecida a não ser em sua função reprodutora. Se reduzida a essa, sofre repercussões dessa limitação e se escapa do mundo doméstico, sofre a "esquizofrenia" da inserção na produção, em oposição às tarefas de casa. Tudo isso repercute sobre sua saúde mental e ela "fala" através de seu corpo

dos problemas que não pode expressar, e que estão inscritos na ordem patriarcal. Entretanto, o reconhecimento deste problema não passa pela simples reivindicação de igualdade e sim pelo respeito à diferença". (7)

"O marco fundamental da discussão da sexualidade ba seia-se no pressuposto de que o resgate da cidadania passa também pelas condições que permitam aos homens e mulheres vi venciarem seu corpo e sua sexualidade através do desejo e do prazer. É necessário, portanto, desvincular a reprodução da sexualidade através de mecanismos que garantam a educação sexual em diversas instâncias e informações e acesso aos mét dos anticoncepcionais". (2)

As proposições básicas de ação formuladas pelo Minis tério da Saúde para Assistência Integral à Saúde da Mulher devem ser situadas no contexto da política de expansão e con solidação dos serviços básicos de saúde, propugnada em conjun to com o Ministério da Previdência e Assistência Social e as Secretarias Estaduais de Saúde, com vistas à adequação da oferta de serviços de modo que se concentrem recursos correta mente dimensionados, para a solução dos problemas mais premen tes e de maior prevalência. Particularizar a atenção à saúde da mulher significa apenas um passo no sentido de aumentar a capacidade resolutiva da rede básica de serviços, trabalhando dentro de uma nova óptica - a da Assistência Integral de modo a contribuir para o desenvolvimento institucional do setor e para a reordenação do sistema de prestação de serviços de saú de como um todo.

Além desta introdução estará contida no corpo deste projeto, revisão da literatura, objetivos, plano de ação, avaliação, cronograma, orçamento, conclusão, bibliografia, anexos e apêndices.

II - REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, apresentaremos a revisão dos pontos que constam do Programa "Assistência Integral à Saúde da Mulher - Base para ações programáticas do Ministério da Saúde", separadamente, para melhor compreensão.

Através dela pretende-se ressaltar a importância das atividades a serem desenvolvidas, e situar o leitor acerca do tema abordado.

A - PRÉ-NATAL

De acordo com Seare Júnior⁽³⁾ "a gravidez produz na mulher uma série de manifestações que, embora não a leve a um estado patológico, acondiciona a um desvio de total ordem que não pode ser comparado ao estado não gravídico. Estas manifestações são de ordem orgânica, psíquica e social, que levam a um estado fisiológico especial característico do episódio gravídico".

"Tem-se definido o Pré-natal como um programa de exame, avaliação, observação, tratamento e educação de mulheres grávidas para que a gestação, o parto e o nascimento se transforme em um processo normal e sem perigo para mães e crianças."

(2)

"O fato da procriação representar a mais importante fonte geradora de força de trabalho leva os governos a planejar e executar projetos visando dar assistência à mulher grávida, já que o período gestacional representa fase importante na prevenção de diversas patologias que podem comprometer o indivíduo em toda a sua existência. Um levantamento realizado na Inglaterra mostra que a mortalidade perinatal apresenta estreita relação com o número de consultas durante a gravidez, revelando também a importância do início precoce da assistência pré-natal." (2)

Devido ao estado fisiológico especial que caracteriza a gestação, as gestantes são colocadas em uma posição de grupo mais exposto a fatores que afetam a mulher e o conceito dentro do processo de gestação. Estes fatores podem expô-los a risco, denominado de risco gravídico.

"Os fatores de risco são classificados em: orgânicos, social e de comportamento" (OMS).

As características que identificam a gestação com alto risco materno-fetal são: mãe solteira; nível social e cultural baixo; tabagismo; toxicomania menores de 16 anos; maiores de 40 anos; desnutrição; obesidade; enfermidades crônicas do aparelho circulatório e genito-urinário; enfermidade crônica reumática do coração; enfermidade congênita do coração; hipertensão crônica; nefrite crônica; sífilis; diabetes mellitus; tuberculose; rubeola, toxoplasmose; traumatismos; operações.

No aspecto psicológico primeiro há uma oscilação entre o desejar e não desejar aquele filho. No 2º trimestre a mulher está mais estável e no 3º trimestre o psicológico é afetado novamente devido a ansiedade.

Na gravidez ocorre uma série de modificações gerais e locais.

A gravidez tem a duração em torno de 9 meses lunares.

O útero cresce 4 cm por mês, tornando-se a sua medida a partir da sínfise púbica até o fundo do útero, podendo-se assim calcular a idade gestacional.

Os movimentos fetais ocorrem aproximadamente no 4º mês gestacional.

O pré-natal tem como objetivo orientar a gestante com relação aos hábitos de vida; preparando-a para o parto e informar a respeito de puricultura; diagnóstico; tratamento e profilaxia de doenças pré-existentes. Diagnóstico, tratamento e profilaxia, das doenças da gravidez.

As orientações devem ser dadas quanto ao aseio corporal, vestuário, sutiã e sapatos, etc.

Com as mamas deve-se ter um cuidados especiais, preparando-as adequadamente para o aleitamento.

Durante a gravidez é aconselhável fazer exercícios, leves e moderado porque estimulam a digestão, promovendo sono e repouso, melhorando a circulação.

A sexualidade é alterada, esta diminuída na gravidez e varia de acordo com o período gestacional. No primeiro trimestre há uma diminuição, no segundo se estabiliza e no 3º diminui.

Na gestação ocorre distúrbios gravídicos, que podem causar desconforto, mas desaparecem no final.

O enfermeiro tem um papel fundamental no pré-natal, pois este requiere muita educação e orientação para as mulheres com relação a saúde materno infantil.

Também é imprescindível sua presença nos controles de peso, PA, edema, AFU, BCF, etc., que refletem o estado de saúde do binômio/mãe/filho e são essenciais para um pré-natal de qualidade.

Cabe-lhe, ainda, a supervisão relacionada a dieta, uso de medicação, execução das orientações dadas, etc...

Faz parte das suas atividades os encaminhamentos, sempre que necessários, ao dentista, exames laboratoriais, especialista e outros recursos da comunidade.

B - ALEITAMENTO MATERNO

Amamentar é uma prática natural e simples. Entretanto, devido a fatores sociais tornou-se algo complexo, difícil de ser praticado pelas mulheres na realidade atual.

Até algumas décadas atrás, a amamentação era uma função biológica, experimentada por quase todas as mulheres. Na falta do leite materno a criança tinha pouca possibilidade de sobreviver. A partir dos anos 40, houve um declínio acentuado na prática da amamentação acarretando inúmeros prejuízos para o lactente e sua mãe, onde o leite materno de alto valor biológico, foi substituído por leite de vaca. Consta em anexo a composição bioquímica do leite humano e o leite de vaca. (anexo 8)

"Estudos e pesquisas efetuados em todo o mundo concluem que o declínio do aleitamento materno vem se fazendo de tal modo intenso que, atualmente, a mulher que amamenta seu filho no peito é certamente exceção à regra". (8)

"Além do reconhecimento mundial e das comprovadas vantagens do leite materno, no que diz respeito aos aspectos bioquímicos, econômicos, psicológicos e práticos, declínio do aleitamento natural vem ocorrendo de forma progressiva. A queda da amamentação teve início em centros urbanos de países desenvolvidos, estendendo-se gradativamente à zona rural e aos países em desenvolvimento". (4)

"Com base no diagnóstico da situação e tendo em vista que as ações isoladas não resolvem o problema, propõe-se um

plano de ação a nível nacional, conjugando esforços multise
toriais". (4)

Para que este processo possa ser revertido às ações
de incentivo ao aleitamento natural, estas devem ser inicia
das desde o pré-natal e continuar durante todas as vindas da
criança a U.S.

O leite materno é o alimento ideal para a criança
nos primeiros anos de vida por vários motivos.

"A criança que é amamentada no peito tem um contato
mais direto com a mãe. A criança tem uma forte dependência
emocional e física de sua mãe e a amamentação lhe oferece o
alimento, o calor a segurança que ela precisa. Esta sofre me
nos doença infecciosa que os alimentados com leite de vaca. O
leite materno é de mais fácil digestão que qualquer outro lei
te, é feito especialmente para o estômago do bebê." (4)

"O processo de lactação" é o resultado de um proces
so hormonal com respostas reflexas, instintivas e ou aprendi
das a partir da conduta mãe-filho". (4)

"A descida do leite", isto é, movimento do leite até
a boca do bebê é um processo ativo realizado pelo chamado "re
flexo da descida do leite". (4)

"O conhecimento das técnicas da amamentação são ne
cessárias e indispensáveis para evitar problemas freqüentes,
tais como: sucção prolongada, cólicas freqüentes devido a in
gestão de ar ingurgitação mamária, falha no reflexo de desci
da, que conduz a não saída do leite e finalmente fissuras no

mamilo". (4)

A partir do 6º mês de gestação os seios devem ser preparados através de massagens.

Para que a criança possa sugar com facilidade é necessário que o mamilo esteja bem saliente. O mamilo pode ser normal, plano, ou invertido, conforme as gravuras em anexo (Anexo 9).

As fissuras e rachaduras devem ser prevenidas através de orientações e ações desenvolvidas no pré-natal, já que depois de instaladas são de difícil tratamento.

Sentimo-nos comprometidas com a função de esclarecer e orientar a clientela, acerca de todos os aspectos referentes ao aleitamento, ressaltando o fato "ele é essencial para a mãe e o bebê, do ponto de vista bio-psico-social".

C - CÂNCER CÉRVICO-UTERINO E DE MAMA

As neoplasias malignas constituem importante problema de saúde pública, principalmente em decorrência do aumento do número médio de anos de vida do brasileiro, de sua maior exposição a fatores de riscos ambientais e modificações nos hábitos de vida. Dentre as neoplasias malignas, o câncer cérvico-uterino e de mama constituem as principais causas de óbito na população feminina acima de 15 anos.

Quase 100.000 morrerão da doença. Muitos poderiam salvar-se se o câncer fosse diagnosticado cedo.

1 - Câncer Cérvico-Uterino

"O câncer cérvico-uterino é uma enfermidade progressiva iniciada com transformações neoplásicas intra-epiteliais que podem evoluir para um processo invasor num período que varia entre 10 à 20 anos".⁽⁹⁾

A doença está estritamente relacionada com: níveis sócio-econômico baixo; início de atividade sexual precoce; multiplicidade de parceiros; histórias de doenças sexualmente transmissíveis. São considerados ainda, como fatores de relativa significação na epidemiologia do câncer cérvico-uterino, o hábito de fumar e carências nutricionais.

"Muitas mulheres morrem de câncer do colo de útero no Brasil. Muitas destas mortes podem ser evitadas se a doen

ça for descoberta logo no início, quando o tratamento tem sempre mais chances de cura". (9)

"As ações de controle do câncer cêrvico uterino envolvem atividades preventivas e curativas, a seguir descritas: consulta clínica ginecológica; citologia de esfregaço cêrvico-vaginal; colposcopia; teste de Schiller; histopatologia; tratamento dos processos inflamatórios e displásicos; encaminhamento para clínica especializada dos casos indicados para complementação diagnóstica e/ou tratamento; controle dos casos negativos; seguimento dos casos tratados". (19)

O exame preventivo é uma parte da consulta ginecológica. O médico, o enfermeiro ou pessoal devidamente treinado, observam o colo do útero e, com uma espátula de madeira, retira um pouco de secreção. Este material é colocado numa lâmina de vidro e enviado ao laboratório onde serão feitos os exames (Papanicolaou). Este exame é rápido e indolor. É também um exame importante, porque permite tratar algumas infecções que favorecem o aparecimento do câncer". (9)

O câncer de colo uterino pode passar muito tempo sem apresentar sintomatologia. Nos estágios iniciais os sintomas são: dor ao coito, sangramento fora do período menstrual, corrimento fedido e/ou sanguinolento. Nos casos mais avançados ocorrem dor, fístulas retais e vesicais, tumor nas estruturas pélvicas. As metástases à distância são raras.

Os meios para prevenção e diagnóstico precoce seriam: colpocitologia periódica; tratamento das infecções ginecológicas, ações educativas e melhoria da higiene.

2 - Câncer de Mama

É muito freqüente em todo mundo. No Brasil representa 16,5% de todos os tumores malignos em mulheres.

É uma doença que aparece nos seios, como um "caroço."

O câncer de mama está relacionado a fatores que atuam isolados ou simultaneamente. Definem o grupo de risco para este tipo de câncer: história familiar de câncer mamário; 1ª gestação tardia nuliparidade; disfunções hormonais displásias mamárias. São ainda considerados na epidemiologia do câncer de mama: obesidade, menarca precoce, menopausa tardia, não lactação, ingestão rica em gorduras e exposição às irradiações.

A sua localização mais freqüente é no quadrante superior externo.

Cerca de 90% dos nódulos mamários malignos são detectados pela própria cliente. O nódulo inicialmente é firme, indolor, móvel e geralmente único.

O exame das mamas requer momentos propedêuticos obrigatórios mesmo que a simples inspeção aparente ser normais. Os momentos propedêuticos são: inspeção, palpação e expressão.

A maior arma contra o câncer de mama é a realização periódica do auto exame. Porém quando em estado avançado a melhor medida de tratamento ainda é a cirurgia. O tratamento cirúrgico varia de acordo com o estado do tumor.

A radioterapia é indicada após a cirurgia e às vezes

é realizada no pré-operatório ou em casos avançados.

A quimioterapia tem bons resultados sendo realizada como terapia coadjuvante e na ocorrência de metástase.

A imunoterapia é indicada em pacientes com depressão imunológica.

O auto exame das mamas é um procedimento que permite à mulher participar do controle de sua saúde, uma vez que a realização rotineira desse procedimento permite identificar precocemente alterações nas mamas.

A técnica para realização do auto-exame deve ser ensinada pelos profissionais de saúde, para todas as mulheres atendidas.

Para a prevenção e diagnóstico precoce deve-se realizar inspeção e palpação periódica pelos profissionais de saúde, auto exame das mamas e termografia sempre que necessário.

Acreditamos que toda a ênfase que é dada à prevenção, tem no enfermeiro elemento de apoio na orientação da cliente e na realização da colheita material e exame clínico.

Sua formação e visão crítica permitem-lhe análise dos dados e implantação de ações usando a assistência qualificada.

D - DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)

"São moléstias transmissíveis que passam de pessoa à pessoa através das relações sexuais." (8)

"As DST mais comuns são: gonorréias, sífilis, cancro mole, linfocranuloma venéreo, donovanose e AIDS. Estas são chamadas de doenças venéreas. As chamadas de para-venéreas: condiloma acuminado, pediculose do púbis, molusco contagioso, uretrites e vaginites não gonocócias, hérpes simples tipo III". (8)

"As medidas de controle das DST são: educação sanitária da população; oferecimento à população de oportunidade de diagnóstico e tratamento gratuito". (8)

A seguir faremos um relato descritivo resumido das DST.

1 - Sífilis: é uma doença infecciosa crônica, causada pelo *Treponema pallidum*, com período de incubação de três semanas embora possa variar de duas à dez. Sua transmissão é geralmente sexual. A infecção sifilítica pode ser adquirida ou congênita. De acordo com o estágio de evolução, a sífilis é classificada em primária, secundária e terciária.

"Gestantes sifilíticas podem transmitir a doença ao feto através da placenta, o que ocorre geralmente após o 5º mês de gravidez. A sífilis congênita acarreta morte do feto em grande parte dos casos. Nas ocasiões em que este sobrevive, verifica-se em geral o nascimento de uma criança com gra

ves lesões cutâneas, ósseas, oculares ou cerebrais que podem levar à morte em tenra idade ou à invalidez permanente e ao retardo mental". (8)

2 - Gonorréia: é infecção gonocócica, seu agente causa dor é Neisseria gonorrhoeae. A transmissão se dá através do contato direto com pessoas infectadas. O seu período de incubação é de dois à dez dias, em média sete dias.

Na mulher pode ocorrer corrimento vaginal e uretral com ardência e dor ao urinar. A mulher pode estar infectada, transmitir a doença e não apresentar sintoma algum. Quando não tratada adequadamente, a gonorréia pode causar sérias complicações como: obstrução das trompas de Falópio, tornando a mulher infértil.

As gestantes podem transmitir por ocasião do parto, a doença ao recém-nascido; pode a criança ficar cega total ou parcialmente.

3 - Cancro mole: é uma doença infecciosa aguda, seu agente causador é Haemophilus de Ducreji, a transmissão é através do contato sexual, seu período de incubação é de quatro à sete dias. Seus sinais e sintomas são: disúria, dor ao defecar, ocasionalmente sangramento retal, dor ou desconforto no ato sexual, corrimento vaginal, lesões ulceradas.

4 - Lífocranuloma venérico: seu agente transmissor é Chamydia trachomatis, sua transmissão é pelo contato sexual, o período de incubação é de uma à três semanas.

A primeira manifestação é uma pequena escoriação localizada na mucosa genital, que na maioria dos casos passa despercebida. Alguns dias mais tarde ocorre na viríflia, o surgimento de ínguas que crescem lentamente até tornarem-se volumosas, rompendo-se uma de cada vez, deixando sair uma secreção purulenta de aspecto pastoso. Estas geralmente são acompanhadas de febre e mal estar.

5 - Donovanose: é uma doença crônica progressiva da pele e membranas, mucosa da área genita e perianal. Seu agente causador é Donovanía granulomatis, e seu período de incubação é desconhecido (8 - 80 dias). O modo de transmissão do contato direto com lesões ativas durante o ato sexual ou auto-inoculação.

É a mais rara das doenças sexualmente transmissíveis. Surgem nos genitais úlceras de fundo e bordas irregulares. As úlceras podem causar deformações graves e irreversíveis.

6 - Condiloma acuminado: seu agente causador é um vírus. O condiloma manifesta-se pelo surgimento de verrugas localizadas nos genitais. Sua transmissão é geralmente através do contato direto ou auto-inoculação. Caracteriza-se por lesões vegetantes com aspecto de couve-flor. Seu período de incubação é por cerca de quatro semanas.

7 - Pediculose do púbis (chato): seu agente causador é Phthirus púbis. Também chamado de piolho do púbis, este inseto parasita os pelos pubianos e causa coceira intensa na área. Na grande maioria das vezes é transmitido pelo ato sexual.

8 - AIDS - é caracterizada pela perda da imunidade mediada por células e o conseqüente aparecimento de infecções oportunistas e/ou neoplásticas, particularmente o Sarcoma kaposi. Seu agente etiológico é o vírus linfotrópico para células T humanas do tipo III denominado HTLV ou LAV. Geralmente ocorre um período prodômico sintomático de dois à oito meses de duração, caracterizado por febre de etiologia desconhecida, sudorese, calafrios noturnos, linfadenopatia generalizada, diarreia, emagrecimento, disfadiga, depressão, diminuição ocasional de libido e impotência.

Entre as doenças oportunistas destacam-se: pneumonia por Pneumocystis carin infecções por Citomegalovirus, micobacterioses atípicas, herpes simples candidíase, criptocoses, toxoplasmose e estrongiloidíase.

9 - Herpes genital: seu agente causador é o herpes simples tipo 1 e 2 que não podem ser distinguidos clinicamente. A transmissão dá-se através do contato sexual com pessoas sintomáticas e através do parto se a mãe estiver sintomática. Caracteriza-se por lesões geralmente ulcerativas ou populosas, mais freqüentemente encontradas na genitália externa. Estas lesões progridem formando vesículas múltiplas agrupadas evolu

luindo para ulcerações que regridem entre quatro à quinze dias.

Fazer uma prevenção é uma assistência às DST, precisa-se estar preparado e familiarizado com as DST.

O enfermeiro como agente de saúde pública deve desenvolver um trabalho voltado para a prevenção e detecção da doença, dando as devidas orientações.

E - PLANEJAMENTO FAMILIAR

"É o exercício da paternidade responsável a utilização voluntária e consciente, por parte do casal, do instrumento necessário à planificação do número de filhos e espaçamento entre uma gestação e outra. Pressupõe o uso dos métodos anticoncepcionais produzidos pela moderna ciência médica. A paternidade responsável não pode ser alcançado sem a efetivação do planejamento familiar. Não basta apenas educar e conscientizar os casais: é preciso, também, dar acesso aos meios indispensáveis à prática da paternidade responsável, principalmente quando se tratarem de populações carentes de recursos. O planejamento familiar é também um "Direito Humano Básico" declarado pela ONU em 1968". (12)

"O planejamento familiar é considerado um elemento essencial da prevenção na atenção primária de saúde não podendo portanto, dispensar a atuação do enfermeiro. Deve ser encarado como prioridade educativa, integrado aos programas de

saúde materno-infantil, objetivando permitir aos casais a utilização voluntária e consciente do instrumento necessário a um maior espaçamento ou a uma redução de filhos, assim como oferecer condições as mulheres que desejam procriar, para que possam ter melhores condições de vida e a oportunidade de gerarem filhos amados e desejados". (1)

É indispensável respeitar a individualidade de cada pessoa, assegurando-se, entretanto, o pleno acesso à educação e à informação sobre métodos contraceptivos.

O planejamento familiar não é o fator decisivo para a resolução dos problemas sócio-econômicos do País, mas contribuiu de forma positiva para a melhoria da qualidade de vida da população.

"A preocupação com a saúde dos usuários de métodos de regulação da fertilidade levou o Ministério da Saúde a estabelecer os seguintes critérios para a escolha destes métodos: segurança para a saúde do usuário; eficácia comprovada; aceitabilidade; disponibilidade; reversibilidade". (10)

Atualmente preenchem estes critérios os seguintes métodos:

1 - Métodos naturais: Ogino - Knauss ou da tabela; do muco cervical ou de Billings e o método da temperatura;

2 - Métodos de barreiras: espermicidas; preservativos (condon) e o diaphragma;

3 - Uso combinado de métodos anteriores;

4 - Pílulas anticoncepcionais orais, de baixa concentração;

5 - Dispositivo intra-uterino (DIU)

O planejamento familiar divulgado de forma correta e acessível, dá condições aos casais de fazerem uma previsão do número de filhos desejados de acordo com suas possibilidades.

Certamente isto diminuiria o número de abortos feitos ilegalmente e que causam grandes riscos as mulheres.

O enfermeiro tem participação bastante significativa, no conhecimento, no auxílio à escolha e uso do método contraceptivo adequado a realidade de cada casal.

E - CLIMATÉRIO

"O climatério tem sido definido como o período que separa a fase madura da fase senescente da vida das mulheres e também como o período de transição entre as fases reprodutivas e não reprodutivas." (6)

"O climatério não é mais do que um dos períodos evolutivos da vida das mulheres pelo fato de envolver um longo período de anos para se desenvolver, evidentemente se faz acompanhar de um envelhecimento fisiológico, como o que vinha ocorrendo até chegar a esta fase da vida".

"A perda da capacidade reprodutiva, é uma das manifestações de envelhecimento do organismo e não se opera somente no climatério, mas vem se reduzindo lenta e progressivamente no período da vida". (6)

"No climatério, dois fenômenos biológicos mais amplos dominam as manifestações orgânicas percebidas: a diminuição progressiva na produção ovariana de hormônios com perda da característica cíclica desta produção, e o envelhecimento de todos os órgãos de maneira independentes da maior ou menor produção endógeno de hormônios". (6)

"A perda da fertilidade é fenômeno natural inerte ao envelhecimento do organismo que se processa tanto na mulher quanto no homem e se constitui em características protetoras da saúde do indivíduo, assim como da saúde do novo ser que seria gerado". (6)

"A mulher, ainda hoje sofre conseqüências severas dos preconceitos culturais e sexuais da nossa sociedade. Assim, em uma sociedade em que a função reprodutiva é hipervalorizada e em que se vincula sexualmente exclusivamente à reprodução, existe uma tendência das mulheres sentirem-se profundamente desvalorizadas, inerteis e velhas, quando percebem-se inférteis ou quando cessam as menstruações" (6)

"O início do climatério geralmente é caracterizado por alterações nos ciclos menstruais que se tornam polimenorréicos a seguir se tornam oligomenorréicos, finalizando-se na menopausa". (6)

"Mas são relativamente comuns outras formas de alterações menstruais da presença de ciclos anovulatórios como a hipermenorréia e a metrorragia". (6)

"Na síndrome do climatério deve-se sempre afastar a possibilidade de câncer uterino, hiperplasias endometriais e outras patologias ginecológicas, como miomas uterinos". (5)

"A menopausa é o último sangramento fisiológico de uma mulher e identificada pela ausência de sangramento por seis meses consecutivos". (6)

Encarando a menopausa como um momento de crise de vida e o enfermeiro como indivíduo voltado a assistência ao ser humano em situações de desequilíbrio, sua presença, ações e orientações são fundamentais à mulher nesta fase.

III - OBJETIVOS

1 - OBJETIVO GERAL

Prestar Assistência Integral à Saúde da Mulher, de acordo com as bases de ação programática preconizadas pelo Ministério da Saúde.

2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Ao término do projeto a equipe deverá:

2.1 - Objetivos Assistenciais do Pré-Natal e Aleitamento Materno

Prestar assistência de enfermagem à todas as gestantes desde o seu primeiro contato com a equipe, através da realização de consultas de enfermagem, à no mínimo 9 clientes por semana.

Realizar visita domiciliar à demanda reprimida, à no mínimo 3 gestantes por semana.

Dar atenção especial aos distúrbios gravídicos através de orientações no decorrer do atendimento, à no mínimo 9 clientes por semana.

Preservar um ambiente adequado ao inter - relacionamento entre a equipe de saúde e a gestante, durante o período do estágio.

Estimular o aleitamento materno apresentando os benefícios materno-infantil, à pelo menos 9 clientes por semana.

2.2 - Objetivos de Ensino do Pré-Natal e Aleitamento Materno

Orientar quanto a dieta nutricional no período da gestação, a no mínimo 9 clientes por semana.

Orientar às gestantes quanto aos cuidados com a mama, afins de prepará-las p/ amamentação, à no mínimo 9 gestantes por semana.

Orientar às gestantes preparando-as para os cuidados com o recém-nascido; a no mínimo 9 clientes por semana.

Explicar às gestantes sobre as modificações corporais existentes no período gravídico; à no mínimo 9 gestantes por semana.

Orientar às gestantes quanto ao aparecimento dos distúrbios gravídicos, fornecendo condições de ação para cessá-los; à no mínimo 9 gestantes por semana.

Ensinar à técnica correta da amamentação, à no mínimo 9 clientes por semana.

Explicar as vantagens do leite materno para a mãe e à criança, à no mínimo 3 clientes por semana.

Orientar à cliente sobre as condutas que deve ser tomadas quanto ao surgimento de físsura, engurgitamento mamário, mastite a no mínimo 9 clientes por semana.

2.3 - Objetivos Assistenciais do Preventivo de Câncer Cérvico-Uterino e Mamário

Detectar precocemente o câncer cérvico uterino através da realização do exame colpocitológico, à no mínimo 12 clientes por semana.

Realizar visita domiciliar à clientes com resultado de Papanicolaou III.

Detectar precocemente alterações que possam surgir nas mamas, fazendo o exame clínico de mamas, à no mínimo 12 clientes por semana.

2.4 - Objetivos de Ensino do Preventivo de Câncer Cérvico-Uterino e Mamário

Orientar à clientela quanto aos cuidados preventivos do câncer do colo uterino, à no mínimo 12 clientes por semana.

Orientar e explicar à clientela os procedimentos para a realização do auto exame de mama, à no mínimo 12 clientes por semana.

2.5 - Objetivos Assistenciais do Planejamento Familiar

- Realizar consultas de enfermagem, de planejamento familiar, atendendo no mínimo a 3 clientes por semana.
- Apresentar os métodos anticoncepcionais à clientela para facilitar sua escolha, a no mínimo 3 mulheres por semana.
- Analisar a adequação da opção feita pela mulher em relação as indicações clínicas e limitações de cada paciente, ponderando os riscos e benefícios, a no mínimo 3 clientes por semana.

2.6 - Objetivos de Ensino do Planejamento Familiar

- Orientar à clientela quanto os tipos e uso dos métodos contraceptivos, a no mínimo 3 mulheres por semana.
- Orientar à clientela, quanto ao uso do contraceptivo escolhido pelo casal, a no mínimo 3 clientes por semana.

2.7 - Objetivo Assistencial das Doenças Sexualmente Transmissíveis

- Detectar precocemente as doenças sexualmente transmissíveis, através de consulta de Enf. ginecológica, a no mínimo 3 clientes por semana.

2.8 - Objetivos de Ensino das Doenças Sexualmente Transmissíveis

- Informar à clientela sobre as doenças sexualmente transmissíveis, e riscos que estas causam à saúde, à no mínimo 3 clientes por semana.

- Explicar à clientela o modo de transmissão das DST e os procedimentos para evitá-las, à no mínimo 3 clientes por semana.

2.9 - Objetivos Assistenciais do Climatério

- Prestar assistência psicológica através de orientações, à no mínimo 6 clientes por semana.

2.10 - Objetivos de Ensino do Climatério

- Explicar às clientes as modificações orgânicas, ocorridas durante o processo climatério, no mínimo à 6 clientes por semana.

2.11 - Objetivos de Ensino junto aos funcionários

- Realizar no mínimo, 6 palestras educativas para os funcionários das Unidades Sanitárias, onde iremos desenvolver o projeto, de acordo com as necessidades assistenciais.

2.12 - Objetivos Administrativos

- Manter contatos para solicitação de campo de estágio; em Lages e Florianópolis; no final do mês de novembro de 1987.

- Enviar um ofício, para o Prefeito de Lages, solic
tando ajuda de custo no mês de janeiro de 1988.

- Convidar um orientador, que esteja ligada à área ma
terno-infantil, no mês de outubro de 1987.

- Manter contato com um enfermeiro que trabalhe no cam
po de estágio, para ser supervisor, no mês de novembro de 1987.

- Manter contato com a equipe de saúde para apresenta
ção do projeto, no dia 21 de março de 1988.

- Realizar reuniões entre as elaboradoras do projeto
uma vez por semana.

- Fazer reunião com o orientador de 15 em 15 dias.

- Realizar reunião com o supervisor 1 vez por semana.

- Fazer confraternização para encerramento, dia 8 de
junho de 1988.

- Manter contatos quando necessário para solicitação
de material, equipamentos e impressos.

- Inteirar-se das normas e rotinas das Unidades Sani
tárias, no dia 22 de março de 1988.

- Propor implantação ou modificação de normas e roti
nas a partir do estágio e se for necessário.

- Utilizar os registros já existentes na Unidade Sani
tária.

- Elaborar o roteiro da consulta de enfermagem para o pré-natal e planejamento familiar que constará em anexo (Anexo 10).

- Identificarmos curiosas do Bairro, para manter contato, na 1ª semana de estágio.

- Estabelecer contato com Associação de Moradores de Bairro, na 1ª semana de estágio.

- Propor um cronograma de reuniões com a equipe de saúde, na 1ª semana de estágio.

- Propor, a chefia, pessoal de enfermagem para dar continuidade ao Projeto; na última semana de estágio.

IV - PLANO DE AÇÃO E AVALIAÇÃO

1 - ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

1.1 - de Pré-natal e aleitamento materno

Avaliação

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> . Realizar consulta de enfermagem de acordo com as bases programáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde e o formulário que consta em apêndice (APÊNDICE 2). . Realizar visita domiciliar à demanda reprimida de gestantes conforme os critérios em anexo (anexo 10) e formulário em anexo (anexo 11). . Identificar os distúrbios gravídicos e esclarecer as medidas terapêuticas a serem adotadas pelo cliente. . Manter uma postura ético profissional no atendimento à clientela e com a equipe de saúde da U.S. | <p>Será considerado lançado se:</p> <ul style="list-style-type: none"> . consultarmos no mínimo, 9 clientes por semana. . Visitaremos no mínimo, 3 gestantes por semana. . Esclarecemos no mínimo à 9 clientes por semana. . Conseguirmos no decorrer do estágio um entrosamento com a equipe de saúde e clientela e respeitarmos o código de ética de enfermagem. |
|---|--|

- . Mostrar a importância do leite ma terno em relação a mãe e a criança, nas consultas de enfermagem.
- . Conseguimos apre sentar os benefi cios de forma cla ra à 9 clientes por semana.

1.2 - de Preventivo de câncer cérvico-uterino e mamário

Avaliação

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> . Realizar exame colpocitológico.
 . Fazer visita domiciliar à clientes com resultado Papanicolaou III.
 . Realizar o exame clínico de mamas em todas as clientes atendidas. | <p>Será considerado alcançado se:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Fizemos exame colpocitológico no mínimo à 12 clientes por semana.
 . Visitarmos os clientes com resultado de Papanicolaou III.
 . Fizemos o exame no mínimo à 12 clientes por semana. |
|--|---|

1.3 - do Planejamento familiar

- . Realizar consulta de enfermagem a clientela utilizando o formulário em apêndice (APÊNDICE 3).
- . Mostrar os métodos anticonceptivos, através de amostra e gravuras.
- . Analisar a opção do método anticonceptivo de acordo com suas condições clínicas e sociais.

Avaliação

- Será considerado alcançado se:
- . Realizarmos 3 consultas por semana.
 - . Mostrarmos os métodos a 3 casais* por semana.
 - . Analisarmos a escolha de 3 clientes por semana.

* Daremos preferência ao trabalho com o casal, sempre que isto não for possível orientaremos apenas a mulher.

1.5 - de Climatério

Avaliação

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> . Dar assistência psicológica às clientes climatéricas, explicando as alterações ocorridas nesta fase da vida.
 . Fazer controle da PA e peso, toda vez que a cliente retornar à unidade sanitária. | <ul style="list-style-type: none"> . Será considerado alcançado se: <ul style="list-style-type: none"> . Prestarmos assistência psicológica, à no mínimo 6 clientes por semana.
 . Fizemos o controle em todas as clientes. |
|---|--|

2 - ATIVIDADES DE ENSINO

A - à Clientela

2.1 - de Pré-natal e aleitamento materno

- . Orientar à gestante quanto a impor-
tância de uma boa nutrição e quan-
do necessário sugerir uma dieta, pa-
ra melhor esclarecimento. Em anexo
constará os alimentos fundamentais
para gestante (Anexo 12).
- . Ensinar os exercícios para prepa-
ração do mamilo, demonstrando-os na
própria paciente.
- . Orientar quanto ao uso de sutiã,
sabonete, aplicação de óleos, etc...
de forma que fique clara a gesta-
te.
- . Enfatizar a importância dos cuida-
dos que a futura mãe deverá ter
com o recém-nascido. Tais cuida-
dos contam em anexo (anexo 13).
- . Esclarecer às gestantes sobre as
modificações como por exemplo: al-
terações nas mamas, abdômen, etc...,
enfatizando assim as alterações es-
pecíficas do período gravídico.

Avaliação

Será considerado al-
cançado se:

- . Orientarmos sobre
nutrição, à no mí-
nimo 9 gestantes
por semana.
- . Ensinar-mos e
orientarmos de
forma clara e pre-
cisa, à no mínimo
9 gestantes por
semana.
- . Conseguirmos enfa-
tizar os cuidados,
à no mínimo 9 ges-
tantes por semana.
- . Conseguirmos es-
clarecer as modi-
ficações gestacio-
nais, à no mínimo 9
clientes por semana.

- . Fornecer orientações às gestantes sobre os procedimentos a serem executados para minorar os distúrbios gravídicos, como por exemplo: Edema, Varizes, Câibra, Náuseas, Vômitos, Vertigem Pirose, Constipação, Sonolência, Desmãos, etc...
- . Ensinar a técnica correta de amamentação demonstrando-a na própria paciente.
- . Falar das vantagens do leite materno sempre enfatizando a importância deste.
- . Ensinar através de conversas os procedimentos para prevenção de fissura, engurgitamento mamário, e mastite.
- . For dado as devidas orientações à no mínimo 9 gestantes por semana.
- . Demonstrarmos a técnica correta a no mínimo 9 clientes por semana.
- . Conseguirmos explicar, à no mínimo 9 clientes por semana.
- . Orientarmos sobre os procedimentos, à no mínimo 9 clientes por semana.

2.2 - de Preventivo do câncer uterino e mamário

Avaliação

- . Ensinar à clientela os cuidados que devem ser observados para a prevenção do câncer de colo de útero através de conversas individuais, à clientela.
 - . Ensinar o auto exame de mamas demonstrando-o na própria paciente e orientá-la quando este deve ser feito.
- Será considerado alcançado se:
- . Atendermos individualmente 12 clientes por semana.
 - . Orientarmos e demonstrarmos a técnica do auto-exame de mamas, à no mínimo 12 clientes por semana.

2.3 - De Planejamento Familiar

Avaliação

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> . Explicar a maneira correta do uso dos métodos contraceptivos e demonstrá-los utilizando folhetos educativos e amostras. | <p>Será considerado alcançado se:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Explicarmos a maneira correta do uso e demonstrá-los, a no mínimo 3 clientes por semana. |
| <ul style="list-style-type: none"> . Explicar a maneira correta do uso do método contraceptivo escolhido pelo casal, com folheto educativo e amostra. | <ul style="list-style-type: none"> . Atendermos no mínimo 3 clientes por semana. |

2.4 - De Doenças Sexualmente Transmissíveis

Avaliação

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> . Falar à clientela sobre as doenças sexualmente transmissíveis e os riscos que estas causam à saúde.
 . Instruir à clientela acerca do modo de transmissão das doenças sexualmente transmissíveis e enfatizar o modo de evitá-las. | <p>Será considerado alcançado se:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Orientarmos a no mínimo 3 clientes por semana.
 . Explicarmos de maneira acessível no mínimo à 3 clientes por semana. |
|---|---|

2.5 - De Climatério

- . Explicar à clientes de maneira aces Será considerado al
sível as modificações que ocorrem cançado se:
no seu organismo.
 - . Explicarmos com
clareza à no míni
mo 6 clientes por
semana.

- . Orientar à clientela sobre o uso . Orientarmos no mí
da medicação e o controle de exa nimo 6 clientes
mes das patologias existentes nes por semana.
ta fase da vida.

B - Aos Funcionários**Avaliação**

- . Realizar palestras educativas para os funcionários de acordo com as necessidades detectadas ou apontadas pelos mesmos.
- Será considerado alcançado se:
- . Conseguirmos realizar 6 palestras aos funcionários.

3 - ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS

3.1 - Geral

Avaliação

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> . Viajar para Lages, para contactuar com a Secretária de Saúde, solicitando local de estágio. Em Florianópolis, ir até a Secretaria de Saúde ver as condições para a realização do projeto. . Fazer um ofício para o Prefeito de Lages, especificando os gastos, e solicitando ajuda de custo. . Informarmo-nos no Departamento de Enfermagem quais os professores que teriam condições de nos orientar neste projeto. . Convidar um supervisor, na mesma ocasião da escolha do campo de estágio, que trabalhe no local. . Visitar junto com a Supervisora as unidades sanitárias em que desenvolveremos, o projeto, para a apresentação do mesmo. | <p>Será considerado alcançado se:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Conseguirmos um local de estágio para realização do projeto. . Ganharmos a ajuda de custo. . Conseguirmos um orientador que se dispusesse a orientar um projeto realizado fora de Florianópolis. . Encontrarmos um enfermeiro que aceite supervisionar o estágio. . Visitarmos as 3 unidades sanitárias no dia 21 de março. |
|--|---|

- . Fazer reunião toda semana, entre as acadêmicas para discussões, troca de idéias e outros.
- . Marcar reunião com o orientador em 15 em 15 dias.
- . Marca reunião com o supervisor uma vez por semana.
- . Realizar confraternização no encerramento do estágio.
- . Contactuar, quando necessário, para solicitação de material, equipamentos e impressos.
- . Ler as rotinas e normas das U.S. procurando se inteirar, no dia 22 de março de 1988.
- . Implantar e modificar se necessário normas e rotinas.
- . Reunirmos uma vez por semana.
- . Reunirmos com o orientador de 15 em 15 dias.
- . Reunirmos com o supervisor uma vez por semana.
- . Realizarmos confraternização no dia 8 de junho.
- . Quando o pedido solicitado for atendido.
- . Inteirarmo-nos das rotinas e normas das U.S.
- . Implantarmos ou modificarmos normas e rotinas que sejam necessárias.

- . Fazer as anotações nos livros e impressos existentes nas unidades. Os impressos constam em anexo (14).
- . Levantar e analisar os roteiros existentes para consulta de enfermagem de pré-natal, e planejamento familiar, elaborando a partir destes o nosso roteiro de consultas.
- . Manter contato com as curiosas para troca de idéias e manutenção de um trabalho conjunto se possível.
- . Estabelecer contato com Associação Comunitária de Moradores de Bairro (ACMB) para divulgação do projeto e solicitar participação.
- . Manter contato com a equipe de saúde para propormos um cronograma de reuniões.
- . Calcular o número de funcionários necessários para dar continuidade ao projeto; propondo ao Secretário da Saúde, a contratação dos mesmos.
- . Utilizarmos os registros já existentes.
- . Conseguirmos elaborar um roteiro para consulta de enfermagem de pré-natal e de planejamento familiar.
- . Mantermos contato com as curiosas na 1ª semana de estágio.
- . Contactuarmos com as ACMB na 1ª semana de estágio.
- . Conseguirmos propor o cronograma de Reuniões.
- . Conseguirmos propor ao Secretário da Saúde a contratação dos funcionários de acordo com os cálculos.

Obs.: A primeira semana de estágio será utilizada para reconhecimento do local, contatos com equipe de saúde, curiosas e ACMB e inteiração de normas e rotinas. Não prestaremos assistência de enfermagem.

MCS	ATIVIDADES	SEMANAS	Março					Abril				Maio				Junho			
			1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
	1.10 - Esclarecer as alterações do período gravídico						X	X	X	X	X	X	X	X	X				
	1.11 - Fornecer orientações às gestantes sobre os procedimentos a serem executados para minorar os distúrbios gravídicos						X	X	X	X	X	X	X	X	X				
	1.12 - Ensinar a técnica correta de amamentação						X	X	X	X	X	X	X	X	X				
	1.13 - Falar das vantagens do aleitamento materno enfatizando a importância deste						X	X	X	X	X	X	X	X	X				
	1.14 - Ensinar os procedimentos para prevenção de fissuras e sangramento mamário e mastite						X	X	X	X	X	X	X	X	X				
	2. Preventivo de câncer cérvico-uterino e mamário																		
	2.1 - Realizar exame colposcópico						X	X	X	X	X	X	X	X	X				
	2.2 - Fazer visita domiciliar a clientes com Papanicolaou III.*																		
	2.3 - Realizar o exame clínico de mamas						X	X	X	X	X	X	X	X	X				
	2.4 - Ensinar à clientela os cuidados que devem ser observados para prevenção do câncer de colo de útero						X	X	X	X	X	X	X	X	X				
	2.5 - Ensinar o auto-exame de mamas						X	X	X	X	X	X	X	X	X				

* Sempre que for detectado um caso de

MÊS	Março				Abril				Maio				Junho				
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
ATIVIDADES	SEMANA																
3. Planejamento familiar																	
3.1 - Realizar consulta de enfermagem					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
3.2 - Mostrar os métodos contraceptivos					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
3.3 - Analisar a opção do método anticoncepcivo					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
3.4 - Explicar a maneira correta do uso dos métodos contraceptivos e demonstrá-los					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
3.5 - Explicar a maneira correta do uso do método contraceptivo escolhido pelo casal					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
4. D.S.T.																	
4.1 - Fazer consulta de enfermagem ginecológica					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
4.2 - Falar à cliente sobre as DST, e os riscos que estas causam a saúde.					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
4.3 - Instruir à clientela acerca do modo de transmissão e enfatizar o modo de evitá-las					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
5. Climatério																	
5.1 - Dar assistência psicológica às clientes					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
5.2 - Fazer controle de PA e peso						X	X	X	X	X	X	X	X	X			
5.3 - Explicar à cliente as modificações que ocorrem no seu organismo					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			

VI - ORÇAMENTO

Discriminatória de Débitos	Preço por Unidade	Total
1 - Material:		
1.1 - Caneta para retro projetor	80,00	240,00
1.2 - Caneta comum	15,00	45,00
1.3 - Borracha	15,00	45,00
1.4 - Pasta com elásticos	70,00	700,00
1.5 - Papel celofone	29,00	145,00
1.6 - Papel Ofício (Resma)	150,00	
1.7 - Durex	50,00	100,00
2 - Passagens		
2.1 - Das acadêmicas	700,00	14.700,00
2.2 - Da Orientadora		
3 - Serviços de Terceiros		
3.1 - Xerox	5,00	3.000,00
3.2 - Datilografia	70,00	8.400,00
3.3 - Encadernação	180,00	900,00
3.4 - Ônibus coletivo	14,00	5.880,00
TOTAL		34.305,00

VII - CONCLUSÃO

Procuramos apresentar, aqui uma proposta de assistência Integral à Saúde da Mulher, a qual implica numa prática desenvolvida junto a comunidade de Lages, tendo em vista um dos seus interesses básicos que é a saúde.

Devido o seu caráter flexível, o projeto permite-nos adequá-lo à realidade existente no campo de estágio, visando o alcance dos objetivos traçados.

Encaramos nosso projeto como uma proposta aberta, que será modificada conforme as necessidades da comunidade.

Implicitamente nossas ações visarão o auto-cuidado de acordo com que preconiza Orem.

"A enfermagem tem como principal preocupação a necessidade do indivíduo de auto-cuidar-se e a provisão e manutenção deste auto-cuidado de uma forma contínua de modo a manter a vida e a saúde, recuperar da doença ou dano e enfrentar seus efeitos". (Orem, 1980:6)⁽¹¹⁾

Esperamos que no decorrer do estágio estejamos aptas a desempenhar as funções por nós elaboradas e, conseqüentemente, contribuir para uma assistência mais adequada à saúde da mulher preconizada pelo Ministério da Saúde.

Este projeto será uma implantação da Assistência Integral à Saúde da Mulher no Município de Lages, SC, visando uma proposta de continuidade por parte da Prefeitura.

Por este motivo estamos animadas e dispostas a prestar uma assistência de qualidade, para que este projeto vigore.

VIII - BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

1. ALMEIDA M.M.G. O enfermeiro no planejamento familiar. Rev. Bras. Enfermagem. Brasília. 38 (/4): 215-230. jul/dez. 1985.
2. CANDEIRAS, N.M.F. Assistência Pré-natal: conhecimento, atitudes e práticas de mulheres internadas no serviço de obstetrícia de um Hospital no município de São Paulo - Brasil. Revista Saúde Pública. São Paulo, 14 (427-38), 1980.
3. CIARI, G.C. & SIQUEIRA, A.A.F. Problemas de Saúde Materno Infantil. São Paulo, Mc Graw-Hill do Brasil, 1976. p. 203-05.
4. Legião Brasileira de Assistência Superintendência Estadual Santa Catarina. Aleitamento Materno. Santa Catarina , junho/1982.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília - DF, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 26p.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência Integral a Saúde da Mulher/Assistência a Saúde da Mulher Climatérica e Pós-Climatérica. Brasília - DF, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 17p.

7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (10 a 13 de outubro de 1986), Brasília DF, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, 57p.
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Brasília - DF, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985. 70p.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Controle do Câncer Cérvico-Útero e de Mama. Brasília - DF, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986, 29p.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. O Ministério da Saúde e a Questão do Planejamento Familiar. Brasília, jun de 1986.
11. REIBUTZ, Kenya Schmidt. Síntese da Teoria do auto cuidado de Dorothea Oren. Fpolis-SC, 1983.
12. RODRIGUES, Walter. O que é planejamento familiar. Rio de Janeiro, 21p.

IX - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. BRUNNER, Lillian Sholtis & SUDDRTH, Doris Smith. Moderna Prática de Enfermagem. 2^a ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980. v.3, 1146 - 1171p.
2. DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA. Controle do Câncer de Mama. Santa Catarina, 12p.
3. EDMUNDS, Marilyn M.S.P.H. et alii. Manual para equipe multiprofissional de Saúde. O Planejamento Familiar Sensível. The Palhfinder Frend/87. 93p.
4. GUEDES, Asdrubal. Lages: História, atualidades, símbolos. Lages, Nulles Editora, 1979. 102p.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o Desmame: Ações Básicas na Assistência Integral à Saúde da criança. 1^a ed. Brasília - DF, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 21p.
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência ao Planejamento Familiar. Brasília - DF, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 43p.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência ao Planejamento Familiar. Brasília - DF, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986. 88p.

8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília DF, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986. 40p.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência ao Pré-Natal. Brasília - DF, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986. 39p.
10. PINOTTI, José A. & TEIXEIRA, Luiz C. Diagnóstico Combinado em Mastologia. Brasil, 18p.
11. VINHA, Vera Heloisa Pileggi. Amamentação Materna: Incentivo e Cuidado. 1^a ed. São Paulo, SARVIER, 1983. 69p.
12. SILVA, Lorena M. & FAVERSANI, M.C. de S.S. Doenças Sexualmente Transmissíveis, Colpites, Cervicites, Ca. de colo e de mama. UFSC, Fpolis - SC.

A N E X O S

ANEXO 1

Lista das Unidades Sanitárias pertencentes a Prefeitura Muni cipal de Lages

- 1 - Nome: Unidade Sanitária Orfanato Nossa Senhora das Graças
End.: Rua Silvio Duarte Júnior
População: 2.877 hab.

- 2 - Nome: Unidade Sanitária Santa Helena
End.: Rua Edmundo Soldateli
Bairro: Santa Helena
População: 6.620 hab.

- 3 - Nome: Unidade Sanitária Morro Grande
End. Rua Estrada do Pinheirinho
Bairro: Morro Grande
População: 4.208 hab.

- 4 - Nome: Unidade Sanitária Capão Alto
End.: Rua João Vieira de Oliveira
Capão Alto - SC

- 5 - Nome: Unidade Sanitária Bocaina do Sul
End.: Rua: JOão Assinck nº 141
Bocaina do Sul - SC

- 6 - Nome: Unidade Sanitária Ipiranga
End.: Rua Bom Jesus
Bairro Ipiranga
População: 5.005 hab.
- 7 - Nome: Unidade Sanitária Santa Mônica
End.: Rua Corinthians
Bairro Santa Mônica
População: 2.217 hab.
- 8 - Nome: Unidade Sanitária São José
End.: Av. do 2º Batalhão Rodoviário
Bairro São José
População: 4.445 hab.
- 9 - Nome: Unidade Sanitária Tributo
End.: Rua Ludovick Kuk, 180
Bairro Tributo
População: 1.190 hab.
- 10 - Nome: Unidade Sanitária Guarujá
End.: Rua Nossa Senhora da Saúde
Bairro Guarujá
População: 4.853 hab.
- 11 - Nome: Unidade Sanitária São Carlos
End.:
Bairro São Carlos
População: 2.713 hab.

12 - Unidade Sanitária Gethal

End.: Rua Pedro Fernando Gaspar

Bairro Gethal

População: 1.646 hab.

13 - Nome: Unidade Sanitária Universitário

End.: Rua José Berlim

Bairro Universitário

População: 2.402 hab.

14 - Nome: Unidade Sanitária Morro do Posto

End.: Rua Professor Simplício

Bairro Morro do Posto

População: 2.608 hab.

15 - Nome: Unidade Sanitária Penha

End.: Rua Vital Brasil

Bairro Penha

População: 3.481 hab.

16 - Nome: Unidade Sanitária São Migue

End.: Rua Filipe Camarão

Bairro São Miguel

População: 3.443 hab.

17 - Nome: Unidade Sanitária Vila Nova

End.: Bairro Vila Nova

População:

18 - Nome: Pronto Socorro Municipal Tito Bianchine

Bairro Centro

Obs.: Os dados foram obtidos em arquivos de Documentação do Pronto Socorro Municipal Tito Bianchini

ANEXO 2

Projetos Atividades das US de Lages

- Controle e erradicação das doenças transmissíveis .
educação p/ saúde.
- Comissão de Saúde.
- Assistência médica aos funcionários (anestesia).
- Assistência médica e sanitária (manutenção das U.S.)
- Atendimento médico-odontológico e de enfermagem à
população da periferia de Lages.
- Assitência médica ao interior.
- Alimentação e nutrição (produção de leite de soja).
- Programa de suplementação Alimentar (PSA).
- Atendimento Materno Infantil.

ANEXO 3

Projetos e Atividades das U.S. de Lages

- Programa de Suplementação Alimentar (PSA)

Com o PSA, a S.M.S. distribui à população carente uma cota alimentar de 7kg. Esta distribuição é realizada mensalmente e gratuita. Tem direito de receber a suplementação alimentar gestantes, nutrizes e crianças de 0 à 3 anos de idade, com poder aquisitivo baixo, cuja renda familiar mensal é de até 2 salários mínimos.

A família recebe a cota alimentar de acordo com o número de pessoas inscritas no PSA. A entrega de alimentos é realizada na U.S. pertencente ao bairro onde a população reside.

- Programa de Produção de Leite de Soja

Com este programa, a S.M.S. abastece a população carente através da produção de 1000 litros de leite de soja, a partir de 800 gr de soja. Esta distribuição é realizada diariamente e gratuita.

A massa residual de soja, rica em proteínas é aproveitada e distribuída nas creches, escolas e comunidade.

- Programa de Atendimento ao Interior:

A S.M.S. possui uma equipe de saúde que atende o Interior (Fazendas, Distritos e Povoados). Esta equipe é composta por 2 médicos, 2 dentistas e 2 técnicos de enfermagem.

A equipe desloca-se para o interior diariamente, isto quando as condições climáticas são favoráveis, permitindo o atendimento. O atendimento à população é feita em uma residência no local. Nas localidades do interior onde possuem maior número de habitantes, já está sendo construído U.S.

ATIVIDADES COMUNITÁRIAS

- Os bairros da periferia do município possuem um Centro Comunitário. Neste centro comunitário, a Associação Comunitária de Moradores e a Comissão de Saúde, realizam reuniões, para discutirem os problemas relacionados à comunidade. Dependendo das necessidades levantadas, a Associação Comunitária de Moradores e a Comissão de Saúde fazem o possível para atender as reivindicações da comunidade.

A Associação Comunitária de Moradores possui um Presidente, quando as reivindicações solicitadas pela comunidade

não são atendidas, o presidente solicita ajuda à Prefeitura Municipal, que todo mês repassa uma verba para as Comissões de Saúde, para que possam ter condições de atender as reivindicações da comunidade do bairro.

SERVIÇO LABORATORAIS

- A Prefeitura possui convênio com todos os laboratórios particulares do município, para atender a demanda de exames das U.S. e do Pronto Socorro municipal Tito Bianchini, visto que o laboratório da Prefeitura localizado no Pronto Socorro Tito Bianchini, não tem condições de realizar os exames mais específicos ou sofisticados.

Os laboratórios atendem em regime de plantão, ou seja, cada semana um laboratório realiza os exames.

Obs.: Todos os dados foram obtidos junto a Supervisora.

ANEXO 4

Lista do quadro de pessoal pertencentes a Secretaria Municipal de Saúde

15 Médicos contratados.

5 Médicos por serviços prestados à Secretaria

2 Enfermeiras contratadas.

1 Enfermeira contratada pela Comissão Municipal de Saúde.

1 Enfermeira por serviços prestados à Secretaria.

9 Dentistas contratados

5 Dentistas por serviços prestados à Secretaria

6 Técnicas de Enfermagem contratadas.

22 Atendentes contratados.

13 Atendentes contratadas pela Comissão Municipal de Saúde.

ANEXO 5

Critérios para escolha da U.S.

Unidades Sanitárias:		
1 - Demanda: gest + 15/dia	3	
= 15/dia	2	
- 15/dia	1	
Preventi + 6/dia	3	
vo de ca - 6/dia	2	
de colo		
uterino		
2 - Médicos especialistas:	3	
geral	2	
3 - Nº de atendimento + 550	3	
mensal - 550	2	
4 - Distância do Pronto - 7km	3	
Socorro Municipal 7km	2	
+ 8km	1	
5 - Nº de funcionários 2/dia	3	
de enfermagem 1/dia	2	
6 - Atendimento com prev.	2	
de preventivo de câncer		
sem prev. uterino	0	

7 - População do 3.000 hab.	3
Bairro = 2.000 hab.	2
- 2.000 hab.	1
8 - Pessoal de treinados	2
Enfermagem não treinados	1
Total de pontos	

Obs.: 1 - Todos os Postos que não possuem atendimento de Preventivo de câncer, serão excluídos da escolha.

2 - Os postos que possuem enfermeira fixa, serão acrescentados 1 ponto na soma final.

3 - Inexistem itens referentes a planta física, material, Programa de Suplementação Alimentar (PSA), horário de funcionamento, transporte para deslocamento das acadêmicas, por não servirem como critérios de desempate por existirem em todas as unidades sanitárias.

ANEXO 6

ANÁLISE DAS U.S. DO MUNICÍPIO DE LAGES COM BASE NOS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS PARA ESCOLHA DO LOCAL DE ESTADOS

	Critério	Pontos		Critério	Pontos		Critério	Pontos		
S São Carlos	1 - gest. 15	2	US São José	1 - gest 5	1	US Bocaina do Sul	1 - gest. 16	3		
	2 - med. geral(2)	2		2 - med. geral (1)	2		Prev. 7	3		
	med. ginec(3)	3		3 - 320 aten.	2		2 - med. geral	2		
	3 - 560 aten.	3		4 - 8km	1		3 - 416 aten.	2		
	4 - Dist PSM	1		5 - 1 aten.	2		4 - 48km	1		
	5 - 2 atendentes	3		6 - não	0		5 - 2 aten.	3		
	6 - não tem	0		7 - 4.445hab.	3		6 - sim	2		
	7 - 2.713 hab.	3		8 - recebido	2		7 -	1		
	8 - reciclado	2		Total	13		8 - reciclado	2		
	Total	19					Total	19		
	Critério	Pontos		Critério	Pontos		Critério	Pontos		
S Penha	1 - gest. 16	3	US Morro do Posto	1 - ges. 5	1	US Orfanato	1 - gest. 10	1		
	prev. 7	3		2 - med. geral med. esp.	2 3		prev. 7	3		
	2 - med. geral(2)	2		3 - 311 aten.	2		2 - med. geral (1)	2		
	med. esp (1)	3		4 - 8km	1		3 - 462 aten.	2		
	3 - 450 aten.	2		5 - 1aten.	1		4 - 4 km	3		
	4 - 6km.	3		6 - não	0		5 - aten.	2		
	5 - 2 aten.	3		7 - 260 hab	3		6 - sim	2		
	6 - 2 aten.	3		8 - não	1		7 - 2.877	3		
	7 - 3.481 hab.	3		Total	14		8 - treinado	2		
	8 - reciclado.	2					Total	20		
Total	26									
	Critério	Pontos		Critério	Pontos		Critério	Pontos		
US Universitário	1 - gest 16	3	US Santa Mônica	1 - gest 5	1	US Ipiranga	1 - gest 16	3		
	2 - med. geral(1)	2		2 - med. geral (1)	2		2 - med. geral (2)	2		
	3 - 535 hab.	2		3 - 351 aten.	2		3 - 513 aten.	2		
	4 - 4km	3		4 - 11 km	1		4 - 4 km	3		
	5 - 1 aten.	2		5 - 1 aten	2		5 - 1 aten.	2		
	6 - não tem	0		6 - não	0		6 - não	0		
	7 - 2.402 hab.	2		7 - 2.217 hab	2		7 - 5.003 hab	3		
	8 - não	1		8 - treinada	2		8 - não	1		
	Total	15		Total	12		Total	16		

Cethal			Santa Helena			Capão Alto		
Crítério	Pontos		Crítério	Pontos		Crítério	Pontos	
1 - gest. 16	3		1 - gest 10	1		1 - não	-	
2 - med. geral	2		2 - med. geral	2		2 - med. geral	2	
med. esp.	3		3 - 548 aten.	2		3 -		
3 - 60 hab.	3		4 - 6 km	3		4 - 18 km	1	
4 - 7 km	2		5 - 1 atn:	2		5 - 1 aten.	2	
5 - 1 enf.	3 + 1		6 - não	0		6 - não		
2 aten.			7 - 6.620 hab.	3		7 -		
6 - sim	2		8 - orientado	1		8 - treinado	2	
7 - 1.646 hab.	1		Total	14		Total	8	
8 - orientado	1							
Total	24							
Crítério	Pontos		Crítério	Pontos		Crítério	Pontos	
Guarujá			São Miguel			Vila Nova		
1 - gest 16	3		1 - gest 5	1		1 atn		
prev. 7	3		2 - med. geral	2		3 médicos		
2 - med. geral	2		3 - 650 aten.	3				
med. esp.	3		4 - 6km	3				
3 - 663 aten.	3		5 - 1 aten.	2				
4 - 7 km	2		6 - não	0				
5 - 3 atn.	3		7 - 3443 hab.	3				
6 - sim	2		8 - não	1				
7 - 4853 hab	3		Total	15				
8 - reciclado	2		Crítério	Pontos				
Total	26		1 - gest 14	1				
Crítério-	Pontos		prev. 7	3				
Morro Grande			US Tributo					
1 - não	-		2 - med. esp.	3				
2 - med. geral	2		3 - 568 aten.	3				
3 - 145 atn.	1		4 - 11 km	1				
4 - 3 km	3		5 - 1 aten.	2				
5 - 1 aten.	2		6 - Sim	2				
6 - nãc	0		7 - 1.190 hab	1				
7 - 4.208 hab.	3		8 - reciclado	2				
8 - não	1		Total	18				
Total	12							

Obs.: Os dados foram obtidos no documento elaborado pela Enf^a NILSA BORGES PAIM, Enf^a CLÁUDIA INÊS ZAGO SOUZA e SANDRA LOPETIGUI, enviado à SUDS para municipalização da saúde, janeiro 1988.

ANEXO 7

US Gethal

Endereço: Rua Pedro Fernando Gaspar s/n

Bairro Gethal

Distância da US Central - Pronto Socorro Municipal - 7 km

Tito Bianchini

Distância do Hospital Nossa Senhora dos Prazeres - 7 km

Distância do Hospital geral e Maternidade Tereza Ramos - 9 km

População do Bairro: 4.853 hab.

- 1 consultório médico

- 1 consultório dentário

Pessoal

2 médicos - atendimento matutino e vespertino

especialidade: clínico geral

1 enfermeira

2 atendentes

US Guarujá

Endereço: Rua Nossa Senhora da Saúde s/n

Bairro guarujá

Distância da US central - Pronto Socorro Municipal - 7 km

Tito Bianchini

Distância do Hospital Nossa Senhora dos Prazeres - 7 km

Distância do Hospital geral e Maternidade Tereza Ramos - 9 km

População do bairro: 1.646 hab.

- 1 consultório médico
- 1 consultório dentário

Pessoal

3 médicos

especialidade: clínico geral
ginecologia

1 enfermeira

2 atendentes

1 téc. de enfermagem

US Penha

Endereço: Rua Vita Brasil - Bairro Penha

Distância da US central - 6 km

Distância do Hospital Nossa Senhora dos Prazeres - 6 km

Distância do Hospital geral e Maternidade Tereza Ramos - 8 km

População do bairro: 3.481 hab.

1 consultório médico

Pessoal

3 médicos

especialidade: clínico geral
ginecologia

1 enfermeira

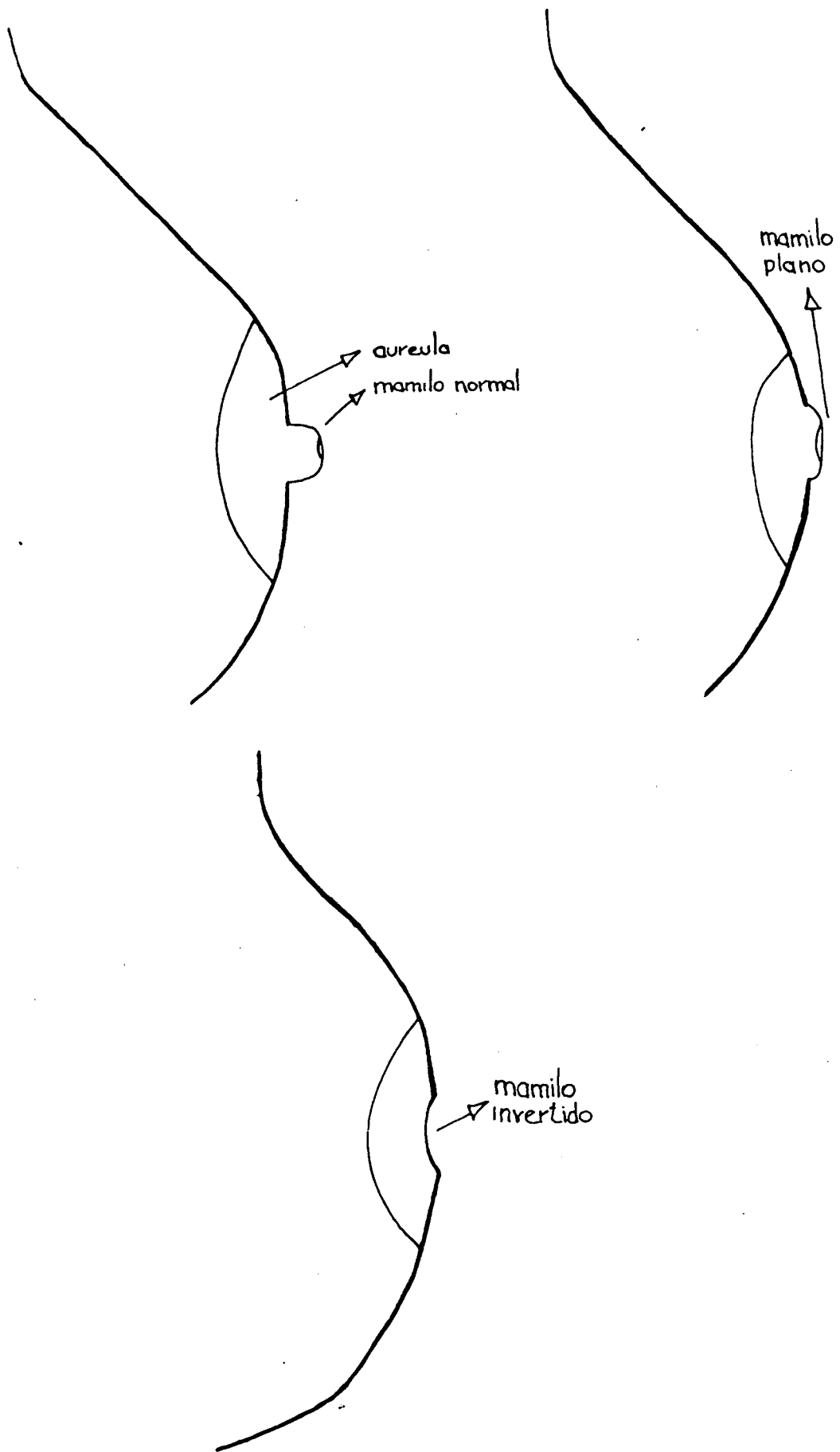
2 atendentes

ANEXO 8

Composição Bioquímica do Leite Humano (LH) e Leite de Vaca (LV)

Nutrientes por 100 ml	LH	LV
Água	87,1	87,2
Energia (kcal)	75	66
Proteínas (g)	1,1	3,5
% total de proteínas:		
caseína	40	82
lactoalbumina + lacto globulina	60	18
gordura (g)	4,5	3,7
lactose (g)	6,8	4,9
Minerais e Vitaminas	LH	LV
Cálcio (mg)	340	1,170
Fósforo (mg)	140	190
Sódio	7	22
Potássio	13	35
Ferro (mg)	0,5	0,5
Vit. C (mg)	43	14
Vit. D (vi)	22	14

ANEXO 09



ANEXO 10

Critérios para Visita Domiciliar de Pré-Natal

Item	Referência	Critério	Pontuação
1	Inscrição	- não inscritas	1
2	Atraso no agendamento	- mais de 1 mês - menos de 1 mês	2 1
3	Renda familiar	- menos de 2 salários mínimos - de até 2 salários mínimos à 5 salários mínimos - mais de 5 salários mínimos	3 2 1
4	Nº de gestação	- primigestas - multigestas	3 2
5	Trimestre gestacional	- primeiro trimestre - terceiro trimestre - segundo trimestre	3 2 1
6	Escolaridade	- analfabeto - até 4ª série do 1º grau - 1º grau completo	3 2 1
Total de Pontos			

ANEXO 11

METODOLOGIA DA VISITA DOMICILIAR

ESQUEMATIZAÇÃO

1. Planejamento:

- 1.1 - Seleção da visita a ser realizada
- 1.2 - Coleta de dados
- 1.3 - Revisão de conhecimentos
- 1.4 - Plano
- 1.5 - Preparo do material

2. Execução

- 2.1 - Abordagem
- 2.2 - Atividades
- 2.3 - Resumo e avaliação

3. Registro de dados

4. Avaliação

4.1 - Planejamento

- 4.1.1 - Seleção da visita a se realizar
 - a.1 - prioridades estabelecidas
 - a.2 - itinerário e meio de transporte
 - a.3 - horas mais apropriadas para a assistência que vai ser prestada

a.4 - cálculo do tempo disponível da visita
dora

4.1.2 - Coleta de dados (ou dados colhidos oralmen
te)

b.1 - solicitar ao arquivo as fichas de con
trole de saúde de cada paciente

4.1.3 - Divisão de conhecimentos

c.1 - estudar todos os dados registrados nas
fichas

c.2 - rever os conhecimentos científicos pa
ra aplicar nas orientações

4.1.4 - Plano

d.1 - definir a conduta a ser seguida e tra
çar um plano provisório das ações de
enfermagem

4.1.5 - Preparo do material

Selecionar o material a ser utilizado em vi
sita e rever a forma de usar o material.

4.2 - Execução

4.2.1 - abordagem

a.1 - complementar o estudo com informações
que possam ajudar na abordagem do as
sunto

a.2 - estabelecer ambiente favorável

4.2.2 - Atividades

b.1 - executar as ações de enfermagem planejadas ou equacioná-las a situação encontrada

b.2 - rever as orientações e atividades prestadas a família e os planos para atendimentos das necessidades.

4.2.3 - Resumo

c.3 - resumir todos os assuntos abordados durante a visita.

4.2.4 - Avaliação: avaliar se os objetivos da visita foram atingidos

3. Registro de dados:

Registrar as ações da visita; registrando no prontuário ou fichário do paciente.

4. Avaliação final:

Rever todos os passos a partir do planejamento avaliando os aspectos positivos e negativos a respeito da validade do trabalho educativo.

Fatores a considerar:

- 1) Problemas aparentes cientes da família
- 2) Problemas não reconhecidos pela família
- 3) Estabelecer contato com instituições médico sociais, antes de serem indicadas à família
- 4) Estabelecer formas de comunicação verbal e não verbal adequada a realidade encontrada

* Para clientes faltosas, acrescentar:

- Motivo de não retorno ao serviço;
- Reforçar orientações, mostrando a importância de continuar o controle de saúde na Unidade Sanitária;
- Aprazar nova data para seu comparecimento a Unidade Sanitária.

Fonte: Metodologia da Visita Domiciliar, roteiro usado no Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.

ANEXO 12

Alimentação da Gestante

Sua alimentação deve ter as seguintes características: pouco gordurosa, regularmente doce e muita proteína. Tomar bastante suco de laranja, limão ou tangerina e evitar bebidas alcoólicas, comer legumes, saladas e frutas à vontade.

Deve-se usar pouco o sal, açúcar e farinha.

Alimentos que devem ser ingeridos todos os dias de acordo com a realidade de cada cliente:

- ovos ou substituto
- leite
- carne (2 x por semana)
- cereais
- verduras
- legumes
- frutas
- água

ANEXO 13

Cuidados com o Recém-Nascido

Os cuidados mais importantes são relacionados com a alimentação, o coto umbilical, banho e vestuário do recém-nascido.

Coto umbilical

Para cuidar do coto umbilical, apenas secá-lo e colocar um antisséptico, podendo cobri-lo com gase. Deixá-lo livre. Repita o curativo diariamente, até dois ou 3 dias após a queda do coto.

Banho

Fazer higiene com esponja ou algodão em água fervida e amornada.

Para o banho de imersão, preparar tudo com antecedência, tendo à mão todo o material necessário. A roupa deve ser separada e a banheirinha ou bacia deve ser de uso exclusivo do bebê e deve estar sempre bem limpa. Para banhar o recém-nascido, a água deve ser fervida e amornada.

Crostas devem ser tratadas com aplicação de vaselina líquida ou óleo infantil antes do banho.

Vestuário

Lavar bem as fraldas e trocá-las sempre que estiver urinadas ou evacuadas. Agasalhar a criança conforme a temperatura ambiente.

Choro do bebê

Choro são frequentes em recém-nascido mas nem sempre significam problemas ou fome. É necessário examinar o bebê para verificar o motivo do choro.

Cólicas são com freqüência motivo de choro em recém-nascido. Ocorrem por ingestão excessiva de ar durante a mamada, e também estão relacionadas com prisão de ventre. As cólicas podem ser melhoradas se colocando o bebê para eructar frequentemente durante a mamada e não somente no final. Também recomenda-se chá de erva-doce e colocá-lo de bruços e massagem abdominal.

Obs.: Deve-se levar a criança para um acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

ANEXO 14

**- IMPRESSOS UTILIZADOS NAS US ONDE
IREMOS DESENVOLVER O ESTÁGIO**

HISTÓRICO DO PARTO

MATERNICIDADE	
DATA DO PARTO	
PARTO NORMAL	OPERATÓRIO
<input type="checkbox"/> SEM EPISIOTOMIA	<input type="checkbox"/> CESAREA
<input type="checkbox"/> COM EPISIOTOMIA	<input type="checkbox"/> FÓRCEPS
ANESTESIA	
DEQUITAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> PATOLÓGICA
ABORTAMENTO DATA	IDADE DO ABORTO
	SEM ANAS
INTERCORRÊNCIAS	IgG ANTI Rh
CONDIÇÕES DE ALTA	

RECÉM-NASCIDO	
<input type="checkbox"/> NATIMORTO	<input type="checkbox"/> DE TERMO
<input type="checkbox"/> NATIVO	<input type="checkbox"/> PREMATURO
APGAR	ALTURA
PESO AO NASCER	GRAMAS
	SEXO
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
INTERCORRÊNCIAS	
CONDIÇÕES DE ALTA	
ASSINATURA DO MÉDICO	

SECRETARIA M. DA SAUDE E HABITAÇÃO

CARTEIRA DA GESTANTE

UNIDADE SANITARIA DE	
IDENTIFICAÇÃO	
NOME	Nº REGISTRO
	IDADE
ENDEREÇO	BAIRRO
PONTO DE REFERENCIA	
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	
GESTAÇÃO	PARIDADE
	ABORTAMENTOS
ULTIMO PARTO	NUMERO DE FILHOS VIVOS
DATA	
ULTIMA MENSTRUAÇÃO	PROVAVEL DO PARTO
GRUPO SANG.	Rh
	<input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO
DIAGNÓSTICO	
CLÍNICO	
OBSTÉTRICO	
PATOLÓGICO-OBSTÉTRICO	
OBSERVAÇÕES:	

adm. PAULO QUARTE



LARGES
Cidade da Gente

Ordem	DATA	PESU	PA	ALTURA UTE- RINA	CIRCUNF. ABDOM.	APRESENTAÇÃO	FUGO	HEMA- TOCRITO	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO	RUBRICA MEDICA
1ª											
2ª											
3ª											
4ª											
5ª											
6ª											
7ª											
8ª											

OBSERVAÇÕES:

ULTIMOS EXAMES

HM

HT

HB

VDRRL

URINA

FEZES

COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA

ANATOX TETÂNICA

1º DOSE

2º DOSE

3º DOSE

REFORÇO

OUTROS

EVOLUÇÃO CITOLÓGICA

DATA				
Nº CITOLÓGICO				
COJUGO — DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO				
CLASSE COLPOSCÓPICA				
LÓJUGO DA FLORA				
CITOLOGIA DE MAMA				
BIÓPSIA				
OBSERVAÇÕES				

DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO

UC	— Não diagnosticada (Inadequado) — O.	3C1	— Leve III a.
1C	— Negativo para células neoplásicas Grau I.	3C2	— Moderada III b.
2C	— Citologia Inflamatória tratar e repetir. Classe II.	3C3	— Acentuada III c.
3C	— Diagnóstico compatível com displasia. Classe III.	4C	— Carcinoma "in situ" — IV.
		5C	— Carcinoma invasivo — V.
		5C1	— Epidermóide — V.
		5C2	— Adenocarcinoma — V.
		6C	— Presença de células neoplásicas de outras origens.

FLORA VAGINAL

F1	— Bacilo Dordelaine.	F7	— Fungos.
F1a	— Com citólise.	F8	— Vírus.
F1b	— Sem citólise.	F9	— Outros microorganismos.
F2	— Flora mista.	F10	— Flora não-classificada.
F3	— Flora cocóide.		
F4	— Hemophilus vaginalis.		
F5	— Leptotrix vaginalis.		

SECRETARIA DE SAÚDE
 DEPARTAMENTO AUTÔNAMO DE SAÚDE PÚBLICA
 SERVIÇO DE NUTRIÇÃO EM SAÚDE
 PROGRAMA SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR

GRUPO Nº: _____
 NOME DA MÃE: _____
 NOME DO PAI: _____ APELIDO: _____ RENDA MENSAL: _____
 ENDEREÇO: _____ PONTO REFERENCIAL: _____

NOME	CATEGORIA	D.N.	D.T.	VACINA	OBSERVAÇÕES

MÊS	JAN	FEV.	MAR.	ABR.	MAI.	JUN.	JUL.	AGO.	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.

MÃES: _____
 CRIANÇAS: _____

Nº: _____

SECRETARIA DE SAÚDE E HABITAÇÃO

SETOR DE PUERICULTURA

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:		
Idade:	Altura:	Est. Civil:
Endereço:		
Ponto Ref.:		

2. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Nº Partos:	Simples:	Gemelar:	Atermo:	Precoce:
Nº nascidos:	Vivos:		Mortos:	
Nº Abortos:	Espontaneos:		Provocados:	

3. GRAVIDEZ ATUAL:

Peso anterior:	DUM:	DPP:
----------------	------	------

4. CONTROLE DE ROTINA:

Controle	Data	Peso	P.A.	Edema	ALT. Uterina	CIR. Abdon.	B.C.P.	Apresentação
1º								
2º								
3º								
4º								
5º								
6º								
7º								

5. ALEITAMENTO

Filhos	Amamentou	Ate...

6. OUTROS DADOS:

FUMO: _____

ÁLCOOL: _____

DIABETE: _____

HIPERTENSÃO: _____

OUTROS: _____

VACINA ANATOX: _____

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LAGES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E HABITAÇÃO

FICHA DE EVOLUÇÃO

DATA

NOME:.....

IDADE:.....

ENDEREÇO:.....

DISTRIBUIÇÃO DAS ALUNAS POR CAMPO DE ESTÁGIO

		Escala Semanal de Trabalho											
Local e Estágio	Semana 21/03 a 25/03	28/03 a	04/04 a	11/04 a	19/04 a	25/04 a	02/05 a	09/05 a	16/05 a	23/05 a	31/05 a	06/06 a	
		31/03	08/04	15/04	23/04	29/04	06/05	13/05	20/05	27/05	03/06	08/06	
Unidade Sanitária Gethal	E.R.L	E.R.L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	
Unidade Sanitária Guarujá	E.R.L	E.R.L	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
Unidade Sanitária Penha	E.R.L	E.R.L	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	

Legenda: E - ELAINE

*L - ELISA

R - ROSE MERY

De acordo com as Agendas de

Horário de trabalho: 7:00 hs às 11:00 hs ou 13:00 hs - 17:00hs

marcação de consultas das

Unidades Sanitárias

* A acadêmica ELISA todas a segundas feiras estará em Fpolis, cumprindo carga horária que consta de uma disciplina obrigatória do currículo.

A reposição desta carga horária será realizada de acordo com a necessidade da U.S.

XI - APÊNDICE

Trabalho de Indicadores de Saúde

Perspectiva de vida no Brasil: em torno de 65 anos.

Perspectiva de vida em Lages: em torno de 57 anos.

Nº de médicos em Lages - 103 nº de médicos em SC 4.551

nº de médicos por habitantes

1 med para 1621 hab em Lages

1 med para 1063 hab em SC

População

População de Lages: 167.000 hab

População de SC 4.838.000 hab.

Nº de Hospitais e Leitos na Cidade de Lages

Hospital Nossa Senhora dos Prazeres: 259

Hospital Geral Maternidade Tereza Ramos: 181

Hospital Infantil Seara do Bem: 230

Hospital Bocaina do Sul 36

736

Nº de leitos por hab. em Lages: 4:1000

Nº de leitos por hab preconizada: Países desenvolvidos: 10:1000 hab
pela OMS

Países em desenvolvimento 5: 1000 hab.

Nº de Enfermeiras em Lages: 30

Nº de Bioquímicos em Lages

- Região serrana (AMURES): 78

- Município de Lages: 42

Total: 120

Nº de Odontólogos na cidade de Lages: 88

Saneamento Básico

a) Rede de esgoto público - 31.865 hab servidos

b) Água encanada 130.085 hab servidos

Percentual: 92,70%

Nº de Postos de Saúde

Prefeitura Municipal: 16 US - 14 áreas urbanas

2 interior

4º CARS - 13 US - 12 áreas urbanas

1 área interior

Nº de Médicos

Prefeitura Municipal - 22

4º CARS - 30

INPS - 41

Nº de médicos que atendem nas U.S.

Prefeitura Municipal: 20

4º CARS 22

INPS 6

TOTAL 48

Obs.: Levantamento realizado pela Enfermeira CLÁU
DIA INÊS ZAGO SOUZA da Prefeitura Municipal
de Lages - agosto/1987.

APENDICE 2

ROTEIRO PARA CONSULTA DE PRÉ-NATAL

- Consultas

- Roteiro da primeira consulta

História Clínica

. Identificação:

- idade;
- cor;
- naturalidade;
- procedência;
- endereço atual;
- estado civil;
- profissão;

. Dados socio-econômicos e culturais:

- escolaridade;
- renda familiar;
- número de dependentes;
- número de pessoas da família que participam da força de trabalho;
- condições de moradia (tipo, nº de cômodos);
- condições de saneamento (água, esgoto).

. Motivo da consulta:

- assinalar se é uma consulta de rotina ou se há algum

outro motivo para o comparecimento; nesse caso, descre
ver as queixas.

. Antecedentes familiares - especial atenção para:

- hipertensão;
- diabetes;
- doenças congênitas;
- gemelaridade;
- câncer de mama;
- hanseníase;
- tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a
doença e o grau de parentesco).

. Antecedentes pessoais - especial atenção para:

- hipertensão arterial;
- cardiopatias;
- diabetes;
- doenças renais crônicas;
- anemia;
- transfusões de sangue;
- doenças neuropsiquiátricas;
- viroses (rubéola e herpes);
- cirurgia (tipo de data);
- alergias;
- hanseníase;
- tuberculose.

. Antecedentes ginecológicos:

- ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade);
- uso de métodos contraceptivos (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
- infertilidade e esterilidade (tratamento);
- doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive do parceiro);
- cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
- mamas (alteração e tratamento);
- última colpocitologia oncótica (Papanicolaou ou "preventivo", data e resultado).

. Sexualidade:

- início da atividade sexual (idade e atitude frente à primeira relação);
- desejo sexual (libido);
- orgasmo;
- dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual);
- sexualidade na gestação atual.

. Antecedentes obstétricos:

- número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez gravidez ectópica, mola hidatiforme);
- número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas-indicações);
- número de abortamentos (espontâneos, provocados, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento);

- número de filhos vivos;
- idade da primeira gestação;
- intervalo entre as gestações (em meses);
- número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37^a semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
- experiência em aleitamento materno;
- número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2500g) e com mais de 4000g;
- mortes neonatais precoces - até 7 dias de vida (número e motivos dos óbitos);
- mortes neonatais - entre 7 e 28 dias de vida (número e motivos dos óbitos);
- natimortos (morte fetal intra-útero e idade gestacional em que ocorreu);
- recém-nascido com icterícia neonatal, transfusões, ex sanguinotransfusões;
- intercorrência ou complicações em gestações anteriores (especificar);
- complicações nos puerpérios (descrever);
- história de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame);
- intervalo entre o final da última gestação e o início da atual;
- data do primeiro dia da última menstruação - DUM (anotar certeza ou dúvida);
- data provável do parto - DPP;
- data de percepção dos primeiros movimentos fetais.

. **Gestação atual:**

- nome dos medicamentos usados na gestação;
- a gestação foi ou não desejada;
- hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e toxicomania;
- ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição e agentes químicos e físicos potencialmente nocivos).

- **Exame Físico**

. **Geral:**

- determinação do peso e avaliação do estado nutricional da gestante;
- medida da estatura;
- determinação da frequência do pulso arterial;
- medida da temperatura axilar, caso haja suspeita de infecção;
- medida da pressão arterial;
- inspeção da pele e das mucosas;
- palpação da tireóide;
- ausculta cardiopulmonar;
- exame do abdome;
- exame dos membros inferiores;
- pesquisa de edema (face, tronco, membros).

. **Específico: gineco-obstétrico:**

- exame mamas (orientado, também, para o aleitamento materno);

- medida da altura uterina;
- ausculta dos batimentos cardíofetais (após a 20^a semana);
- identificação da situação e apresentação fetal (3^o trimestre);
- palpação dos gânglios inguinais;
- inspeção dos genitais externos;
- exame especular:
 - a) inspeção das paredes vaginais;
 - b) inspeção do conteúdo vaginal;
 - c) inspeção do colo uterino;
 - d) coleta de material para exame colpocitológico (preventivo de câncer), conforme Manual de prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama;
- toque vaginal (na 1^a consulta e quando seja necessário fazer pelvimetria);
- outros exames, se necessários;
- educação individual (respondendo às dúvidas, preconceitos e inquietações da gestante).
- . Solicitação dos exames laboratoriais de rotina e outros, se necessários.
- . Diagnósticos, avaliação e condutas segundo o item - Padronizações de procedimentos e condutas.
- . Ações complementares:
 - referência para atendimento odontológico;
 - referência para atendimento de imunização (vacinas), quando indicado;

- referência para práticas educativas coletivas;
- referência para serviços especializados na mesma unidade ou para unidade de maior complexidade, quando indicado;
- agendamento de consultas subseqüentes;
- referência, quando indicado, para o Programa de Suplementação Alimentar (PSA).

. Roteiro das consultas subseqüentes:

- revisão da ficha perinatal e anamnese atual;
- cálculo e anotação da idade gestacional;
- exame físico, incluindo o gineco-obstétrico;
 - . determinação do peso - anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional da gestante;
 - . medida da pressão arterial;
 - . inspeção da pele e das mucosas;
 - . inspeção das mamas;
 - . palpação obstétrica e medida da altura uterina;
 - . ausculta dos batimentos cardíofetais;
 - . pesquisa de edema;
 - . toque vaginal, exame especular e outros, se necessários.
- interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros, se necessários;
- controle do calendário de vacinação;

- acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados;
- realização de práticas educativas (diálogo com a paciente e educação em grupos);
- agendamento de consultas subsequentes.

APÊNDICE 3

ROTEIRO PARA CONSULTA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Atividades Clínicas

Primeira consulta

Deve ser sempre feita pelo médico, após as atividades educativas, qualquer que seja o método utilizado. Visa analisar a adequação da opção feita pela mulher em relação às indicações clínicas e limitações de cada paciente, ponderando os riscos e benefícios.

A primeira consulta deve, necessariamente, incluir:

- a) Anamnese, com preenchimento da ficha clínica;
- b) Exame físico geral;
- c) Exame de mamas, com educação para o auto-exame;
- d) Exame ginecológico;
- e) Análise de escolha e prescrição do método anticoncepcional.

a) ANAMNESE, COM PREENCHIMENTO DA FICHA CLÍNICA

A anamnese deve ser realizada através de uma entrevista individual, registrando-se na ficha clínica as seguintes informações:

Dados pessoais

- nome
- idade
- cor
- naturalidade
- estado civil
- escolaridade
- nível socio-econômico
- endereço

Antecedentes gineco-obstétricos

- menarca
- ciclos menstruais (duração do ciclo, quantidade do fluxo, número de dias do fluxo)
- data da última menstruação
- idade da primeira relação sexual
- dispareunia
- idade da primeira gestação
- número de gestações
- número e tipo de partos
- número de filhos vivos
- número e tipo de aborto
- data e forma do término da última gestação
- amamentação atual
- antecedentes de problemas mamários (familiares e pessoais)
- cirurgia de mamas

- antecedentes de tumores ginecológicos
- cirurgias ginecológicas
- antecedentes de doenças sexualmente transmissíveis
- antecedentes de toxemia gravídica
- antecedentes de gravidez ectópica
- métodos contraceptivos já utilizados, tempo de uso e causas de interrupção, começando pelo último método utilizado

Antecedentes patológicos

- hipertensão arterial e outras doenças cardiovasculares
- doenças tromboembólicas
- diabetes (antecedentes familiares e pessoais)
- icterícia e ou hepatite
- colelitíase
- anemia
- convulsões
- enxaquecas e cefaléias frequentes
- tuberculose
- doença de Chagas
- malária
- hanseníase
- esquistossomose

Hábitos

- uso de drogas ou medicamentos

- tabagismo
- alcoolismo

Padrão de vida sexual/conjugal

- frequência das relações sexuais
- número de parceiros no momento atual
- libido e orgasmo
- previsibilidade das relações sexuais
- importância da espontaneidade no relacionamento sexual
- grau de envolvimento do parceiro na prática da contracepção

b) EXAME FÍSICO GERAL

- peso
- estatura
- pressão arterial
- exame de mucosas
- exame da pele e distribuição dos pêlos
- exame de gânglios
- estado nutricional
- exame cardiorrespiratório
- exame abdominal
- presença de edema e varizes

c) EXAME DE MAMAS, COM EDUCAÇÃO PARA O AUTO-EXAME

- normal
- displasia
- presença dos nódulos
- descarga papilar
- abcesso
- outras alterações (mamilos, gânglios, etc.)

d) EXAME GINECOLÓGICO

- exame dos órgãos genitais externos
- exame especular (conteúdo vaginal, aspecto do colo uterino)
- colheita de amostra para exame colpocitológico
- teste de Schiller
- toque ginecológico (condições do útero e anexos; detecção de uma possível gravidez)

e) ANÁLISE DA ESCOLHA E PRESCRIÇÃO DO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

Devem ser dados todos os esclarecimentos sobre o uso e os possíveis efeitos esperados, específicos de cada método.

Consultas subseqüentes ou consultas de retorno visam a um atendimento periódico e contínuo para reavaliar a adequação do método em uso, bem como prevenir, identificar e tratar possíveis intercorrências. Qualquer que seja o método anticoncepcional em uso, as consultas de retorno devem in

cluír, necessariamente:

- intercâmbio com as mulheres no tocante a conteúdos educativos, recomendações, esclarecimentos de dúvidas e adaptação ao método;
- reavaliação das contra-indicações e aceitabilidade do método;
- dados sobre a menstruação;
- avaliação do estado geral de saúde;
- avaliação de peso (detectando o aumento ou diminuição excessiva);
- avaliação de pressão arterial;
- orientação para auto-exame mensal de mamas;
- exame de mamas e colheita para exame colpocitológico anual;
- exame ginecológico anual ou com maior frequência , dependendo do método em uso e das queixas do paciente;
- diagnóstico, tratamento ou encaminhamento de quaisquer intercorrências clínicas e ou ginecológicas;
- solicitação de exames complementares, se necessários;
- reforço da importância do retorno;
- agendamento do próximo retorno;
- registro dos dados na ficha clínica.

Observação: a estas atividades, obrigatórias em qualquer retorno, serão acrescentadas as atividades específicas descritas no acompanhamento de cada método.

A periodicidade das consultas de retorno depende do método em uso, deve-se porém assegurar o atendimento à mulher, a qualquer momento, desde que ela tenha dúvidas ou problemas com a utilização do método.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - ENSINO INTEGRADO
VIIIº UNIDADE CURRICULAR - INT 1108

RELATÓRIO DA "ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE
DA MULHER" /BASE DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS DO
MINISTÉRIO DA SAÚDE/ UMA PROPOSTA DE ASSIS
TÊNCIA DE ENFERMAGEM EM 3 UNIDADES SANITÁ
RIAS DE LAGES - SC

ORIENTADORA: PROF^A LORENA MACHADO E SILVA
SUPERVISORA: NILSA BORGES PAIM

ELABORADO POR:

ELAINE PAIM SOARES
ELISA DE ABREU RAFAELI
ROSE MERY WESTRUPP

FLORIANÓPOLIS, JUNHO DE 1988

"É preciso manter-se a esperança para que a utopia seja um dia convertido em realidade.

(Jean - Paul Sartre

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Secretário Municipal de Saúde, Dr. Dêcio da Fonseca Ribeiro, pela receptividade e incentivo no desenvolvimento do projeto.

Agradecemos as Enfermeiras da Prefeitura Municipal de Lages e os funcionários das Unidades Sanitárias (U.S) pela colaboração e coleguismo dispensados.

Agradecemos aos médicos das U.S., por terem aberto espaço para o nosso trabalho e colaborado na troca de conhecimento.

Agradecemos pela amizade, interesse, dedicação e incentivo às amigas Lorena Machado e Silva e Nilsa Borges Paim.

Agradecemos as comunidades dos bairros Guarujá, Penha, e Gethal, pela boa receptividade e aceitação do nosso trabalho e pela oportunidade de aprendizado e crescimento.

SUMÁRIO

	PÁG.
I - INTRODUÇÃO	01
II - RESULTADO	07
III - CONCLUSÃO	26
IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
V - RECOMENDAÇÕES	30
VI - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	32
VII - ANEXOS	33
APÊNDICE	56

I - INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como finalidade, relatar e avaliar o desenvolvimento do estágio de conclusão de curso da 8ª UC do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC que foi desenvolvido com base no projeto piloto realizado pelas acadêmicas Elaine Paim Soares, Elisa de Abreu Rafaeli, Rose Mery Westrupp. Teve como orientadora a professora Enf^a Lorena Machado e Silva. A supervisão ficou a cargo da Enf^a Nilsa Borges Paim, funcionária da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Nosso projeto teve como tema central "A Assistência Integral à Saúde da Mulher", analisando assim, uma das áreas mais importantes no setor saúde, e que merece uma abordagem mais específica, inclusive por parte da assistência de enfermagem.

Teve uma carga horária de 220 horas e foi realizado no período entre 21 de março à 8 de junho do ano corrente.

Procuramos ressaltar a importância da enfermagem na assistência direta à mulher, bem como descrevemos formas de atuação prática no que se refere ao atendimento, orientação e prevenção.

Socialmente, a enfermagem desempenha um papel de grande relevância, contribuindo para aumentar o nível de saúde geral da população.

O projeto foi optativo, com relação a área e local de atuação para o desenvolvimento do estágio.

Realizamos o projeto em Lages, onde houve boa receptividade e também a possibilidade de conhecermos a assistência de saúde desta cidade.

Realizamos o projeto, nas US Gethal, Guarujá e Penha, e estas encontravam-se há 7 kms de distância do Centro da Cidade. As plantas baixa das mesmas encontram-se em anexo (ANEXO 1).

Um dado importante que analisamos foi o número de enfermeiras no Município. Conta-se atualmente com aproximadamente 35 profissionais sendo que 7 atuam nas U.S. e as demais a nível hospitalar. Concluimos que este número é irrisório, já que todas as que exercem atividades na saúde pública dedicam-se mais à supervisão de programas e chefias, não prestando assistência direta de saúde à população.

Com o desenvolvimento do projeto de Assistência Integral à Saúde da Mulher, ressaltamos a importância efetiva da Enfermeira no campo de trabalho; propriamente dito e suas formas de atuação.

Agora com a municipalização acredita-se que a saúde tenha muito a ganhar, visto que os seus problemas, necessidades e reivindicações serão resolvidos a nível local com a participação

cipação efetiva e direta dos responsáveis pela saúde pública, contando ainda com a colaboração e fiscalização da comunidade.

Com a municipalização assinada no mês de maio a administração das U.S ficam sobre responsabilidade da SMS. A prefeitura possui 16 U.S., o estado 16 U.S. que passaram para prefeitura formando um total de 32 U.S.

Com isso, espera-se que sejam contratados funcionários de enfermagem suficientes, melhorando assim a qualidade do atendimento nas U.S.

Para dar continuidade ao nosso trabalho propusemos, levando em conta a realidade local, 1 enfermeira para cada 2 U.S. prestando assistência integral a saúde da mulher.

No desenvolvimento do nosso trabalho procuramos seguir as bases programáticas do Ministério da Saúde.

O programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher não exista no município de Lages, ficando ao nosso encargo a implantação. Por este motivo torna-se difícil avaliação pois o espaço de tempo para desenvolvimento foi apenas de 2 meses e meio. Pensamos que para podermos avaliarmos realmente o resultado deste projeto precisaríamos de no mínimo 6 meses.

Como esse Relatório tem a finalidade de relatar o desenvolvimento do projeto e avaliar o mesmo, achamos importante falarmos um pouco sobre avaliação.

Segundo, KWASNICKA, (1)

"A avaliação do processo do planejamento é a análise e revisão dos procedimentos seguidos e as características resultantes que diferenciam os planos com sucesso dos planos com fracasso". / "Cada planejamento tem suas próprias características em função do seu tipo".

"A eficácia de um planejamento resulta em planos que maximizam o atendimento dos objetivos alcançados, através da utilização mais eficiente dos recursos disponíveis".

"Para que um planejamento tenha sucesso, duas grandes barreiras devem ser ultrapassadas: a resistência interna ao estabelecimento de objetivos e a relutância em aceitar os planos em virtude das mudanças. Muitas vezes essas resistências devem-se ao fato de se desconhecer o processo como um todo e o medo de não corresponder ao que julgar ser esperado do indivíduo envolvido no processo. Para vencer todas essas barreiras deve-se envolver ao máximo as pessoas responsáveis pelo cumprimento dos planos definidos. Um sistema de comunicação bem definido também é outro fato que auxilia o sucesso do planejamento".

O planejamento eficaz depende da qualidade e quantidade dos dados disponíveis para a realização dos planos.

As informações são obtidas e avaliadas de forma diferente pelos grupos ou indivíduos envolvidos em um programa de trabalho e nem sempre conseguem avaliar quais as informações mais significativas para o planejamento, o que provoca maior

conflito entre as pessoas envolvidas no processo do planejamento.

Todo trabalho necessita de um planejamento. Quando isto acontece torna-se, em geral, passível de avaliação, onde obtêm-se resultados, os quais poderão ser comparados c/ as atividades programadas.

Como nos dias de hoje as mudanças são grandes em rápido processo, vimos a importância, para a melhoria do trabalho, do planejamento e sua posterior avaliação, favorecendo asim, a adaptação das atividades às mudanças que ocorrem.

Consultamos alguns autores que enfatizam a necessidade de avaliação após a execução de um trabalho, como se pode observar a seguir:

ARISTON & PORTO ⁽²⁾ diz que "avaliação é um processo contínuo e sistemático, que fornece informações sobre a natureza de ensino - aprendizagem, permitindo, dessa forma, a tomada de decisões. Desse modo, a avaliação auxilia a supervisão". O mesmo autor diz também que "a avaliação deve se processar em três etapas básicas, ou seja, antes, durante e depois de qualquer atividade de ensino".

"A avaliação das atividades é cada vez mais um imperativo do mundo". PRZYBYLSKI. ⁽³⁾

"Não somente você deve aprender a observar corretamente, mas também a avaliar suas observações. A avaliação deve ser um processo contínuo de análise de pontos positivos

e negativos que você observa nas pessoas e em seu trabalho, de modo que possa encorajá-las a continuar a fazer um bom trabalho em ajudá-las a melhorar nas áreas em que são fracas. Para ser capaz de analisar com justiça, você deve determinar previamente alguns objetivos e ter contato pessoal direto com os funcionários e com o trabalho que quer avaliar; de outra forma não terá nada em que basear o seu julgamento" K ROW⁽⁴⁾.

PRZYBYLSKI⁽³⁾ afirma que "a avaliação, através da realimentação, resulta no aprimoramento constante do processo em desenvolvimento. O uso inteligente, metódico e construtivo dos resultados da avaliação, e contando com a participação efetiva de todos elementos envolvidos no processo, certamente conduzirá às ações para o aprimoramento geral da situação de ensino e de aprendizagem".

Com base no que foi planejado, poder-se-á, no presente trabalho, relatar e avaliar tudo o que foi executado no período de estágio, ressaltando os objetivos alcançados ou não e a experiência obtida com o trabalho.

II - RESULTADOS

A - AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

1 - OBJETIVO GERAL

Prestar Assistência Integral à Saúde da Mulher, de acordo com as bases de ação Programáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Nosso projeto foi todo baseado nas bases de ação programáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

A aceitação do nosso trabalho por parte da Prefeitura Municipal de Lages foi muito boa, sendo que esta propôs fazer um convênio com a UFSC. Eles nunca tinham tido a oportunidade de ver Enfermeiras atuando, diretamente junto à clientela no campo de trabalho.

As comunidades no início desconheciam nosso trabalho e estranhavam ver Enfermeiras trabalhando nas U.S. No final do projeto éramos procuradas constantemente para consultarmos ou esclarecermos algumas dúvidas.

2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.1 - Objetivos Assistenciais de Pré-Natal e Aleitamento Materno

. Prestar assistência de enfermagem à todas as gestantes desde o seu primeiro contato com a equipe, através da realização de consultas de enfermagem.

Este objetivo foi alcançado, pois o total de consultas de enfermagem de pré-natal deveria ter sido 90 atendimentos e atingimos o número de 147 consultas de enfermagem, no término do estágio. Notamos que a maioria das gestantes procuravam as U.S. a partir do 3º mês gestacional.

. Realizar visita domiciliar à demanda reprimida de gestantes.

Realizamos somente 5 visitas domiciliares; com isso observamos que existe uma grande procura por parte das gestantes para o atendimento de pré-natal, oferecido nas U.S. onde desenvolvemos o nosso Projeto.

. Dar atenção especial aos distúrbios gravídicos através de orientações no decorrer do atendimento.

Em todas as consultas de enfermagem de pré-natal oferecemos orientações sobre os distúrbios gravídicos apresentados pelas gestantes. Observamos que os distúrbios mais freqüentes foram: Lombalgia, Pirose, dor abdominal, Cefaléia e Vertigem.

. Preservar um ambiente adequado ao inter - relacionamento entre a equipe de saúde e a gestante.

Desenvolvemos o atendimento de Pré-Natal paralelamente com os médicos das U.S., onde trabalhamos. O nosso relacionamento com os funcionários das U.S. foi ótimo, e estes nos encaminhavam as clientes.

Para tornar um ambiente mais interessante para as gestantes colocamos cartazes ilustrativos, onde estes reforçavam as nossas orientações, sobre aleitamento materno e contato mãe e filho. O cartazes melhoram o aspecto das U.S., dando um outro visual.

. Estimular o aleitamento materno apresentando os benefícios materno - infantil.

Incentivamos e estimulamos o aleitamento materno em todas as consultas de Pré-natal, através de orientações, demonstrações de técnica, cartazes e folhetos educativos. Observamos que as gestantes desconheciam a importância do aleitamento materno, ficando admiradas com as orientações recebidas.

2.2 - Objetivos de Ensino do Pré-Natal e Aleitamento Materno

. Orientar quanto a dieta nutricional no período da gestação.

Em todas as consultas de Pré-natal foi prestado orient

tações sobre a dieta nutricional no período gravídico. Observamos que todas as gestantes que atendemos aparentavam estar bem alimentadas.

. Orientar às gestantes quanto aos cuidados com as mamas, afim de prepará-las para amamentação.

Orientamos todas as gestantes atendidas; salientamos os exercícios para a projeção do mamilo e hidratação da pele, por causa do clima frio.

. Orientar às gestantes preparando-as para os cuidados com o recém-nascido.

Este objetivo foi parcialmente alcançado, pois não trabalhamos como havíamos proposto no Projeto. Achamos mais válido orientar sobre este assunto, as gestantes no 3º trimestre de gestação.

. Explicar às gestantes sobre as modificações corporais existentes no período gravídico.

Nas consultas de pré-natal explicamos às gestantes as modificações corporais existentes no período gravídico. Salientamos que é uma mudança no estado físico e psicológico, onde esta se sente às vezes forte ora fraca e com medo. Entregamos para as gestantes o folheto educativo do Ministério da Saúde com o título: A gravidez não acontece só na barriga da gente. (APÊNDICE 1). Muitas delas não entendiam porque estavam diferentes, com estas explicações começaram a compreender suas mudanças.

. Orientar às gestantes quanto ao aparecimento dos distúrbios gravídicos, fornecendo condições de ação para cessá-los.

Através da Entrevista detectávamos os distúrbios gravídicos e aproveitávamos para orientarmos, no sentido de diminuí-los ou cessá-los. Notamos uma falta de conhecimento por parte das gestantes de que estes distúrbios eram normais no período gravídico; sendo assim explicamos e orientamos para estas ficarem calmas pois não havia nenhuma anormalidade.

. Ensinar a técnica correta da amamentação.

O objetivo foi parcialmente alcançado, pois ensinamos a técnica da amamentação só a partir do 7º mês, evitando assim uma sobrecarga de informações.

. Explicar as vantagens do leite materno para a mãe e à criança.

Explicamos as vantagens do aleitamento materno, salientando o valor nutritivo e psicológico para a criança. As primíperas admiram-se com a importância do aleitamento materno, agradecendo muito as orientações fornecidas, saindo satisfeitas e contentes das consultas de Pré-natal.

. Orientar à clientela sobre as condutas que devem ser tomadas quanto ao surgimento de físsuras, engurgitamento mamário e mastite.

Neste objetivo não trabalhamos como havíamos proposto no Projeto; orientamos apenas as gestantes com história de físsuras, engurgitamento mamário e mastite; e com as gestantes a partir do 3º trimestre.

2.3 - Objetivos Assistenciais do Preventivo de Câncer Cérvico Uterino e Mamário

. Detectar precocemente o câncer cérvico uterino através da realização do exame colpocitológico.

O total de exames colpocitológicos propostos no projeto foi de 120 atendimentos e realizamos um total de 220 exames colpocitológico no término do estágio. Para despertarmos na comunidade a importância do exame fizemos algumas palestras, onde salientávamos quem deveria fazer o preventivo de CA de colo uterino, frisamos que todas as mulheres com vida sexual deveriam realizar o exame, independente da idade.

. Realizar visita domiciliar à clientes com resultado de Papanicolaou III.

Este objetivo foi considerado alcançado pois realizamos visitas domiciliares, obedecendo ao roteiro previamente estabelecido no projeto, à clientela com Papanicolaou III; IV e V, atingindo o total de 7 visitas domiciliares, sendo 5 III, 1 IV e 1 V.

. Detectar precocemente alterações que possam surgir nas mamas, fazendo o exame clínico de mamas.

Foi realizado exame clínico de mamas onde fazíamos inspeção, palpação e expressão em todas as clientes atendidas; fazendo um total de 220 atendimentos. Observamos que 99% das pacientes atendidas nunca tiveram suas mamas examinadas.

2.4 - Objetivos de Ensino do Preventivo de Câncer Cérvico Uterino e Mamário

. Orientar à clientela quanto aos cuidados preventivos do Câncer de colo uterino.

Fornecemos orientações a respeito da prevenção do câncer de colo uterino à todas as clientes, entregando folheto educativo com os sinais de alerta. Frisamos a importância de detecção precoce para cura e tratamento. Encontra-se em apêndice (APÊNDICE 2).

. Orientar e explicar à clientela os procedimentos para a realização do auto-exame de mamas.

No exame clínico de mamas nós explicávamos e demonstrávamos como fazer e porque o auto-exame das mamas. Salientando esta explicação, entregávamos folhetos demonstrativos, este consta em Apêndice (APÊNDICE 3). Notamos que 99% das mulheres nunca tinham feito e nem sabiam que deviam realizar o auto-exame das mamas.

2.5 - Objetivos Assistenciais do Planejamento Familiar

. Realizar consultas de enfermagem de planejamento familiar.

O total de consultas de planejamento familiar proposto no projeto foi de 30 atendimentos e realizamos um total de

explicar mais ou menos três vez cada muitos dos métodos elas nunca tinha ouvido falar sendo que era despertado sua curiosidade, porém tinham dificuldade para compreendê-los.

. Orientar à clientela, quanto ao uso do contraceptivo escolhido pelo casal.

Orientamos à clientela quanto ao uso do método escolhido, sempre demonstrando e fazendo-a repetir como deveria usá-lo. Em alguns casos tivemos de fazermos esquemas e tabelas para as mesmas; frizamos a importância do uso correto e das conseqüências do uso inadequado.

Obs.: Em todas as consultas de Planejamento Familiar, foi trabalhado apenas com a mulher, pois nunca aparecia o casal para a consulta, mesmo tendo sido estimulado este procedimento. Entregávamos folheto sobre sexualidade feminina (APÊNDICE 4).

2.7 - Objetivo Assistencial das Doenças Sexualmente Transmissíveis

. Detectar precocemente as doenças sexualmente transmissíveis, através de consulta de enfermagem ginecológica.

Não consideramos este objetivo alcançado, em termos de números de consulta, porque não existiu demanda suficiente. Por este motivo trabalhamos este objetivo junto com o atendimento

68 consultas de Planejamento Familiar.

As comunidades não conheciam o que era Planejamento Familiar. Por este motivo, muitas vezes realizamos as consultas do mesmo junto com as de Pré-natal e Preventivo de C.A. de colo uterino e mama.

. Apresentar os métodos anticoncepcionais à cliente para facilitar sua escolha.

Apresentamos os métodos contraceptivos às clientes atentas, através de folhetos e o próprio material de amostra. Sendo que a maioria delas conheciam somente o anticoncepcional oral e a laqueadura. As pacientes que faziam uso do anticoncepcional oral estavam utilizando-o incorretamente, por falta de conhecimento da maneira de usar os mesmos.

. Analisar a adequação da opção feita pela mulher em relação as condições clínicas e limitações de cada paciente ponderando os riscos e benefícios.

Analisamos a adequação da opção feita pela mulher, levando em conta suas condições clínicas e financeiras. A maioria absoluta optou pelo anticoncepcional oral; devido a não colaboração do parceiro; e por se sentir mais segura.

2.6 - Objetivos de Ensino do Planejamento Familiar

. Orientar a clientela quanto os tipos e uso dos métodos contraceptivos.

Fornecemos orientações quanto ao uso dos métodos contraceptivos, sendo muito cansativo pois tínhamos que

mento de Preventivo de Câncer Cérvico Uterino e Mamas. Supomos desta maneira que a clientela portadora de doenças sexualmente transmissíveis procura outros recursos.

2.8 - Objetivos de Ensino das Doenças Sexualmente Transmissíveis

. Informar à clientela sobre as doenças sexualmente transmissíveis, e riscos que estas causam à saúde.

Trabalhamos este junto com a clientela do Preventivo de CA de colo uterino e mama, falando das mesmas e os riscos que elas causam à saúde. Muitas ficaram admiradas pois pensavam que as DST não traziam tantas conseqüências.

. Explicar à clientela o modo de transmissão das DST e os procedimentos para evitá-las.

Explicamos à cliente sobre o modo de transmissão e como evitá-las, porém achamos esta orientação utópica, devido ao número elevado de parceiros e a recusa do uso de preservativo.

Deveria haver um trabalho educativo sobre as DST com as comunidades para conseguirmos realizar nossas consultas de uma forma mais produtiva para diminuição e prevenção das DST - Por o nosso tempo ser curto , não houve condições de realizarmos este trabalho com as comunidades.

2.9 - Objetivo Assistencial do Climatério

. Prestar assistência psicológica através de orientações.

Este objetivo foi parcialmente alcançado, pois deveríamos atingir um total de 60 atendimentos e realizamos apenas 33 atendimentos. Não foi possível alcançar o resultado esperado, pois não houve demanda, apesar de nossos esforços de divulgações nas comunidades.

2.10 - Objetivo de Ensino do Climatério

. Explicar às clientes as modificações orgânicas, ocorridas durante o processo climatérico.

A clientela atendida foi orientada quanto as modificações orgânicas. Nos detínhamos principalmente às modificações que estas apresentavam. Muitas vezes ouvíamos suas histórias e explicávamos que a maioria dos sintomas que sentiam eram normal do período climatérico.

Obs.: Em função deste tipo de atendimento não ser realizado por enfermeiras nas US; e as comunidades desconhecê-lo dificultou nosso trabalho devido a pequena demanda.

2.11 - Objetivo de Ensino junto aos Funcionários

. Realizar no mínimo, 6 palestras educativas para os funcionários das Unidades Sanitárias, onde iremos desenvolver o projeto.

Este objetivo foi alcançado, pois de acordo com as necessidades assistenciais, realizamos 14 palestras educativas aos funcionários das U.S. onde desenvolvemos o nosso projeto.

Os assuntos destas palestras educativas foram: Auto-exame de mamas, Planejamento Familiar, assepsia, esterilização, higiene corporal, imunização, pediculose, preventivo de CA de colo uterino e mama e a importância do Pré-natal. Alguns destes assuntos foram repetidos, pois trabalhávamos com três U.S.

2.12 - Objetivos Administrativos

Realizamos todos os objetivos propostos no projeto, porém achamos importante comentarmos sobre alguns.

Quando escolhemos o local de estágio, enviamos uma carta ao Prefeito do Município de Lages, solicitando ajuda de custo. Nosso pedido foi aceito, recebendo assim um piso nacional de salário. Esta encontra-se em anexo (ANEXO 2).

Montamos um cronograma de reuniões com nossa orientadora, sendo que duas destas foram realizadas em Lages. Isto aconteceu devido a necessidade do orientador conhecer a realidade do campo de estágio e observar o desempenho das alunas nos mesmos, e 5 destas foram realizadas em Florianópolis.

Foi realizado uma confraternização de encerramento no dia 8 de junho de 1988 às 17:30 hs, onde contamos com a presença da equipe de saúde das U.S. com as quais trabalhamos, do Secretário de Saúde, das Enfermeiras da Prefeitura, e da Pedagoga do IV CARS. Esta confraternização ao nosso modo de ver foi um sucesso; onde as pessoas nos gratificaram com sua presença e incentivo.

Mantemos diversos contatos para solicitação de material, impressos e equipamentos; estes foram realizados com o IV CARS e a administração da Secretaria de Saúde.

Propuzemos algumas modificações de rotinas de acordo com as necessidades das U.S.

Elaboramos roteiros para consulta de pré-natal e planejamento familiar. Estes encontram-se em apêndice no projeto.

Foi estabelecido contato com os Presidentes das Associações de Moradores de bairro, para divulgação do projeto e para conhecermos o trabalho realizado pelas mesmas. Sendo que neste contato fomos convidadas para darmos uma palestra no bairro Guarujá. Também nos inteiramos das ações das comissões de saúde dos bairros onde trabalhamos.

Não houve condições de montarmos um cronograma de reuniões com a equipa de saúde, porque as pessoas possuíam com promissos e horários diversificados, impossibilitando a realização das reuniões.

Não foi necessário propor a equipe de saúde, para dar continuidade ao projeto, pois eles sentiram a necessidade de dar continuidade ao nosso trabalho devido a boa aceitação deste nas U.S., onde desenvolvemos o estágio e ampliar para as demais.

B - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS QUE NÃO HAVIAM SIDO PLANEJADAS

1 - Palestra sobre higiene e preventivo de C.A. de colo uterino e mama. Esta foi realizada na Associação de Moradores do Bairro Guarujá. O conteúdo teórico desta palestra consta em anexo (ANEXO 3).

2 - Palestra para um grupo de Senhoras do Bairro Gethal, sobre o preventivo, pediculose e escabiose. Estes assuntos foram escolhidos pelas próprias Senhoras, pois não possuíam informações sobre os mesmos. Elas gostaram tanto, que propuzeram que fosse dado a mesma para todas as pessoas do bairro.

3 - Palestra sobre preventivo de CA de colo uterino e mamário. Esta foi realizada na Associação de Moradores do Bairro Habitação. O convite para realizar a mesma partiu da

Prefeitura de Lages. Para realização desta palestra foi aproveitado o dia da entrega do leite, tendo assim um grande número de participantes.

4 - Divulgação do Projeto na Rádio Princesa de Lages. Fomos até a rádio, onde pedimos para o locutor Maurício fazer a divulgação do mesmo no seu programa. Pois este programa tem uma boa audiência no Município de Lages.

5 - Confecção de cartazes educativos para as U.S.

6 - Orientamos e supervisionamos 25 estagiárias do técnico de enfermagem por 4 semanas, nas U.S. onde nos encontramos. Cada grupo permanecia uma semana, sendo que ensinávamos as técnicas básicas desenvolvidas numa U.S.

7 - Confeccionamos uma ficha de avaliação do atendimento das U.S., estas eram preenchidas pelas comunidades. As pessoas mesmo utilizando os programas, não sabiam o seu nome ou melhor não sabiam o que este significava. Criamos esta ficha para podermos avaliar o que a comunidade pensava e queria do atendimento das U.S. esta encontra-se em anexo (ANEXO 4,5,6).

8 - Realização dos mapas mensais do atendimento do preventivo do C.A. ginecológico, nas U.S. onde trabalhamos e envio do mesmo para o IV CARS.

9 - Visita domiciliar à pessoas com problemas de saúde na comunidade, por solicitação de elementos da comissão de saúde.

10 - Realizamos uma listagem das mulheres que não retornaram à U.S., para buscar o resultado do seu exame de preventivo. Foi feita divulgação da mesma através de rádio, de cartazes, nas U.S., e entregues 1 cópia ao Presidente da Comissão de Saúde.

11 - Participação na Companhia Nacional de Vacinação de Poliomelite, neste dia foi aproveitado para aplicação de vacinas nas U.S., desta forma tentando colocar em dia as doses de vacinação atrasadas.

12 - Palestra desenvolvida com o grupo de Senhoras do Bairro Guarujá, sobre o preventivo de C.A. de colo de útero e mamas. Para dar esta palestra aproveitou-se o horário do curso de trigo, contando-se com a presença de 70 Senhoras.

13 - Participamos das reuniões do Núcleo Regional de Enfermagem, para a organização da XVI Jornada Catarinense de Enfermagem, nos dando oportunidade de manter um maior contato com as enfermeiras do Município de Lages.

14 - Montamos um quadro de atendimento, para melhor visualização e atendimento da procura dos serviços que prestávamos nas U.S.

C - GRÁFICOS E QUADROS DEMONSTRATIVOS

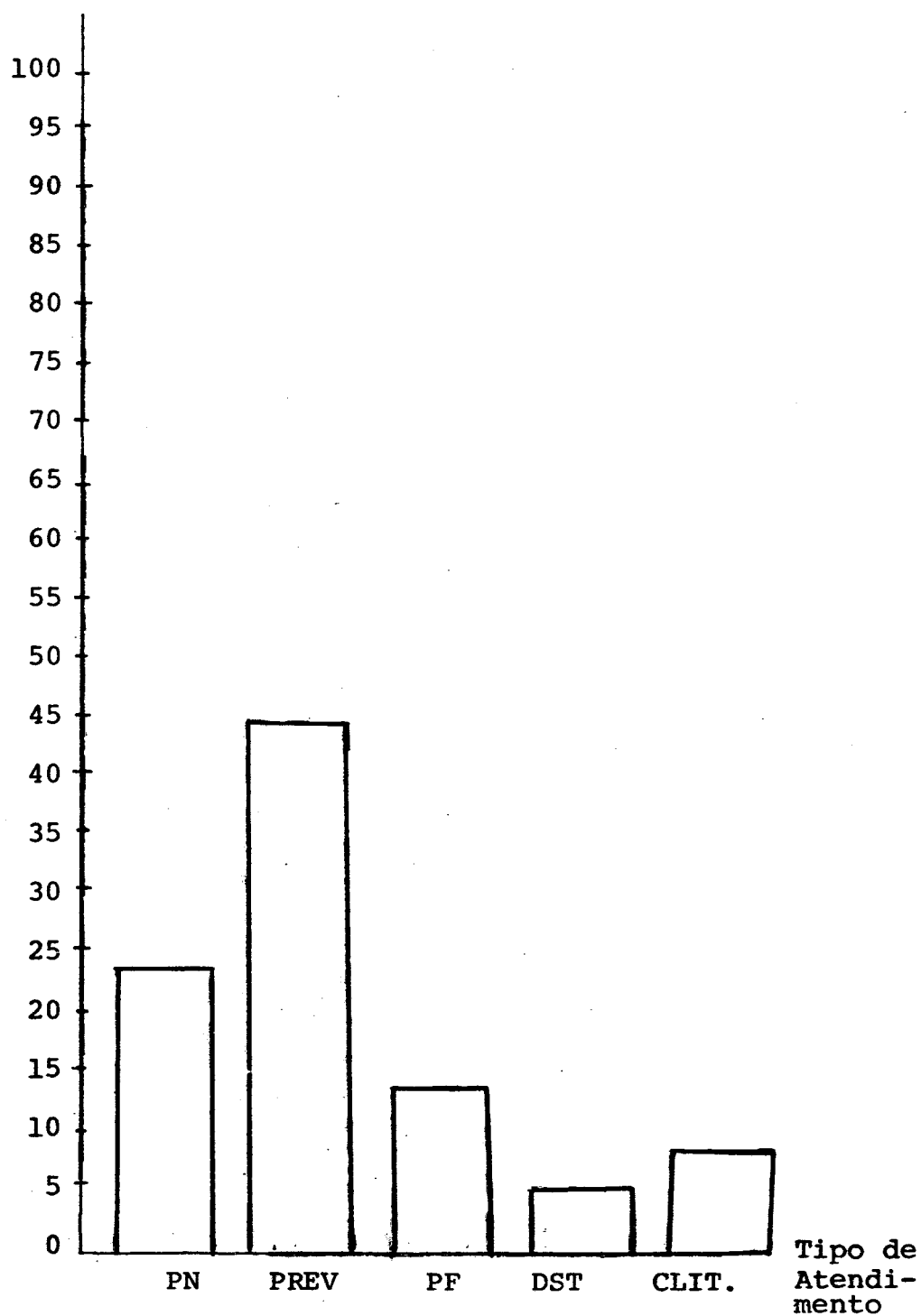
Quadro 1 - Atendimento nas U.S. Gethal, Guarujá, Penha, segundo o tipo, Lages, 1988.

U.S. / Atendimento	Gethal	Guarujá	Penha	Total
Pré-Natal	30	59	56	145
Preventivo	32	61	127	220
Planejamento Familiar	29	18	21	68
DST	15	02	04	21
Climatéria	12	11	10	33
Total				487

Para os dados apresentados observamos que o maior nº de atendimento refere-se ao Preventivo, CA colo uterino. Pode-se constatar também que nas DST e no Climatério foi o que incidiu menor número.

Gráfico 1 - Percentual de atendimento, segundo tipo, de todas as U.S. onde foram realizados os estágios - Lages - 1988.

Porcentagem



Legenda:

PN = Pré-Natal
Prev. = Preventivo
P.F. = Planejamento Familiar
DST = Doença Sexualmente Transmissível
Clit. = Climatério

Os percentuais apresentados nos mostra que houve maior número de atendimento no preventivo CA de colo uterino. Pode-se observar que o menor número incidiu nas DST.

Os cálculos referentes à percentagem estimulada en contra-se em anexo (ANEXO 7). Da mesma forma, foram coloca dos em anexo (ANEXO 8, ANEXO 9 e ANEXO 10) os gráficos e cál culos referentes ao desempenho por tipo de atendimento nas U.S. Gethal, Guarujá e Penha.

III - CONCLUSÃO

Ao finalizarmos o trabalho proposto, nosso nível de ansiedade encontra-se no limite de sua capacidade, à medida em que se quer sucesso quanto a realização dos objetivos. É válido registrar ainda que o grau de realização pessoal deve estar afetado positivo ou negativamente.

É necessário frizar que aliado à satisfação, existe um grau de frustração, por não podermos ver os resultados próximos ao momento de ação e sim somente a longo prazo, como ocorre na saúde pública. Temos consciência desta fato, desde o início do estágio mas ao término do mesmo não podemos deixar de nos sentir um pouco insatisfeitas.

A experiência possibilitada por esta Unidade Curricular, vai nos acompanhar por toda a vida profissional futura, pela sua riqueza e simplicidade.

O fato de estarmos sozinhas, longe da proteção da Universidade e do professor, num ambiente estranho e novo, dependendo do nosso próprio esforço, tornaram a experiência mais rica ainda.

Por desenvolver um trabalho escolhido e elaborado pelo próprio aluno, leva-o a trabalhar com novo empenho, porque estava alcançando uma meta a qual tinha se proposto não apenas para obter um bom conceito.

*Muito importante, também, é a independência que o aluno adquire, não tendo ao seu lado constantemente o seu professor, criando nele, assim, uma maior consciência profissional, fazendo-o senti ao menos numa pequena medida, o que será quando ele mesmo tiver que responder pelos seus próprios atos.

A proposta de "Assistência Integral à Saúde da Mulher, no Município de Lages, nos trouxe uma nova realidade, pois as mulheres da região possuíam hábitos e costumes diferentes do que costumávamos ver.

Por o projeto ser a implantação de um programa, nos sa batalha foi árdua no sentido de valorizar o papel do enfermeiro e a importância de uma Assistência Integral à Mulher.

Por Lages ser um lugar onde o homem ainda é considerado o ser superior, e a mulher uma simples reprodutora, sentimos dificuldades em valorizar a mulher. Pois estas não pensavam em si mas sim na satisfação de seus parceiros.

Sendo estes motivos que dificultaram o nosso trabalho no Planejamento Familiar e na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Em relação as situações em que a mulher deveria ter maior companherismo, como por exemplo no Pré-natal, e planejamento familiar ela tende a tomar decisões sozinha, quando muitas vezes para realizar estas decisões ela precisa da colaboração do seu parceiro ou companheiro.

Concluimos que o nosso trabalho foi aceito pelas comunidades, equipe de saúde e a Instituição. Estes admiravam o nosso serviço, pois nunca tinham visto a enfermeira dando

assistência direta à comunidade. O nosso projeto sendo a implantação da Assistência Integral à Saúde da Mulher, teve uma boa aceitação. Tornando assim difícil nossa despedida, pois sentimos a necessidade de continuarmos a desenvolver este programa tanto para satisfação pessoal, quanto para satisfazer a necessidade da comunidade.

O nosso projeto despertou tamanho interesse no Município de Lages, que fomos convidadas a apresentá-lo junto com os resultados na XVI Jornada Catarinense de Enfermagem.

Para finalizar gostaríamos de falar que em âmbito pessoal, o nosso nível de realização foi dos melhores possíveis.

Encontramos nas U.S. um ambiente amigo e acolhedor, que propiciou fazer boas e profundas amizades, além do bom referencial de conhecimentos adquiridos.

IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a execução do nosso projeto achamos que contri
buimos prestando assistência direta à comunidade; possibili
tando desta forma uma integração maior entre comunidade e
U.S., mostrando assim na realidade o papel da Enfermeira den
tro da saúde pública.

Em relação ao ensino procuramos transmitir novos co
nhecimentos para melhorar a qualidade de assistência e esti
mular a criatividade do pessoal da enfermagem para realizar al
gumas modificações necessárias nas U.S.

Proporcionamos uma maior interação da equipe de saú
de das U.S. para minorar os problemas das comunidades.

Mostramos na parte administrativa a importância de
se planejar, para facilitar a execução dos objetivos. Desta
forma facilita uma avaliação mais realista dos objetivos.

V - RECOMENDAÇÕES

. Considerando:

. A dificuldade que tivemos em nosso trabalho em relação ao D.S.T. por falta de conhecimento da população no que diz respeito a transmissão e riscos que estas causam a saúde.

. Recomendamos:

Aos responsáveis pela comunidade que seja realizado um programa de educação sobre D.S.T. para diminuição do índice e prevenção da mesma.

. Considerando:

Que houve uma boa aceitação do nosso trabalho . por parte das comunidades e Equipe de Saúde das U.S.

. Recomendamos:

Para haver continuidade do programa de "Assistência Integral à Saúde da Mulher".

. Considerando:

. Que o número de Enfermeiros é insuficiente e o mesmo não presta assistência direta à clientela.

. Recomendamos:

A contratação de Enfermeiros para melhorar a qualidade de assistência nas U.S.

. Considerando:

Que o conhecimento da realidade de outros Municípios favorece um maior enriquecimento pessoal e profissional.

. Recomendamos:

. Ao Departamento de Enfermagem da UFSC que proporcione abertura de novos campos para realização dos estágios do VIII U.C. fora do Município de Florianópolis.

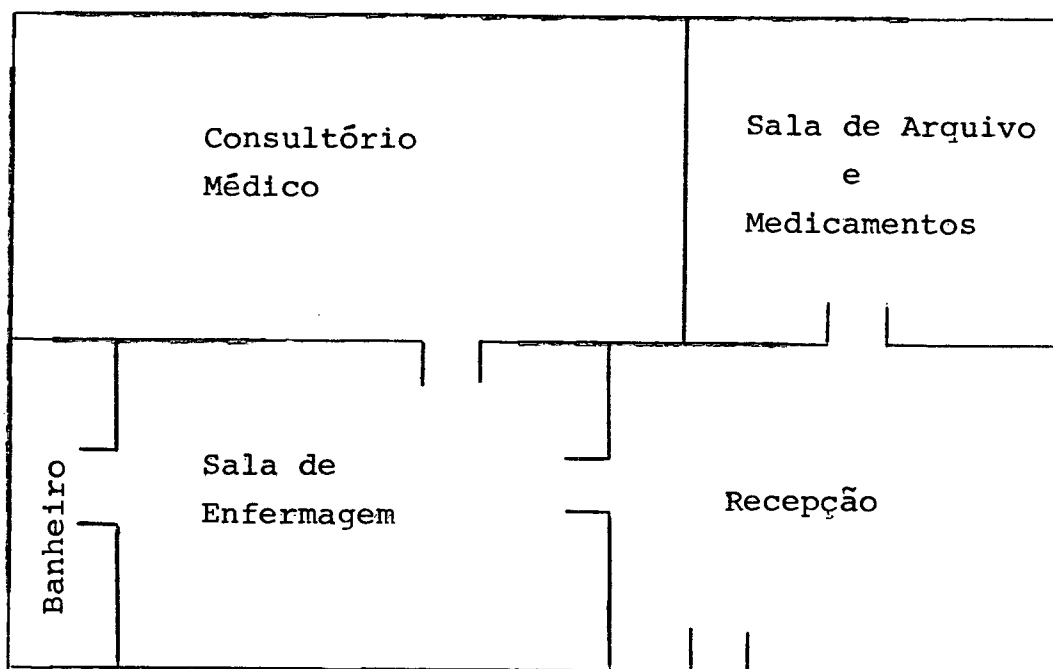
VI - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1 - KWASNICKA, E.L. Introdução à Administração, 3^a ed., São Paulo, Atlas, 1985. p. 125 - 167.
- 2 - ARISTON, E & PORTO, T.M. Manual de Supervisão Educacional para o Ensino Superior, Porto Alegre, Sagra, 1979. 163 p.
- 3 - PRZYBYLSKI, E. O Superior Escolar em Ação. Porto Alegre, Sagra, 1982. 180 p.
- 4 - KROW, T. Manual de Enfermagem. 4^a ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1978. 251 p.

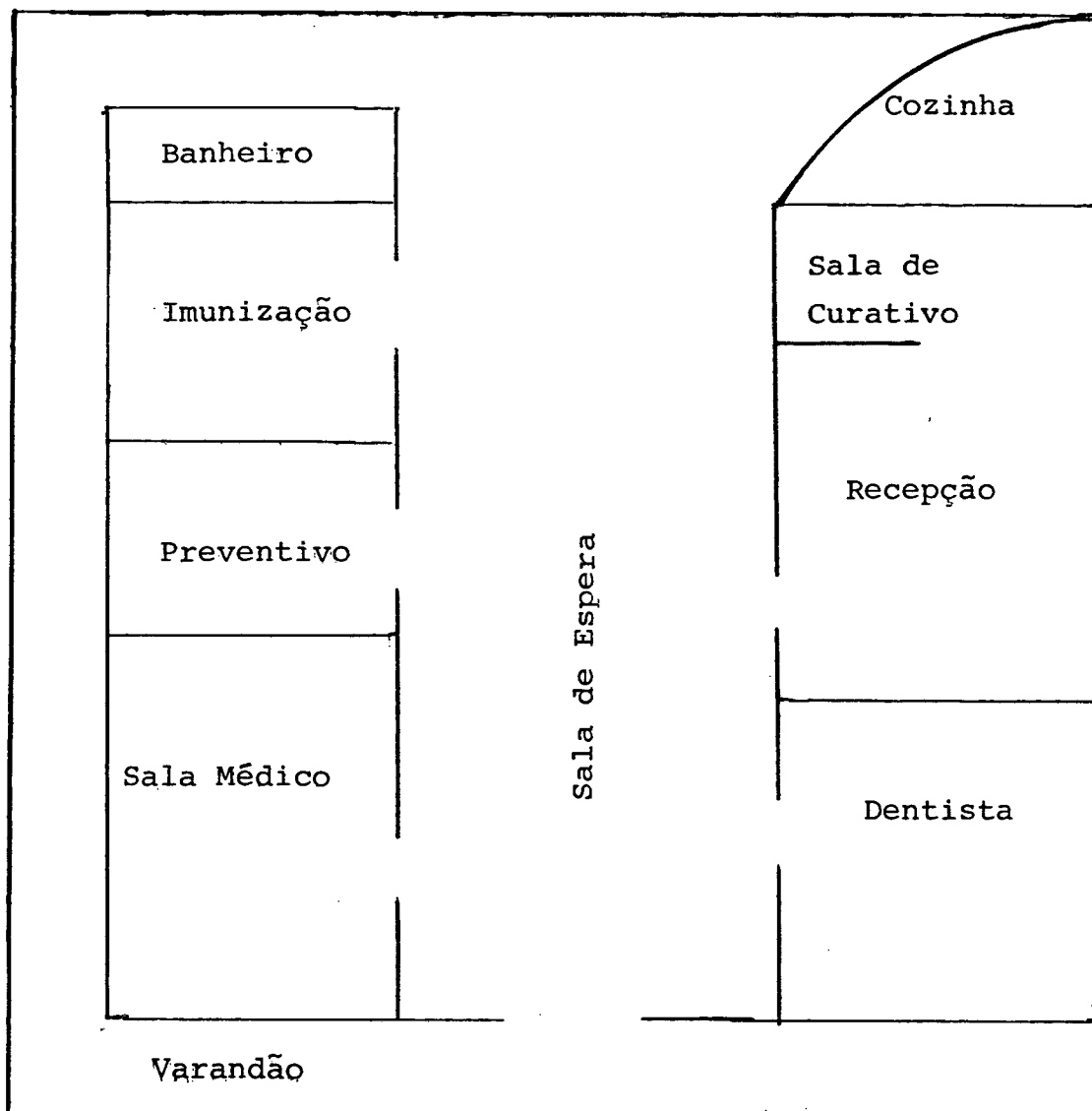
A N E X O 1

PLANTA BAIXA DAS U.S. PENHA, GETHAL E GUARUJÁ

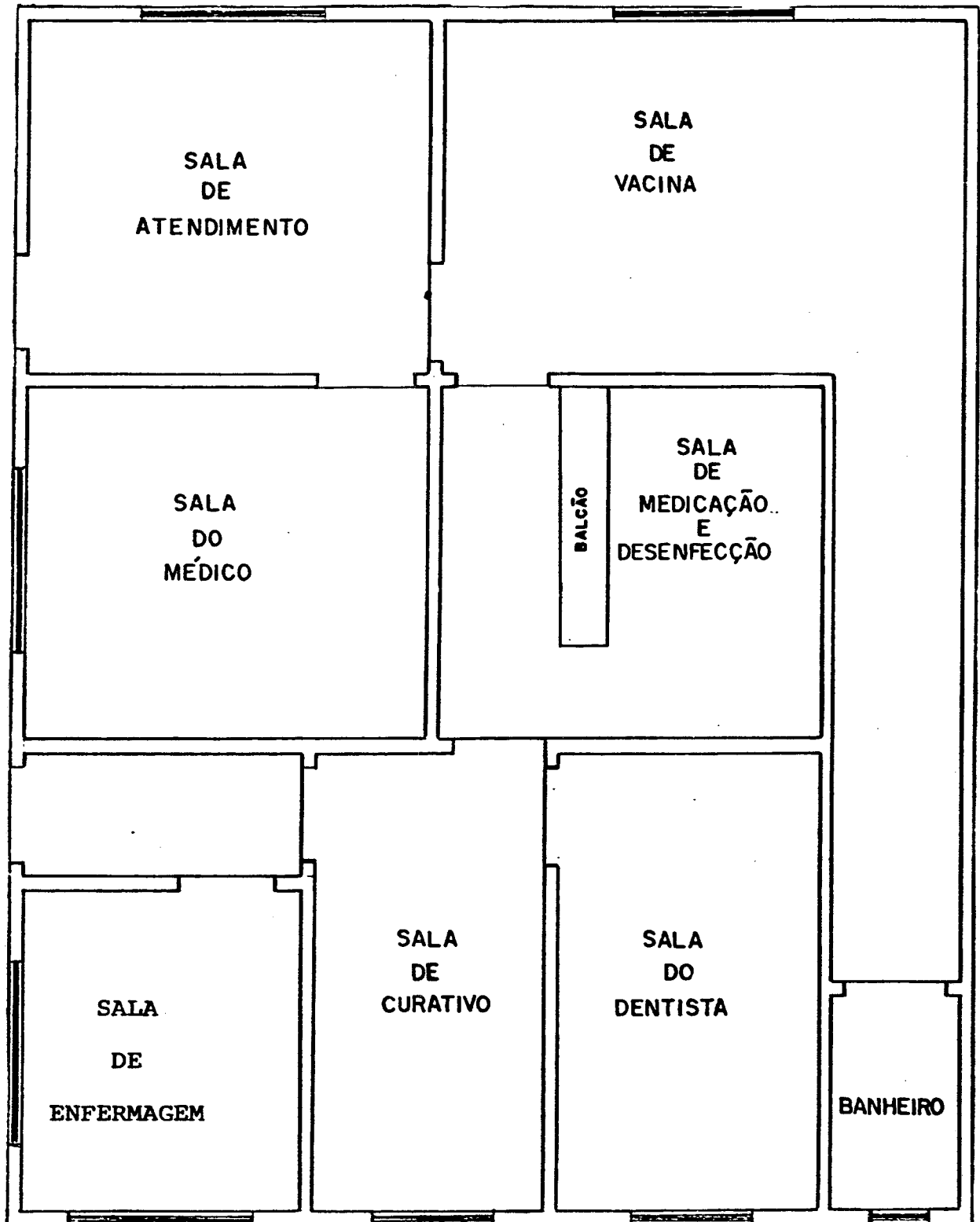
U.S. PENHA



U.S. GETHAL



U.S. GUARUJÁ



ANEXO 2

Ao Exmo. Sr.

PAULO DUARTE

DD. Prefeito Municipal de Lages

As Alunas ELAINE PAIM SOARES - 8515280-1,
ELISA CHEREM DE ABREU - 8615210-6,
e ROSE MERY WESTRUPP - 8425236-7, da Oita
va Unidade Curricular da Universidade Federal de Santa Catarin
a, vêm, pelo presente, formalizar a proposta de estágio curr
ricular de Conclusão de Curso de Enfermagem, nos Postos de
Saúde dessa Prefeitura, desenvolvendo "Projeto de Assistência
Integral à Saúde da Mulher", com duração de 55 dias úteis, inici
ciando-se em março do corrente ano.

E, ao mesmo tempo, requerer ajuda de custo para as
despesas de alimentação e hospedagem em Lages, e de transport
te semanal, em coletivo, Lages/Florianópolis.

Esperando seu despacho positivo, apresentam suas
saudações e

Pedem Deferimento.

Florianópolis, 01 de janeiro de 1988

ELISA CHEREM DE ABREL - 8615210-6
por si e pelas demais colegas

ANEXO 3

CONTEÚDO DA PALESTRA

Higiene = A Limpeza

É de grande importância na prevenção de muitas infecções, como as do intestino, pele, olhos, pulmões e do corpo inteiro.

Os micróbios e vermes são transmitidos em grande qtidade através das fezes, de pessoas infectadas, os micróbios e os ovos de vermes são levados das fezes de uma pessoa p/ a boca de outra pessoa, através de mão suja, ou alimento, ou água contaminadas.

Ex. uma criança que tem vermes e se esquece de lavar as mãos, depois de ter evacuado oferece ao seu amigo um biscoito. Seus dedos ainda sujos estão cheios de minúsculos ovos de vermes; algum destes ficam grudados no biscoito, quando o seu amigo come o biscoito ele engoli também os ovos dos vermes.

Higiene Pessoal

- 1 - Sempre lave as mãos com sabonete quando você levantar de manhã, após ter evacuado, e antes de comer, to

me banhos todos os dias.

- 2 - Banhos freqüentes ajudam a prevenir doenças da pele, coceras, caspas, espinhas e erupções. Pessoas doentes, mesmo os nenês devem tomar banho todos os dias.
- 3 - Não deve-se andar descalço.
- 4 - Escove os dentes todos os dias, após cada refeição. Se você não tem pasta e escova de dente, esfregue os dentes com sal e bicarbonato de sódio.

Higiene da Casa

- 1 - Não deixe porcos e animais entrarem na casa ou lugares onde as crianças brincam.
- 2 - Se criança ou animais evacua perto da casa, limpe imediatamente.
- 3 - Coloque os lenções e cobertores no sol. Se houver sarna despeche água fervendo nas camas e lave os lenções e cobertores no mesmo dia.
- 4 - Tire os piolhos de toda a família. Piolhos e pulga transmitem muitas doenças.
- 5 - Não cuspa, nem escarre no chão, pois estes transmitem doença.
Quando você tossir ou espirrar cubra a boca c/ mão ,

lenço ou pano, depois lave a mão.

- 6 - Limpe a casa sempre. Lave as paredes e o chão. Tape os buracos da casa.

Higiene de Comer e Beber

- 1 - O melhor é ferver toda água de beber, isto é muito importante p/ as crianças e principalmente quando o muitos casos de diarréia, hepatite e cólera na região.
- 2 - Não deixe mosca e baratas pousarem e andar sobre os alimentos. Estes insetos carregam micróbios e transmitem doença.
Proteja os alimentos, mantendo-os cobertos.
- 3 - Antes de comer uma fruta lave-a bem. Não deixe as crianças comerem qualquer alimento que tenha caído antes de lavá-lo.
- 4 - Coma carne bem cozida ou assada. Cuidado com a carne mau passada de porco, pois poderá transmitir vermes perigosos. (solitária).
- 5 - Não coma alimento velho ou que cheira mau. Não coma alimento enlatado quando a lata estiver estufada ou quando eguitar líquido quando abrir a lata.

- como cortar as unhas.
- usar roupas limpas.
- pentear os cabelos.

HIGIENE DE COMER E BEBER

- Ferver toda água de beber, a água que vem da rua, não é tratada e é contaminada, e transmite doença. Isto é muito importante p/ as crianças, dê água fervida p/ sua criação, isto ajuda a evitar diarreias que é muito comum nos casos de água não fervida ou filtrada.
- Não deixe as moscas, baratas pousarem e andar sobre os alimentos (as moscas e baratas são insetos que anda por todos os cantos, no chão, no lixo, e carregam micróbios e transmitem doenças proteja os alimento mantendo-os coberto.
- Antes de comer lave, frutas, verduras, adubar exterco porque possuem agrotóxicos e fazem mal a sua por possuírem toxinas.
- Coma carne bem cozida ou bem assada, porque a carne mal cozida transmite vermes, principalmente a carne de pocor (solitária).

- Não coma alimentos velhos que estejam guardados a muito tempo, embolocadas ou que cheiram mau, porque são tóxicos e causam doenças.
- Não coma alimentos enlatados com a lata estufada porque é sinal que o conteúdo da lata está estragado, e ao comê-lo pode causar intoxicação alimentar.

HIGIENE DA CASA

- Não deixe porcos e animais entrarem na casa ou lugares onde as crianças brincam. (porque os animais são sujos, andam na terra e vacuum dentro de casa, a criança brinca no local onde os animais andaram, levam as mãos na boca. Quando isto acontecer tirar os animais de dentro da casa e lavar o local imediatamente.
- Coloque os lenções e cobertores no sol 1 vez por semana, (durante a noite as pessoas trasnpiram e as secreções do corpo são tóxicos). Quando houver uma pessoa da casa com sarna; lave os lenções e cobertores todos no mesmo dia e coloque no sol e passe-os a ferro antes de usar. O sol ajuda a matar o bicho da sarna. Despeche água fervendo na cama p/ acabar com a sarna.

- Tire os piolhos de toda a família, (lave a cabeça com vinagre e água (3 colheres de sopa num litro de água, depois passe p pentefino p/ tirar o piolho e as lendias. Pentear os cabelos sobre um lençol branco ou um pano branco.

- Não cuspa, nem escarre no chão; as secreções eliminadas pelo corpo são contaminadas e transmitem doenças p/ outras pessoas. Quando você tossir ou espirrar , cubra a boca com a mão, lenço ou pano, e depois lave as mãos, protegendo as pessoas que estão ao seu lado, de receber gotículas que transmitem doença.

- Limpe a casa sempre, lave as paredes e o chão, usando água, sabão, detergente, guiboa, o que tiver em casa; as sujeiras acumuladas pela casa e pó, poeira, causam doença e a casa estando limpa é uma forma de prevenir doença; tornando um ambiente agradável de morar.

ANEXO 3

PREVENTIVO DE CÂNCER

O exame preventivo é feito para prevenir o aparecimento do câncer, pois o médico pode descobrir alterações bem pequenas, que poderiam se transformar em câncer.

É importante fazê-lo, porque sabemos que em Santa Catarina a mortalidade por câncer de colo uterino representa cerca de 5% dos óbitos (morte) de mulheres.

Atenção! todas as mulheres devem fazer o exame preventivo de câncer anualmente, a partir da época em que comecem a ter relações sexuais.

. Fatores de Risco

- multíparos (muitos partos)
- idade entre 30 - 50 anos
- início de atividade sexual antes dos 18 anos
- muitos parceiros sexuais
- doenças ginecológicas de repetição.

Recomendações importantes

- . Nos dias antes do exame é preciso tomar os seguintes cuidados:
 - não ter relações;
 - não fazer lavagem vaginal;
 - não usar produtos vaginais (espermicidas, pomadas).
- . O exame não deve ser feito durante o período menstrual;
- . Faça a higiene normal, não é necessário raspar os pelos antes do exame.
- . Depois de feito o exame não esqueça de pegar o resultado no dia marcado.

A mulher uma vez por mês deve examinar as mamas, a procura de carocinhos, manchas e dor.

O câncer de mama é muito frequente em todo o mundo.

. Fatores de Risco

- idade acima de 40 anos
- nulíparas (nenhum parto) ou com 1ª gestação acima de 30 anos.
- história de câncer de mama na família
- deficiência imunológica
- grande ingestão de gorduras
- stress prolongado.

"O câncer da mama quando descoberto a tempo é curável".

Como fazer o AUTO-EXAME

- 1 - Em frente ao espelho, sem roupa da cintura para cima:
 - observe os seios e repare seu tamanho;
 - veja se existe algum ponto inchado, fundo ou avermelhado;
 - repare se os bicos dos seios (mamilos) apresentam alguma alteração;
 - com os braços caídos ao longo do corpo;
 - com os braços levantados acima da cabeça.

- 2 - Sentada ou em pé:
 - apalpe levemente um seio de cada vez, com os dedos fazendo movimentos circulares.
 - examinar também em baixo dos braços.

- 3 - Por último, esprema suavemente os mamilos, para ver se sai algum líquido.

ANEXO 4

U.S. GETHAL

AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DA UNIDADE SANITÁRIA

1. VOCÊ CONHECE O PROGRAMA DE:

- 88% Pré-Natal
- 88% Vacina
- 88% Preventivo
- 82% Odontologia
- 42% Climatério (Menopausa)
- 48% Planejamento Familiar
- 45% Doenças Sexualmente Transmissíveis
- 67% Crescimento e Desenvolvimento da Criança

2. VOCÊ CONSIDERA O ATENDIMENTO NA U.S.

- 48% Ótimo 27% Bom 18% Regular 6% Deficiente

3. VOCÊ CONSIDERA O ATENDIMENTO DO MÉDICO:

- 54% Ótimo 2% Bom 18% Regular 6% Deficiente

4. VOCÊ CONSIDERA O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM:

- 18% Ótimo 38% Bom 9% Regular 3% Deficiente

5. O QUE PODERIA SER ACRESCENTADO OU MODIFICADO NO ATENDIMENTO DA UNIDADE SANITÁRIA?

- Contratação de um Pediatra
- Mais medicamentos nas U.S.

ANEXO 5

U.S. PENHA

AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DA UNIDADE SANITÁRIA

1. VOCÊ CONHECE O PROGRAMA DE:

- 78% Prê-Natal
 100% Vacina
 80% Preventivo
 -- Odontologia
 11% Climatério (Menopausa)
 40% Planejamento Familiar
 -- Doenças Sexualmente Transmissíveis
 82% Crescimento e Desenvolvimento da Criança

2. VOCÊ CONSIDERA O ATENDIMENTO NA U.S.

- 58% Ótimo 42% Bom -- Regular -- Deficiente

3. VOCÊ CONSIDERA O ATENDIMENTO DO MÉDICO:

- 55% Ótimo 40% Bom 45% Regular -- Deficiente

4. VOCÊ CONSIDERA O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM:

- 71% Ótimo 28% Bom -- Regular -- Deficiente

5. O QUE PODERIA SER ACRESCENTADO OU MODIFICADO NO ATENDIMENTO DA UNIDADE SANITÁRIA?

O pessoal da Comunidade reivindicou

1. Médico na 6^a feira, e atendimento dentário na U.S.

Obs.: Foram 45 fichas preenchidas.

ANEXO 6

U.S. GUARUJA

AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO DA UNIDADE SANITÁRIA

1 . VOCÊ CONHECE O PROGRAMA DE:

- 78% Pré-Natal
 96% Vacina
 91% Preventivo
 91% Odontologia
 35,7% Climatério (Menopausa)
 62,5% Planejamento Familiar
 42,8% Doenças Sexualmente Transmissíveis
 83,9% Crescimento e Desenvolvimento da Criança

2. VOCÊ CONSIDERA O ATENDIMENTO NA U.S.

- 58% Ótimo 38% Bom 0 Regular 3,5% Deficiente

3. VOCÊ CONSIDERA O ATENDIMENTO MÉDICO:

- 55% Ótimo 37,5 Bom 0 Regular 3,5% Deficiente

4. VOCÊ CONSIDERA O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM:

- 75% Ótimo 25% Bom 0 Regular 0 Deficiente

5. O QUE PODERIA SER ACRESCENTADO NO ATENDIMENTO DA UNIDADE SANITÁRIA?

A maioria pediu mais medicamentos.

ANEXO 7

CÁLCULOS REFERENTES À PERCENTAGEM ESTIMULADA

Total de Atendimento

U.S. Penha = 218 atendimentos

U.S. Guarujá = 151 atendimentos

U.S. Gethal = 118 atendimentos

TOTAL = 487

Pré-Natal = 145

Preventivo = 220

Planej. Familiar = 68

DST = 21

Climatério = 33

% CLIMATÉRIO

487 - 100%

33 - x

x = 67%

% PRÉ-NATAL

487 - 100%

145 - x%

x = 24,8%

% DST

487 - 100%

21 - x

x = 4,9%

% PREVENTIVO

487 - 100%

220 - x

x = 45%

% PLANEJ. FAMILIAR

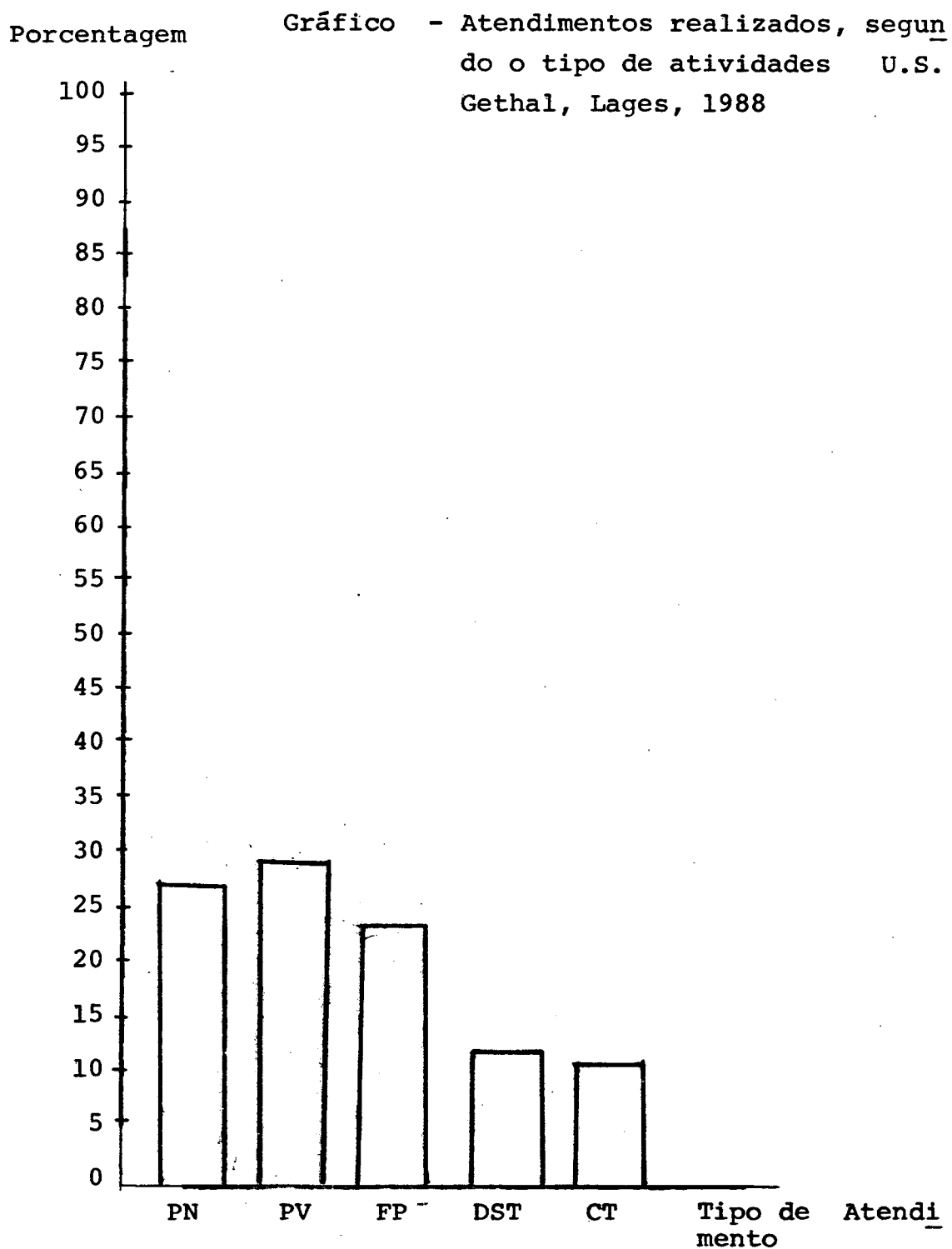
487 - 100%

68 - x

x = 13,9

ANEXO 8

U.S. GETHAL



ANEXO 8

U.S. GETHAL

Pré-Natal	= 30
Preventivo	= 32
Planej. Familiar	= 29
DST	= 15
Climatério	= <u>12</u>
	118

Pré-Natal	Preventivo	Planej. Familiar
118 - 100%	118 - 100%	118 - 100%
30 - x	32 - x	29 - x%
x = 25,4%	x = 27,1%	x = 24,5%

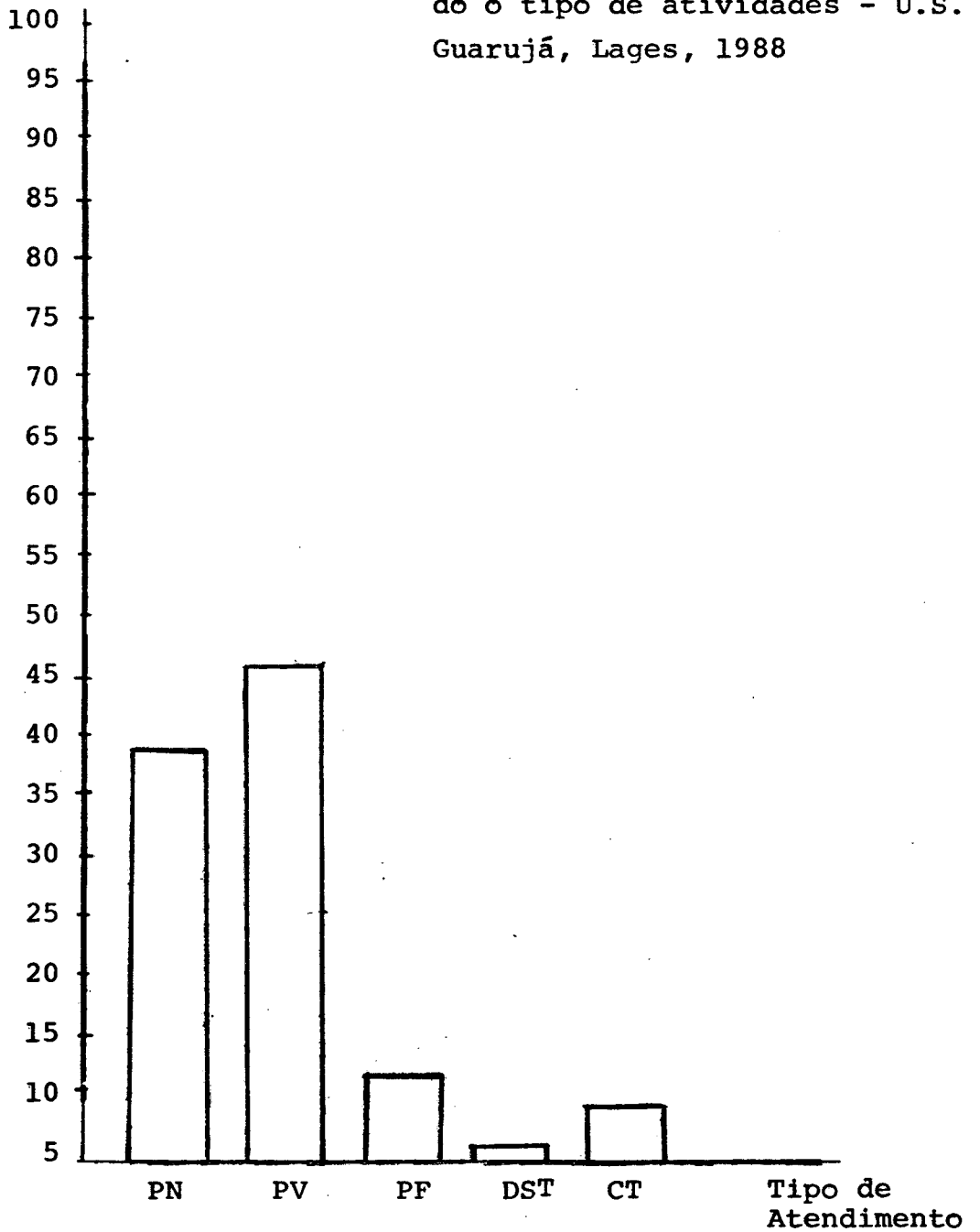
DST	Climatério
118 - 100%	118 - 100%
15 - x	12 - x
x = 12,7%	x = 10,3%

ANEXO 9

U.S. GUARUJÁ

Porcentagem

Gráfico - Atendimento realizados segun
do o tipo de atividades - U.S.
Guarujá, Lages, 1988



ANEXO 9

U.S. GUARUJÁ

Pré-Natal	= 59
Preventivo	= 61
Planej. Familiar	= 18
DST	= 02
Climatério	= <u>11</u>
	151

Pré-Natal	Preventivo	Planej. Familiar
151 - 100%	151 - 100%	151 - 100%
59 - x	61 - x	18 - x
x = 39%	x = 46,3%	x = 11,8%

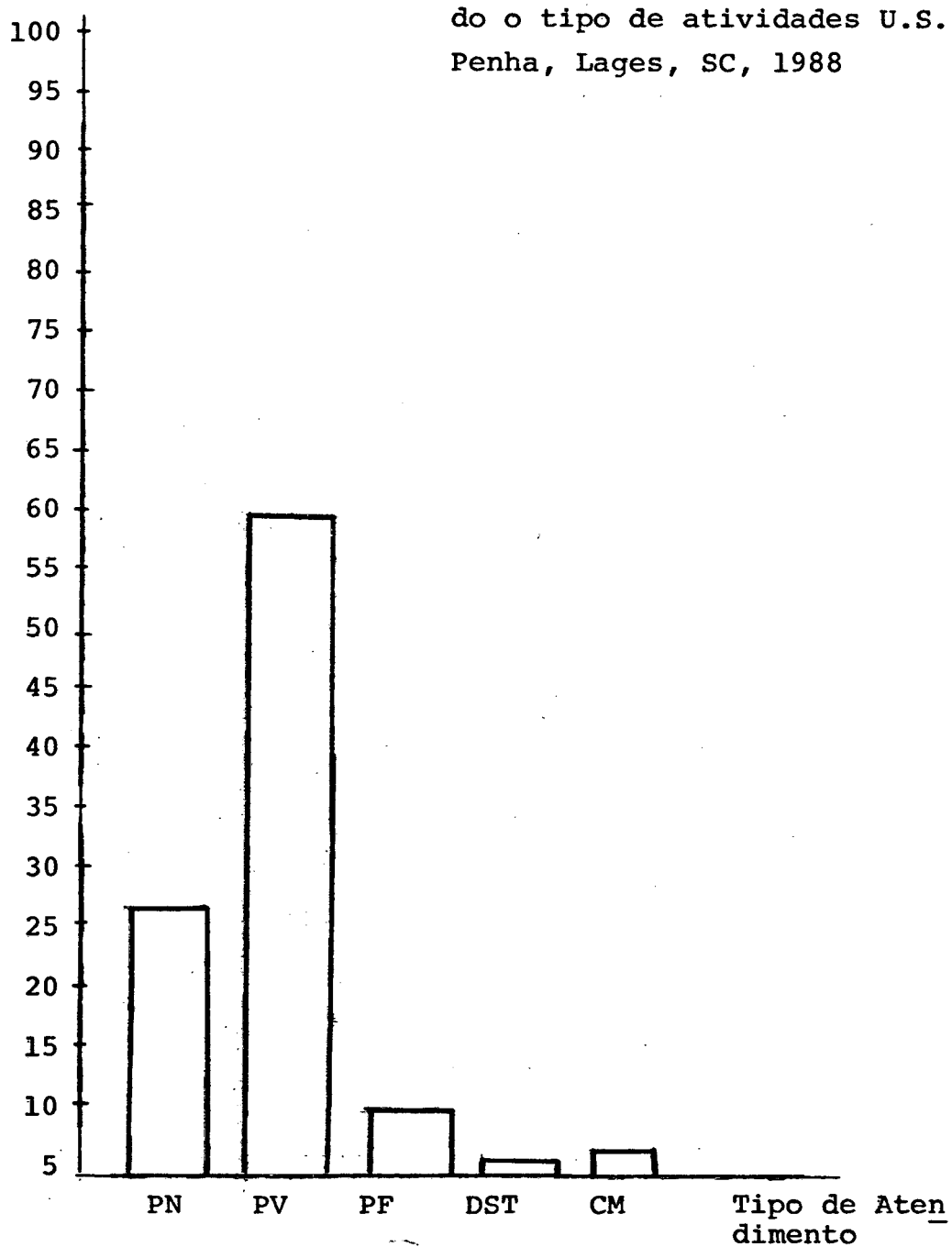
DST	Climatério
151 - 100%	151 - 100%
02 - x	11 - x
x = 1,3%	x = 7,2%

ANEXO 10

U.S. PENHA

Porcentagem

Gráfico - Atendimento realizados segun
do o tipo de atividades U.S.
Penha, Lages, SC, 1988



ANEXO 10

U.S. PENHA

Pré-Natal	=	56
Preventivo	=	127
Planej. Familiar	=	21
DTS	=	04
Climatério	=	<u>10</u>
		218

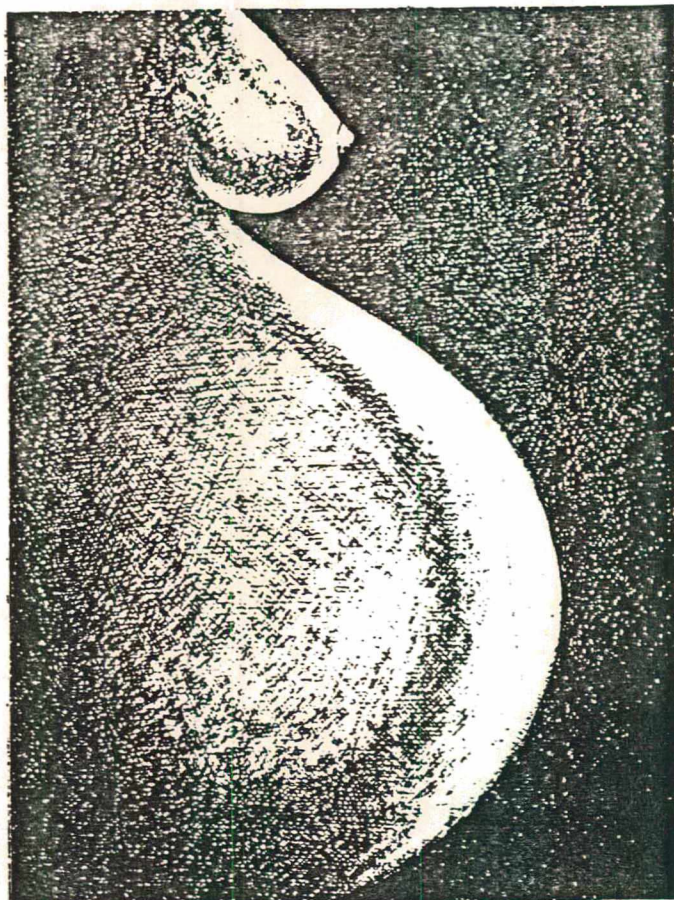
Pré-Natal	Preventivo	Planej. Familiar
218 - 100%	218 - 100%	218 - 100%
56 - x	127 - x	21 - x
x = 25,6%	x = 58,2	x = 9,6%

DST	Climatério
218 - 100%	218 - 100%
04 - x	10 - x
x = 1,8%	x = 4,5%

APÊNDICES

APÊNDICE 1

*A gravidez não acontece
só na barriga da gente...*



Gravidez, parto e pós-parto

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SNPES/DINSAMI
PAISM – Programa de Assistência
Integral à Saúde da Mulher

APÊNDICE 2



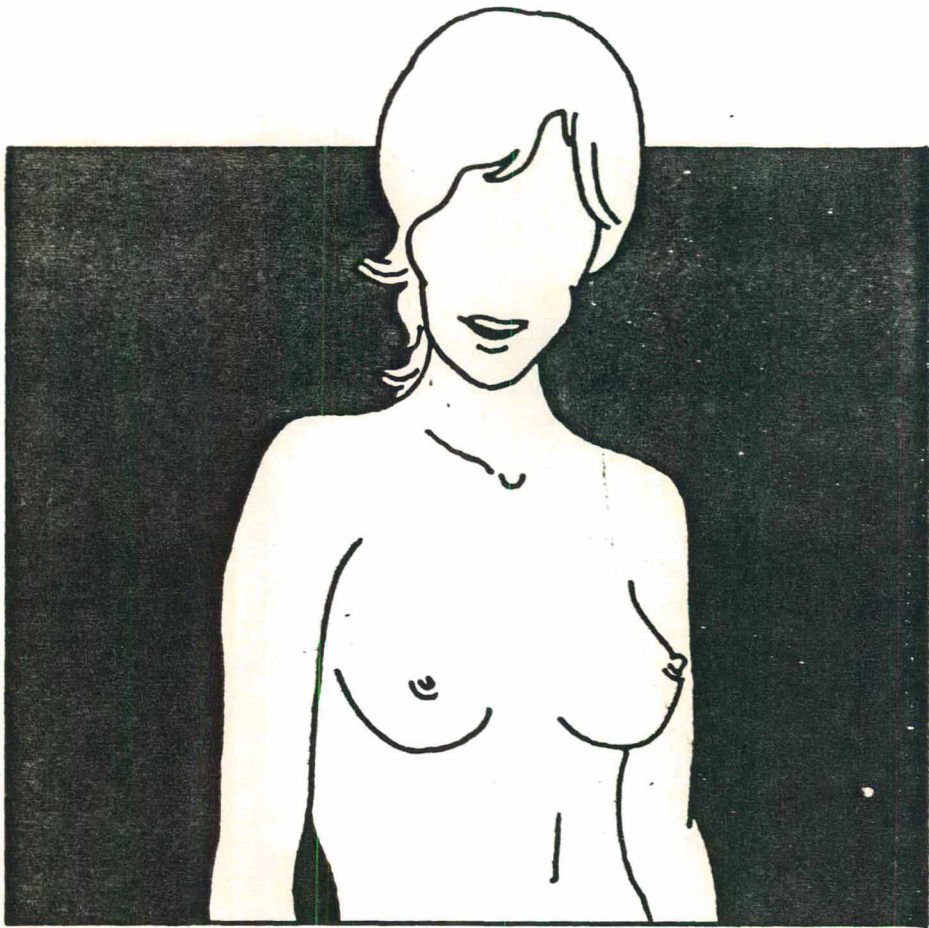
ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DA SAÚDE
NÚCLEO CENTRAL DO CÂNCER
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA CÂNCER

**CÂNCER,
EM TEMPO
DE
PREVENÇÃO**



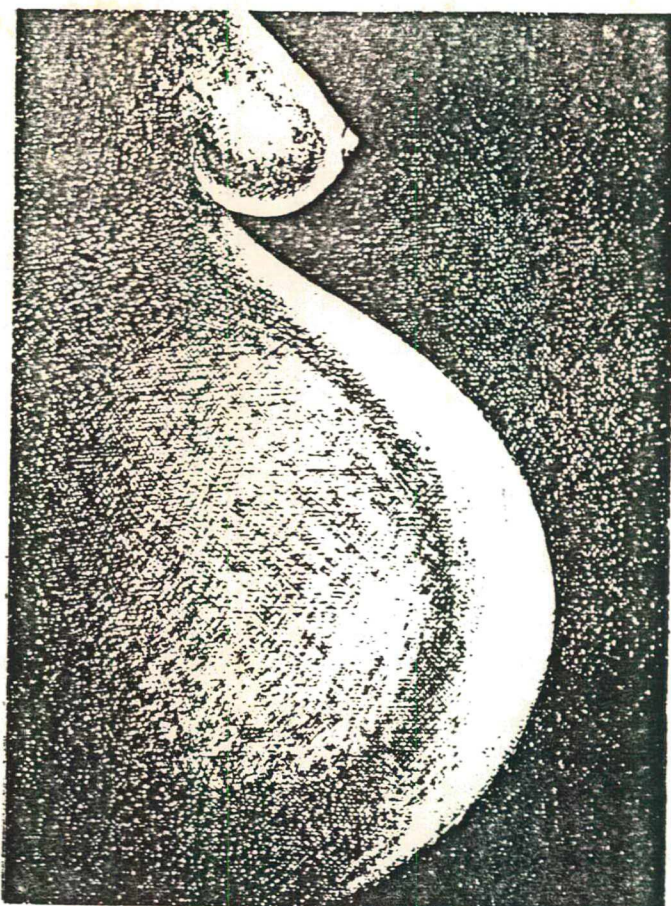
SANTA CATARINA

APÊNDICE 3

**APRENDA A DEFENDER-SE
DO CÂNCER DO SEIO****Auto exame dos seios**

APÊNDICE 4

*A gravidez não acontece
só na barriga da gente...*



Sexualidade feminina

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SNPES/DINSAMI
PAISM – Programa de Assistência
Integral à Saúde da Mulher

Obs.: Os folhetos educativos do Ministério da Saúde que constam em apêndice, encontram-se na sua íntegra com as elaboradoras do relatório.