



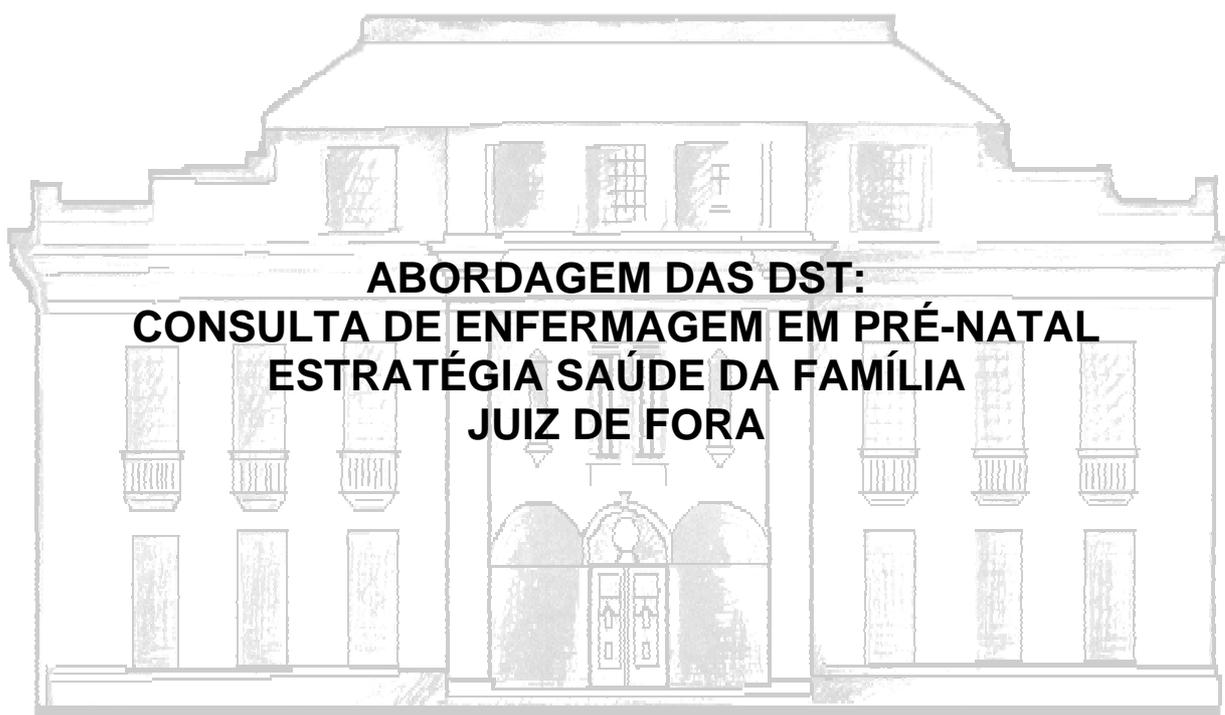
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**



VANDERLEIA SOÉLI DE BARROS ZAMPIER

**RIO DE JANEIRO
2008**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**



VANDERLEIA SOÉLI DE BARROS ZAMPIER

Orientadora: Profa. Dra. Carla Luzia França Araújo

**RIO DE JANEIRO
2008**

VANDERLEIA SOÉLI DE BARROS ZAMPIER

**ABORDAGEM DAS DST:
CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PRÉ-NATAL
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
JUIZ DE FORA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito necessário para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Carla Luzia França Araújo

**RIO DE JANEIRO
2008**

FICHA CATALOGRÁFICA

Zampier, Vanderléia Soéli de Barros
Abordagem das DST: Consulta de Enfermagem em
Pré-Natal Estratégia Saúde da Família Juiz de Fora /
Vanderléia Soéli de Barros Zampier - Rio de Janeiro,
2008.

113f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de
Enfermagem Anna Nery, 2008

Orientadora: Profa. Dra. Carla Luzia França Araújo

1. Saúde da Mulher. 2. Assistência Pré-Natal. 3.
Abordagem Síndrômica das DST. 4. Enfermagem
Obstétrica. I Araújo, Carla Luzia França. II. Universidade
Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna
Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. IV.
Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da
Mulher - Laboratório de Estudos em Política,
Planejamento e Assistência em DST/Aids. V. Título

**ABORDAGEM DAS DST:
CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
JUIZ DE FORA**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 09 de dezembro de 2008 por:

Profª Drª Carla Luzia França Araújo – Orientadora

Profº Dr Edimilson Ramos Migowski de Carvalho – Examinador

Profª Drª Ana Beatriz Azevedo Queiroz – Examinadora

Profª Drª Lizete Pontes Macário Costa – Suplente

Profª Drª Maria Aparecida Vasconcelos Moura – Suplente

*"O valor das coisas não está no tempo em que elas duram,
mas na intensidade com que acontecem.
Por isso existem momentos inesquecíveis,
coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis".*

Fernando Pessoa

DEDICATÓRIA

A Deus,
por me conceder fortaleza,
apoio e confiança de que tudo dará certo.

À Zulmira, minha querida mãe,
pelo companheirismo e amizade, exemplo de mulher.

Ao Manoel, meu pai,
pelo dom da vida.

Ao Carlos, meu esposo, companheiro-amigo
pela presença e compartilhamento amoroso.

À Sofia, minha querida filha,
pela compreensão em momentos da minha ausência
e pela valorização da troca cotidiana.

Ao Emanuel, meu querido filho,
meu companheiro de viagem, pois estava no meu ventre,
quando busquei viver esta peregrinação do saber.

À Vera, Amauri e Itamar, meus irmãos,
pela atenção, incentivo e acompanhamento na caminhada.

Ao Norival e Minalda, meus sogros,
pelas referências existenciais.

Ao Milton e Vera, meus cunhados,
pela construção de lares saudáveis e famílias bonitas.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Carla Luzia França Araújo,
minha orientadora-amiga,
pela dedicação, atenção, segurança, responsabilidade
e apoio, que me garantiram um porto seguro.

Aos Profs. Ana Beatriz, Antônio, Cláudia, Fátima, Edmilson,
Elaine, Elizabete, Emília, Ives, Jaqueline, Jurema, Lizete, Lúcia,
Maria Antonieta, Maria Aparecida, Maristela, Marcos, Neiva,
pela cooperação e pelo incentivo
nas diversas fases da minha capacitação.

À Escola de Enfermagem Anna Nery,
em especial à Coordenação do Programa de Pós-Graduação,
pelo apoio recebido.

Aos funcionários da EEAN/UFRJ e do NATES/UFJF pensando em vocês, reafirmo
que "[...] vamos precisar de todo mundo, um mais um é sempre mais que dois...".

Aos Colegas do Mestrado e do Doutorado
pelos momentos vivenciados.

À Cristina Arreguy, Maria Carmem, Mariléia Leonel,
amigas de profissão pelo valioso acompanhamento
e pela imprescindível contribuição.

Aos Enfermeiros, integrantes das equipes da ESF de UBS da PJJ,
pela disponibilidade assumida como sujeitos desta pesquisa,
e pela demonstração de comprometimento com a intervenção.

Aos funcionários da SSSDA/PJJ,
pela presteza na liberação de informações e de documentação.

À Bete, Bianca, Cristina, Dora, Lucinha e Maria Carmen,
pelo companheirismo na troca de conhecimentos e de experiências.

À Andiará, Clariane, Mariana, Marizele, Mônica, Priscila, alunos da SUPREMA,
pela responsabilidade e pelo carinho
com que contribuíram para a realização desta pesquisa.

À Aparecida, Cristiane, Solange e Vitor, amigos de cotidiano,
pela acolhida generosa em seu lar.

Aos integrantes-amigos da Escola Pequenas,
pelo cuidado amoroso e carinhoso à Sofia,
o que me tranqüilizou na dedicação ao Mestrado.
Aos dirigentes e integrantes da SUPREMA,

pelo apoio e pela valorização do meu crescimento.

À Isabel Cristina e Teíta, professoras do Mestrado da UFJF,
pela contribuição dispensada ao meu processo de crescimento.

À Fernanda, Joana, Maria Inês, Mírian e a equipe de ESF do Jóquei Clube II
pelo apoio fraterno e pela disponibilidade em contribuir.

Á Aneth, Cosme, Dirlei, Elizabete, Lizete, Loise, Márcia e Marli,
companheiros do LEPPA - DST/Aids),
pelo acolhimento sem fronteiras.

À Badinha, Carlos Victor, Frederico
pelo acompanhamento da revisão
e pelas sugestões de editoração computacional.

RESUMO

ZAMPIER, Vanderléia Soéli de Barros. Abordagem das DST na Consulta de Enfermagem em Pré-Natal na Estratégia Saúde da Família no município de Juiz de Fora – Minas Gerais. Rio de Janeiro, 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008

Este estudo se justifica pelo fato da ocorrência de Doença Sexualmente Transmissível (DST) na gestação acarretar diversas intercorrências na gestação e problemas para gestante/concepto. O indicador de sífilis congênita aponta para a dificuldade no manejo de DST no serviço de Pré-natal. Tem como objetivos verificar a ocorrência do diagnóstico e tratamento da DST pela Enfermeira no Pré-natal realizado em UBS com Estratégia Saúde da Família (ESF) em Juiz de Fora; descrever critérios utilizados pela Enfermeira no diagnóstico e tratamento da DST em gestantes; e analisar facilidades e dificuldades encontradas pela Enfermeira na utilização da Abordagem Sindrômica das DST no Pré-natal em UBS/ESF neste município. A pesquisa quanti-qualitativa foi realizada com 58 Enfermeiras destas Unidades que realizam a Consulta de Enfermagem no Pré-natal. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semi-estruturada, após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da EEAN/UFRJ. Os dados coletados foram organizados em categorias e interpretados por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin. Como resultado destacamos que estas Enfermeiras entrevistadas não utilizam a referida Abordagem para o diagnóstico e tratamento de gestantes com DST. O fator principal é a falta de qualificação específica e atualização destas profissionais para este tipo de Abordagem. Por este motivo verificamos que é mais utilizado a Abordagem Etiológica e critérios subjetivos verificados na anamnese e queixas das gestantes, reafirmando o desconhecimento quanto à política nacional vigente e a fragilidade na terapêutica implementada. Vale ressaltar a não citação pela Enfermeira da avaliação dos critérios de vulnerabilidade e aconselhamento para DST, ação essa fundamental no efetivo controle da DST e redução na transmissão de DST/HIV. Ao analisar o conhecimento e a prática das Enfermeiras sobre DST, identificamos lacunas no conhecimento provenientes do processo de formação profissional com relação Abordagem Sindrômica. A pesquisa corrobora com as necessidades dos profissionais no que se refere à educação permanente, especificamente com relação à DST. Destacamos ainda a responsabilidade das instituições de ensino de educação superior na formação de profissionais de saúde, pois lhes compete atender a necessidade dos serviços de saúde, o que pode contribuir de forma efetiva para o controle da DST no Brasil; e proporcionar aos usuários dos serviços atenção integral e de qualidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Doença Sexualmente Transmissível; Cuidado Pré-Natal; Enfermagem Obstétrica

ABSTRACT

ZAMPIER, Vanderléia Soéli de Barros. Approach of TSI in Prenatal Nursing Surgery - Family Health Strategy - Juiz de Fora, Minas Gerais. Nursing mater degree dissertation. Anna Nery Nursing School/Rio de Janeiro Federal University, Rio de Janeiro, 2008.

This study is justified because of the Transmittable Sexually Illness (TSI) incident during the pregnancy. The TSI are able to lead to serious problems to both the mother and the fetus. The syphilis incident shows the difficulties there are in TSI treating during Prenatal. The objective here is to check the diagnosis and the treatment incident of TSI by nurse during the Prenatal achieved in Family Health Strategy in Juiz de Fora; to describe the criterions used by nurse in both the TSI diagnosis and treatment in pregnant women; and to analyses the facilities and difficulties found by nurse in TSI Syndrome Approach during Prenatal in Unit from Family Health Strategy in Juiz de Fora. This research is based on quality and quantity as well. The subjects are 58 nurses from these Unities who achieves Prenatal Nursing Surgery. The data were getting through interview after official permission which was approved by Ethical and Research Committee EEAN/UFRJ. The results were organized and analyzed through the Bardin's content technique. Result: the nurses interviewed do not use Approach during the Prenatal to get the diagnosis and to lead to a treatment of TSI, pregnant women. It happens because of lack of both specified qualification and updating for this kind of approach. Because of this other types of approach, such as etiological approach and subjective criterions based on patients' words, are used. This reveal the lack of knowledge about the national policy and the fragility of the treatment implemented. It is important to mention that the nurse does not talk about the vulnerability criterions neither about advisers to TSI. Both of the procedures are too important to control and to reduce TSI/HIV incident. There are gaps into the knowledge about TSI Syndrome Approach which comes from nurses' graduation. This research underline the necessity of permanent education, mainly about TSI. The roll of the superior teaching institutions is too important in the formation of the health professional, must attend to health service necessities and have to contribute to control TSI in Brazil through quality services.

Keywords: Health Primary Attention, Transmittable Sexually Illness, Prenatal Care, Obstetric Nursing

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 01 - Perfil dos(as) Enfermeiros(as)..... | 51 |
| Tabela 02 - Identificação das DST nas Gestantes | 66 |
| Tabela 03 - Divergências de Conduta – Protocolo MS e Tratamento | 73 |
| Tabela 04 - Dificuldades na Abordagem Sindrômica | 76 |
| Tabela 05 - Facilidades na Abordagem Sindrômica..... | 82 |
| Tabela 06 - Sugestões e Propostas – Adoção da Abordagem Sindrômica..... | 84 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 01 - Sexo | 54 |
| Gráfico 02 - Tempo de Graduação..... | 55 |
| Gráfico 03 - Tempo de Atuação na Atenção Básica..... | 56 |
| Gráfico 04 - Tempo de Atuação no Pré-natal | 57 |
| Gráfico 05 - Área do Curso de Especialização..... | 58 |
| Gráfico 06 - Enfermeiro(a) com Especialização em Saúde da Família | 59 |
| Gráfico 07 - Capacitação em Abordagem Sindrômica | 61 |
| Gráfico 08 - Origem da Capacitação em Abordagem Sindrômica..... | 62 |
| Gráfico 09 - Instituição Promotora da Capacitação em Abordagem Sindrômica | 63 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|---|
| Aids | Síndrome de Imunodeficiência Adquirida |
| AZT | Zidovudina |
| CA | Câncer |
| COAS | Centro de Orientação e Apoio Sorológico |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| CONEP | Comitê Nacional de Ética em Pesquisa |
| DIP | Doença Inflamatória Pélvica |
| DST | Doença Sexualmente Transmissível |
| EEAN | Escola de Enfermagem Anna Nery |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FAEC | Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação |
| FSESP | Fundação Nacional de Saúde Pública |
| HESFA | Hospital Escola São Francisco de Assis |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| HPV | Papiloma Vírus Humano |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| KOH | Hidróxido de Potássio |
| LEPPA | Laboratório de Estudos em Política, Planejamento e Assistência em DST/AIDS |
| MS | Ministério da Saúde |
| NUPESM | Núcleo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde da Mulher |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PB | Paraíba |
| PHPN | Programa de Humanização no Parto e Nascimento |
| SIM | Sistema de Informação sobre Mortalidade |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória |
| SSSDA/PJF | Secretaria de Saúde Saneamento e Desenvolvimento Ambiental – Prefeitura de Juiz de Fora |
| SUPREMA | Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UERJ | Universidade do Estado do Rio de Janeiro |
| UFJF | Universidade Federal de Juiz de Fora |
| UFRJ | Universidade Federal do Rio de Janeiro |
| VDRL | Veneral Disease Research Laboratorial |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS | 15 |
| CAPÍTULO II - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 22 |
| 2.1 Dos Aspectos Históricos das Doenças Sexualmente Transmissíveis ao Cenário Atual | 22 |
| 2.2 DST no município de Juiz de Fora | 31 |
| 2.3 Consulta de Enfermagem: Aspectos Conceituais e Pragmáticos | 32 |
| CAPÍTULO III - ABORDAGEM METODOLÓGICA | 45 |
| 3.1 Cenário da Pesquisa | 46 |
| 3.2 Sujeitos da Pesquisa | 47 |
| 3.3 Coleta de Dados | 47 |
| 3.4 Análise e Interpretação das Informações Coletadas..... | 49 |
| CAPÍTULO IV - RESULTADOS E DISCUSSÕES | 51 |
| 4.1 Caracterização dos Sujeitos..... | 51 |
| 4.2 Abordagem Sobre as DST na Consulta de Enfermagem | 66 |
| 4.3 Atuação dos(as) Enfermeiros(as) - Diagnóstico e Tratamento das DST em Gestantes | 72 |
| 4.4 Implementação da Abordagem Síndrômica: Facilidades e Dificuldades | 76 |
| 4.5 Propostas para Efetiva Adoção da Abordagem Síndrômica | 84 |
| CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS | 87 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 92 |
| APÊNDICE 01 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 102 |
| APÊNDICE 02 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUALITATIVOS | 103 |
| ANEXO 01 - PROTOCOLO DAS AÇÕES DO(A) ENFERMEIRO(A) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA | 104 |
| ANEXO 02 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA | 107 |
| ANEXOS 03 - ABORDAGEM SINDRÔMICA - FLUXOGRAMA | 108 |
| a - Desconforto e Dor Pélvica..... | 108 |
| b - Corrimento Vaginal e Cervicite | 109 |
| c - Corrimento Uretral | 111 |
| d - Úlceras Genitais..... | 112 |

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta pesquisa tem como finalidade estudar a abordagem que os(as) Enfermeiros(as) fazem das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) durante a consulta de Pré-natal na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Juiz de Fora no estado de Minas Gerais - MG.

Como política adotada pelo Ministério da Saúde (MS) desde 1993, a Abordagem Síndrômica é realizada por meio da verificação de sinais e sintomas das DST e utilização de fluxogramas (ANEXO 03), em que são definidas as condutas específicas de tratamento. É um tipo de Abordagem que auxilia o profissional a realizar o atendimento, visando diagnosticar, tratar, evitar as complicações advindas destas DST; interromper a cadeia de transmissão; cessar os sintomas das DST; reduzir o risco de infecção pelo HIV, devendo ser potencializada com Aconselhamento.

O interesse por este estudo emerge de minha experiência profissional desde a disciplina Saúde da Mulher no curso de Graduação em Enfermagem. Como profissional há mais de uma década na área da Enfermagem, trabalho na assistência/docência com graduação/pós-graduação realizando Consulta de Enfermagem e desenvolvendo atividades de prevenção de câncer de colo útero, mama e DST. Esta prática vem me possibilitando ter acesso ao cotidiano dos serviços prestados na Atenção Básica no mencionado município e ampliar conhecimentos sobre a prática dos(as) Enfermeiros(as) no atendimento às gestantes, incluindo a prevenção e o tratamento das DST neste contexto.

Nessa trajetória profissional destaco a minha participação no trabalho desenvolvido com os(as) Enfermeiros(as) no processo de capacitação para a realização da consulta de Pré-natal e prevenção de câncer de colo uterino/mama. Na implementação deste trabalho observei insegurança, dúvidas, e desconhecimento quanto aos protocolos definidos pelo MS com relação às condutas no manejo das DST durante as consultas no Pré-natal. Além disso, não há dados epidemiológicos disponíveis quanto à incidência e prevalência de DST em Juiz de Fora, com exceção da Sífilis em gestantes que é agravo de notificação compulsória. Corroborando com essa realidade, no cenário nacional, as DST que integram a lista nacional de doenças de notificação compulsória compreendem apenas os casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) de gestantes HIV positivas; de crianças expostas ao HIV; de gestantes com Sífilis; e de crianças com Sífilis Congênita. Praticamente inexistem dados de incidência do restante das DST (BRASIL, 2006).

Todavia a repercussão das DST e suas seqüelas em ambos os sexos, sua relação com o aumento da morbidade e da mortalidade materna e infantil, seu papel facilitador da transmissão sexual do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e do Câncer genital estão bastante documentados, evidenciando a relevância do controle das DST (BRASIL, 2008c).

Considerando estas ponderações, identificamos a necessidade de investigar como os(as) Enfermeiros(as) estão atendendo gestantes com DST e quais critérios utilizam para o diagnóstico e tratamento destas Doenças consultas de Pré-Natal.

A Consulta de Enfermagem é uma atividade fim do(a) Enfermeiro(a) no atendimento ao cliente, que visa contribuir para a melhoria da saúde e qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde. A Resolução nº 159 do Conselho Federal

de Enfermagem (COFEN, 19.04.1993), define que a Consulta de Enfermagem é uma atividade desenvolvida na assistência de Enfermagem nos diversos níveis de atendimento (primário, secundário e terciário) e deve ser realizada em instituições pública ou privada.

O Programa de Humanização no Parto e Nascimento (PHPN) do MS através das Portarias nº 569, 570, 571, 572/GM) (BRASIL, 2000a) garante à mulher o direito ao acesso e atendimento digno e de qualidade no ciclo gravídico, parto e puerpério, além do direito ao acompanhamento Pré-natal e o acesso aos recursos necessários para atender as demandas deste ciclo.

No que se refere ao período gestacional, o reconhecimento da necessidade de ações terapêuticas precisa ser compatível com idade gestacional, o que exige do(a) Enfermeiro(a) conhecimento específico sobre as formas de diagnóstico e tratamento de várias enfermidades. Após a observação da presença dessas morbidades é necessário que o(a) Enfermeiro(a), além da terapêutica instituída, esteja sensível às questões subjetivas que envolvem a gestação, visando proporcionar à gestante espaço para discutir situações de risco, vulnerabilidade e aquisição de informações esclarecedoras sobre aspectos que envolvem o processo saúde/doença.

Além disso, é fundamental destacar que o MS, considera a gestação como fenômeno fisiológico e, por isso, sua evolução ocorre, na maior parte dos casos, sem intercorrências. Como recurso utilizado para o acompanhamento da gestação está definida a assistência Pré-natal reconhecida como componente essencial para a redução significativa da taxa de mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2008b).

O(A) Enfermeiro(a) assume o acompanhamento da gestante por meio da assistência Pré-natal e as DST em mulheres muitas vezes podem passar

despercebidas, com várias repercussões para o processo gestatório. Destacamos a importância de aprofundar a abordagem das DST em gestantes, visto entre os problemas de saúde associados à prática sexual, as mulheres também têm sido as mais afetadas. (BRASIL, 2006e).

Verificamos que os danos mais graves causados pelas DST ocorrem principalmente em gestantes e recém-nascidos. Uma das principais complicações nesse sentido está relacionada à transmissão vertical (da mãe para o conceito) de doenças como, por exemplo, HIV, Sífilis, Hepatite B e Gonorréia. Estas doenças têm sido identificadas como problemas mais comuns de Saúde Pública com estreita vinculação com as condições sócio-econômicos e culturais da gestante e do seu parceiro. Além das questões biológicas a presença das DST acarreta à relação conjugal sentimento que coloca em dúvida o comportamento entre o casal, afetando quase sempre o relacionamento. Com estas identificações reiteramos a complexidade da abordagem destas Doenças.

Esclarecemos que com estes subsídios apresentamos como objeto de estudo "Abordagem das DST na Consulta de Enfermagem no Pré-natal, na ESF em Juiz de Fora", o que contribuirá para ampliar a discussão sobre a abordagem utilizada pelo(a) Enfermeiro(a) na consulta de Pré-natal, no que se refere às DST.

As bases conceituais que fundamentam a abordagem das DST na gestação encontram-se respaldadas em protocolos, propostos pelo MS. Estas Doenças na gestação têm crescentemente merecido a atenção dos profissionais da área da saúde que as apontam como importante problema, acarretando repercussões para a mulher e o conceito. Além disso, a produção científica é reduzida em relação a esta temática e não esclarece sobre condutas terapêuticas utilizadas pelo(a)

Enfermeiro(a), principalmente no que refere ao trabalho em ESF, que desenvolve em Unidade Básica de Saúde (UBS).

Os esforços na busca de soluções, na prevenção e no tratamento dessas morbidades, esbarram justamente na visão histórica do problema, por este ser considerado como "mais um problema" de Saúde Pública que acomete também às gestantes. As especificidades dessas morbidades, com relação ao significado que têm em nossa sociedade, são fatores fundamentais e precisam ser considerados para a efetiva ação de controle das DST.

Com estas explicitações, destacamos as questões norteadoras que guiaram este estudo:

- Como o(a) Enfermeiro(a) realiza o diagnóstico das DST nas Consultas de Pré-natal na ESF em Juiz de Fora?
- Que critérios o(a) Enfermeiro(a) utiliza para o diagnóstico e tratamento de DST no Pré-natal?

A busca de respostas para estas questões está fundamentada nos seguintes objetivos:

- Verificar a ocorrência do diagnóstico e tratamento das DST pelo(a) Enfermeiro(a) no Pré-natal realizado na ESF em Juiz de Fora.
- Descrever critérios utilizados pelo(a) Enfermeiro(a) no diagnóstico e no tratamento destas Doenças em gestantes.
- Analisar facilidades/dificuldades identificadas pelo(a) Enfermeiro(a) na utilização da Abordagem Síndrômica para o diagnóstico e o tratamento das DST no Pré-natal na ESF no mencionado município.

Com o propósito de consolidar esta forma de Abordagem pelo(a) Enfermeiro(a) verificamos por meio de levantamento bibliográfico realizado

principalmente na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS, Scielo, MEDLINE, BDNF e Biblioteca Cochrane) e Portal Capes que apesar de existir intervenções na consulta de Enfermagem em DST detectamos uma lacuna, quanto aos estudos sobre a Abordagem das DST pelo(a) Enfermeiro(a) na Consulta de Enfermagem no Pré-natal na ESF, em municípios como o de Juiz de Fora.

Neste sentido, a pesquisa em tela possibilitará aos(as) Enfermeiros(as) que atendem às gestantes em UBS de ESF aprofundar conhecimentos sobre a prática da assistência, incluindo o acompanhamento do tratamento das DST nestas usuárias. Considerando a importância da atuação do(a) Enfermeiro(a) na realização de Consulta Pré-natal e sendo estas gestantes um dos grupos prioritários no processo de atenção primária à saúde, destacamos que a identificação precoce com consequente intervenção no curso das DST pode contribuir para a melhoria da prestação dos serviços de saúde. Neste sentido, a Abordagem Síndrômica apresenta-se como ferramenta fundamental para a intervenção imediata e, consequentemente, para a redução da transmissão vertical das DST.

Corroborando com esta questão, SILVA; LOPES (2006) demonstraram em estudo realizado em serviço público de saúde, que ainda no âmbito da avaliação da assistência de enfermagem à gestante, existem necessidades de serem ampliados os estudos que relacionem a gravidez com as DST, proporcionando subsídios para implementação de diretrizes políticas nesta área. Devido à magnitude desta problemática as DST precisam ser priorizadas o que implica a ampliação de investimentos em pesquisas que visem avaliar os serviços de saúde quanto ao atendimento destas Doenças e a utilização da Abordagem Síndrômica pelo(a) Enfermeiro(a), como recurso para expandir a programação e o direcionamento das ações que possam contribuir para o enfrentamento das DST/Aids.

A conclusão deste nosso estudo evidencia que na área do ensino é possível ampliar a reflexão sobre a formação do(a) Enfermeiro(a) com relação à identificação e o atendimento de portadores de DST, utilizando-se da Abordagem Sindrômica na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal. No campo da assistência evidenciamos que é possível fornecer subsídios para os gestores visando a tomada de decisão quanto à elaboração de propostas de qualificação da assistência para a capacitação de profissionais de Enfermagem na área das DST. No campo da pesquisa evidenciamos que é possível fortalecer as linhas de investigação em assistência às DST/Aids em nível primário, secundário e terciário desenvolvida pelo Laboratório de Estudos em Política, Planejamento e Assistência em DST/Aids (LEPPA - DST/Aids), e apontar para as não investigadas, além de ampliar a produção científica sobre esta temática. Nesta direção visualizamos que também é possível pensar na produção de conhecimentos como subsídio para a elaboração de políticas públicas que possam proporcionar a efetiva implantação de ações em DST. Na área da Saúde da Mulher, junto ao Núcleo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde da Mulher (NUPESM), contribuir para as ações em DST, na assistência de Enfermagem à gestante, no Pré-natal.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Dos Aspectos Históricos das Doenças Sexualmente Transmissíveis ao Cenário Atual

As DST até o século XVI eram denominadas de doenças dos "indecentes", embora o termo doenças venéreas tenha sido criado em homenagem a Vênus, deusa do templo do amor, uma vez que a transmissão poderia ser sexual, mesmo desconhecendo os agentes.

No século XIX os microorganismos relacionados à transmissão destas Doenças começaram a ser identificados, sendo a faixa etária entre os 20 e os 30 anos de idade a de maior incidência. Além desta identificação estas Doenças foram divididas em venéreas, quando a transmissão era exclusivamente sexual (Gonorréia; Sífilis; Cancróide; Linfogranuloma Venéreo; e a de Nicholas-Favre) e em paravenéreas, não consideradas exclusivamente sexuais (Herpes; Balanite; Condiloma; Molusco e Tricomoniase). Estas informações são essenciais para evidenciar que as DST se apresentam como problemas de saúde há séculos, demandando ações de controle.

No pós 2ª Guerra Mundial ocorreu o aumento de incidência dessas afecções, considerando-se mudanças do comportamento sexual e descoberta de outras formas de contaminação, que possibilitaram a subdivisão em essencialmente, freqüentemente e eventualmente venéreas.

A partir de 1983, sob a denominação de DST estão agrupadas as afecções de transmissão sexual, de caráter endêmico e múltipla expressão (NADAL E MANZIONE, 2003).

Doenças clássicas como Gonorréia, Sífilis e Cancróide estavam quase desaparecidas na maioria dos países industrializados devido ao advento dos antimicrobianos e das campanhas de prevenção. Entretanto, o aumento de taxas epidêmicas relaciona-se às condições de pobreza, desinformação, desintegração social, prostituição e promiscuidade sexual que é com freqüência associada, de maneira equívoca, apenas ao estilo de vida dos homossexuais masculinos e dos profissionais do sexo. Neste aspecto, em que a gravidez parece ser mais temida que as DST, o risco do sexo anal é subestimado e o uso de preservativos é relegado, entre heterossexuais, que se acreditam imunes a estas doenças, além de suporem que o preservativo seria útil apenas para evitar gravidez. Os antimicrobianos e os quimioterápicos de baixo custo não têm mais a alta taxa de cura que apresentavam, provavelmente, devido ao uso impróprio e a automedicação que induzem à resistência ao medicamento.

Entre outras causas do aumento da incidência das DST está o crescimento da fração populacional de reduzido poder sócio-econômico que não tem informação por não receber educação específica sobre as DST. A família que poderia ser responsável pelas noções iniciais, também não tem sido convenientemente orientada, ou sente-se incapaz por tratar-se de temática considerada como tabu, ou ainda é desagregada, com dificuldade de diálogo.

Quanto ao doente de DST evidenciamos que tende a ocorrer a automedicação ou a procura por atendimento dispensado por profissional não qualificado (balconistas de farmácia) motivado pelo sentimento de culpa e vergonha de estar infectado. A falha ou retardo no diagnóstico perpetua a doença, permitindo sua proliferação. E ainda, o tratamento incorreto promove o aparecimento de

complicações muitas vezes graves como lesões neurológicas, cardíacas e infecções pélvicas e abdominais; além da criação de agentes resistentes à medicação usual.

Além disto, a adoção do conceito de vulnerabilidade¹ para aquisição de DST/Aids tem contribuído para o entendimento de que a parcela da população sexualmente ativa pode ser configurada como potencial para o contágio destas Doenças. Com este conceito tem sido desconsiderada a identificação de "grupo de risco", que tem conotação discriminatória, o que vem possibilitando reconhecer que o adoecimento pode ocorrer devido às práticas sexuais e não à opção sexual.

Nesta direção é que também consideramos essencial destacar que a finalidade principal da prevenção e controle das DST implica em interromper a cadeia de transmissão e prevenir novas ocorrências, reconhecendo-se as estratégias:

- detecção precoce por meio do atendimento prestado por serviços de saúde, principalmente nas Consultas de Enfermagem, que visam a realização do Pré-natal; nas atividades de aconselhamento das gestantes e casais com DST; e no exame preventivo de câncer cérvico-uterino;
- realização de prevenção e educação para saúde e indicação de tratamento e encaminhamento, se necessário;
- realização de tratamento imediato após o diagnóstico clínico, com medicações eficazes acessíveis, seguras e de baixo custo, conforme o protocolo do serviço;

¹ Entendemos que o conceito de vulnerabilidade está relacionado à possibilidade das pessoas se exporem as DST/HIV/Aids e ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais e que levam a uma maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento. Assim é proposto conceito de vulnerabilidade dividido em 03 (três) componente: Individual, Social e Programático. (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993)

- identificação da gestante assintomática para rastrear a DST, pois situações de vulnerabilidade são indicativas de diagnóstico e/ou aconselhamento (BRASIL, 2006e).

A ampliação destes entendimentos nos encaminha para reforçar que as DST vêm se configurando como um dos problemas que afeta a gravidez, e cabe-nos especificar que em 1984 com a publicação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher - PAISM (BRASIL, 1984), foi definida como uma das principais características a inclusão das DST sendo que a abordagem proposta ficou restrita ao sub-programa de assistência clínico-ginecológica. Somente em 2004, com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a dimensão de integralidade foi contemplada com a incorporação do Planejamento Familiar; serviços para atendimento às mulheres vítimas de violência; e com maior ênfase passou-se a reconhecer a problemática das DST e da Aids entre as diretrizes para a saúde reprodutiva.²

Evidenciamos também que iniciativas foram implementadas antes mesmo destas diretrizes. Entre elas ressaltamos ações que decorreram de demandas postas vinculando-se ao atendimento de grupos específicos (homossexuais masculinos; usuários de drogas injetáveis; e profissionais do sexo), vinculado ao primeiro Programa de Prevenção à Aids no Estado de São Paulo, em 1984. Posteriormente este Programa foi introduzido em outros estados por determinação do MS, visando a abrangência nacional.

² A saúde reprodutiva e os direitos sexuais correspondem aos direitos a uma vida sexual com prazer e livre de discriminação. Incluem o direito de viver a sexualidade sem medo, vergonha, culpa, falsas crenças e outros impedimentos à livre expressão dos desejos; de viver sua sexualidade independentemente do estado civil, idade ou condição física; a escolher o/a parceiro/a sexual sem discriminações, e com liberdade e autonomia para expressar sua orientação sexual, se assim desejar; de viver a sexualidade livre de violência, discriminação e coerção, e com respeito pleno pela integridade corporal do/a outro/a; a praticar a sexualidade independentemente de penetração; a insistir na prática do sexo seguro, para prevenir gravidez não desejada e DST, incluindo o HIV/Aids. A saúde sexual implica no acesso à informação, educação e serviços confidenciais de alta qualidade sobre sexualidade e reprodução humana (ONU, 1996).

Em 1985 foi criado o Programa de Controle da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA/Aids) no âmbito do território nacional. Somente em 1994 este Programa incorporou as demais DST tornando-se o Programa Nacional de DST/Aids o que contribuiu para a expansão das atividades para outros grupos que já estavam sendo atingidos pela epidemia numa fase secundária - bissexuais e heterossexuais, principalmente mulheres e jovens. (ARAUJO e CAMARGO, JR, 2004).

As diretrizes governamentais de prevenção e de tratamento do HIV/Aids possibilitaram a difusão de conceitos essenciais à saúde feminina, uma visão mais relacional por meio categoria de gênero e que foi contributiva para as noções de Direitos Sexuais e Reprodutivos e de Saúde Reprodutiva, que passaram a ser programas defendidos como bandeiras de luta por representantes da sociedade civil organizada.

A difusão destas noções foi decisiva para a ampliação do conhecimento sobre as DST, pois a infecção por estas Doenças constitui um facilitador da transmissão sexual pelo HIV. Estas Doenças acometem gestantes, podem atingir o feto causando interrupção espontânea da gravidez, morte fetal e complicações em recém-nascidos com Sífilis Congênita; Infecção Gonococo; Clamídia; HPV; Hepatite B; HIV; e até o nascimento de crianças com graves malformações. Também existem complicações decorrentes das DST em mulheres que incluem a Doença Inflamatória Pélvica (DIP), levando à infertilidade; dor crônica; gravidez ectópica, podendo causar mortalidade materna associada; e o câncer de colo de útero, devido a alguns subtipos do HPV e com a imunodeficiência promovida pela infecção por HIV.

Entre as DST é importante destacar que a Sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de transmissão sexual, que representa desafio aos serviços de saúde pública em nível mundial. O diagnóstico e o tratamento desta Doença podem ser

realizados com baixo custo e reduzida ou nenhuma dificuldade operacional. No Brasil, a prevalência de Sífilis em gestantes é de 1,6%, e há estimativas de 12 mil crianças que nasceram com Sífilis Congênita. Entre os casos notificados em 2004, 78% das mães realizaram o Pré-natal numa amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade das regiões do país. Observou-se também uma taxa de prevalência de 1,6% para Sífilis ativa, 4 vezes maior que a infecção pelo HIV nessa fração populacional (BRASIL, 2006a).

A estimativa era de aproximadamente 50 mil parturientes com Sífilis Congênita, e a avaliação da ocorrência desta Doença foi tomada como marcador da qualidade da assistência Pré-natal (BRASIL, 2006a).

Em estudo realizado por Minkoff *et al.* consideram que esta situação é decorrente da associação da Sífilis com o abuso de drogas; da promiscuidade sexual; e da carência de assistência Pré-natal adequada.

Guinsberg e Almeida (1994) esclarecem que o acometimento fetal pode resultar em complicações graves como abortos; prematuridade; Sífilis Congênita; e óbito intra-uterino evitável mediante o tratamento precoce.

Ferreira (2002) especifica a interrelação desta condição com a Aids e o risco da progressão rápida para os estágios tardios da Sífilis com acometimento neurológico, além da pior resposta à penicilina.

Mesmo com estas ponderações é necessário compreender que outras complicações podem ocorrer na progressão da gravidez e que também a repetição das mesmas pode ser útil no diagnóstico e no tratamento adequados.

O Estudo Sentinela-Parturientes realizado em 2004, evidencia que a prevalência de HIV em gestantes se mantinha menor que 1%, apresentando variações entre as regiões brasileiras. A estimativa/ano era de cerca de 12.635

gestantes/parturientes portadoras do HIV/crianças expostas. Com este Estudo ficou revelado também que, no país, a cobertura de sorologia para o HIV na gestação, considerando-se as etapas antes do parto (pelo menos uma consulta de Pré-natal; solicitação de sorologia para o HIV; concordância da gestante em realizá-la; e conhecimento do resultado desse teste antes do parto), foi estimada em 63%. Reitera-se com estas informações a importância do diagnóstico e do tratamento da gestante portadora do HIV no Pré-natal (BRASIL, 2007a).

Também com este Estudo foi revelado que o risco de transmissão vertical do HIV para as portadoras de HIV/Aids é de aproximadamente 8%, atingindo 71% se a infecção aguda ocorrer no final da gravidez. Neste sentido cabe-nos explicitar que reconhecemos a limitação da anamnese como triagem para sorologia, pois embora sejam coletadas informações quanto aos riscos relacionados à drogadição; multiplicidade de parceiro sexual; transfusões sanguíneas; etc.; a oferta do teste anti-HIV precisa corresponder ao princípio da universalidade. A busca pelo diagnóstico precoce precisa ser intensificada, uma vez que a profilaxia para o recém-nascido apresenta efetividade de 95% a 98% (BRASIL, 2007a).

As Vulvovaginites na gravidez são situações freqüentes e podem apresentar peculiaridades importantes como risco de infecções fetais; de rotura prematura de membranas com conseqüente prematuridade; teratogenicidade pelo uso de algumas drogas no tratamento; das mudanças fisiológicas ocorridas na gravidez que podem dificultar o diagnóstico adequado e/ou favorece algumas dessas infecções. Na fração populacional feminina, as Vulvovaginites mais comuns na gestação são: Candidíase, Vaginose Bacteriana e Tricomóníase (DUARTE, 1992).

A primeira foi configurada como a causa mais comum de Vulvovaginite na gravidez, ocorrendo em 15% a 40% das gestantes; a segunda encontrada em 10% a 26% (SIMÕES *et al.*, 1998).

A importância do diagnóstico das Vulvovaginites na gravidez decorre do fato de que essas infecções (principalmente a Vaginose Bacteriana) podem aumentar o risco de ruptura prematura de membranas; trabalho de parto prematuro; e recém-nascido de baixo peso, além de infecções ovulares e puerperais (CAMARGO, 2000).

Na pesquisa realizada em 2005 sobre prevalência e freqüências relativas de DST em frações populacionais selecionadas de seis capitais, no grupo de gestantes, foi constatado que:

1. Do total das gestantes estudadas, 11% (365/3303) tinham uma infecção bacteriana; 37% (1224/3303) apresentavam uma infecção viral; e 42% pelo menos uma das DST analisadas (1288/23303). Dado que estas gestantes eram supostamente assintomática para DST, podemos inferir que a elevada prevalência dessas infecções possa estar desempenhando um papel importante na morbidade e mortalidade materno-infantil, o que justifica o fortalecimento das ações de vigilância e atenção a esse grupo de infecções nas clínicas de atendimento pré-natal.
2. A circulação do HPV nas gestantes estudadas é alta, em especial seus tipos de alto risco, sobretudo nas jovens e adolescentes, o que mostra a necessidade de intensificação das ações de prevenção a controle do câncer de colo uterino.
3. Conforme os padrões internacionais estabelecidos pela OMS, as DST representam, para o Brasil, um peso importante de morbidade, já que a taxa de prevalência de Sífilis em gestantes é maior do que 1%, a prevalência de DST curáveis é maior do que 5%; e também, a prevalência de DST curáveis nas adolescentes ultrapassam 10% (Brasil, 2008a).

Com o objetivo de instrumentalizar os gestores e profissionais de saúde para a tomada de decisão e execução das ações de controle das DST/HIV/Aids; em 1996, foi criada a vigilância aprimorada das DST. Esta vigilância consiste na notificação/investigação e monitoramento de casos de DST, em serviços de saúde selecionados para o acompanhamento das tendências destes agravos. A OMS em

1999 estimou entre 10 a 12 milhões de casos novos por ano, de DST curáveis, no mundo (Sífilis, Tricomoníase, Infecção pela Clamídia e pelo Gonococo), entre 15 e 49 anos.

Nos países periféricos como o Brasil foi identificado que aproximadamente 80% dos casos de complicações resultantes dessas Doenças seriam potencialmente graves envolvendo riscos de infertilidade; abortamento; natimorto; baixo peso ao nascer; infecções congênitas; perinatal; e a gravidez ectópica e que estariam contribuindo para índice de mais de 15% das mortes maternas, além de facilitar a infecção pelo HIV (BRASIL, 2006a).

Entre casos notificados de Sífilis Congênita, 80% das mães referiram que fizeram Pré-natal. Destas 56,6% relataram o diagnóstico de Sífilis na gestação e, deste índice, apenas 17% dos parceiros foram submetidos a tratamento (BRASIL, 2008a).

As análises dos dados epidemiológicos das DST/HIV/Aids nos permite entender características destas Doenças que estão associadas às tendências de heterossexualização; feminização; pauperização; e interiorização.

Entre as DST existem as de notificação compulsória: Aids; HIV na gestante/criança exposta, Sífilis na gestação; e Sífilis Congênita (BRASIL, 2006e).

A incidência de casos sintomáticos em mulheres recaiu na Tricomoníase 7,4%; Clamídia 2,63%; e Sífilis 1,26%, enquanto que para os homens recaiu na Clamídia 0,88%; Sífilis 0,72%; e Gonorréia 0,66% (BRASIL, 2003).

2.2 DST no município de Juiz de Fora

O Programa de DST/Aids em Juiz de Fora é desenvolvido pelo Departamento de Saúde da Mulher e em UBS, existindo como referência o Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS). A equipe responsável por este Programa é integrada por: Médica Ginecologista, Urologista; e Enfermeiro(a). Os dois primeiros atuam a partir de um protocolo aprovado pelo mencionado Serviço, responsabilizados pelas atividades de: consulta médica; aconselhamento individual; e fornecimento de medicamento. O(A) Enfermeiro(a), possui protocolo aprovado pelo Secretário de SSSDA, com atividades de prescrição de medicamento; consulta; e aconselhamento (ANEXO 01).

Também existe o Serviço de Vigilância Epidemiológica que recebe informações para notificação de casos utilizando-se do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) para o registro de óbitos.

O mencionado município que está localizado na Zona da Mata Mineira e que tem 513.348 habitantes de acordo com dados do SINAN (BRASIL, 2007) registrados em relatório sobre a notificação compulsória, tem agravos notificáveis:

- Sífilis Congênita – 2 casos (2006/2007)
- DST na população em geral – 360 casos (2006)
- Sífilis em gestante – 2 casos (2007)

Esclarecemos que apesar destes dados a insuficiência e a subnotificação sobre a ocorrência de DST neste município, dificulta o conhecimento do perfil epidemiológico destes agravos. Ressaltamos que se torna pertinente a ampliação de estudos que analisem como o(a) Enfermeiro(a) atende a gestante com DST,

considerando-se o diagnóstico e o tratamento. Salientamos que a situação encontrada em Juiz de Fora se assemelha ao panorama nacional e internacional, pois no Brasil as DST que integram a lista nacional de doenças de notificação compulsória compreendem apenas casos de Aids; de gestantes HIV positivas; de crianças expostas ao HIV; de gestantes com Sífilis; e de crianças com Sífilis Congênita. Estas informações são indicativas de que as outras DST não são referenciadas.

Internacionalmente é comum existir níveis de desconhecimento da situação epidemiológica das DST ou de algumas dessas Doenças, mesmo em países mais desenvolvidos, pois existe geralmente certo nível de subnotificação e/ou de subregistro, uma vez que o acesso aos serviços públicos não é universalizado. Além disso, estas Doenças se desenvolvem de maneira assintomática ou, devido à ausência de notificação, ou notificação incompleta pelos serviços privados, onde são atendidas muitas pessoas com DST (BRASIL, 2008c).

2.3 Consulta de Enfermagem: Aspectos Conceituais e Pragmáticos

Na evolução histórica da Consulta de Enfermagem, alguns aspectos importantes contribuíram para sua inserção no cotidiano das instituições de saúde e em outros espaços onde trabalham profissionais.

Antes da legislação atual, o(a) Enfermeiro(a) exercia atividades predominantemente na área da Saúde Pública com atendimento individual e em grupo. Realizava coleta de informações preliminares (pré-consulta) para a consulta médica e posterior encaminhamento para serviços especializados ou pós-consulta.

As mudanças políticas, que ocorreram no país, contribuíram para que, na década de 50, a extinta Fundação Nacional de Saúde Pública (FSESP), na tentativa de levar assistência aos locais de difícil acesso e que não dispunham do profissional médico, propôs a utilização da mão de obra do(a) Enfermeiro(a) – que poderia exercer suas funções de forma independente – na promoção, prevenção e proteção à saúde e educação sanitária (LIMA, 2003, p.29).

Nos anos 60, com a realização do Curso de Planejamento de Saúde, promovido pela Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública, adotou-se, pela primeira vez, a designação Consulta de Enfermagem, em substituição a atendimento de Enfermagem, ficando esta atividade particularmente voltada para gestantes e crianças. Além disso, com o Decreto nº 50.387 de 28.03.61, foi regulamentado o exercício da Enfermagem e de suas funções auxiliares no país. O(A) Enfermeiro(a) contava com o respaldo em prescrições nas atividades preventivas, definidas pelo MS (LIMA, 2003, p.29).

A legitimidade ocorreu em 25.06.1986 através da Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406 de 08.06.87, que estabeleceu que a Consulta de Enfermagem é uma atividade privativa deste profissional. Em 1993, o COFEN, através da Resolução nº 159, estabeleceu e garantiu a obrigatoriedade da realização da Consulta de Enfermagem nos níveis de assistência à saúde em instituição pública ou privada. A esse respeito Moura (1997, p. 61) destaca que:

A filosofia desses documentos define, também, a ampliação da esfera de ação do Enfermeiro, não só na parte técnica, (pelas conquistas obtidas, entre as quais se ressaltam as Consultas de Enfermagem e a reconhecida capacidade que tem esse profissional, de realizar o parto normal sem distócias), mas também na administração e organização dos serviços de assistência de enfermagem e introduz mudanças no cenário da prática.

A Consulta de Enfermagem objetiva sistematizar, dar consistência, sentido, registro e memória à assistência de Enfermagem nos três níveis da atenção à saúde, conforme preconiza a Lei nº 8.080/1998 (BRASIL, 1998). Esta atividade compõe-se de quatro fases: a coleta dos dados; o estabelecimento dos diagnósticos de Enfermagem; a fase de implementação de cuidados; e a fase de avaliação dos resultados do plano de cuidados de Enfermagem (COFEN, 1998).

Atualmente, a Consulta de Enfermagem é realizada na Atenção Básica com respaldo na Lei do Exercício Profissional e de acordo com a rotina institucional. No caso de Juiz de Fora, esta rotina apresenta-se estabelecida no Protocolo Municipal (ANEXO 01). Para a OMS, a assistência Pré-natal objetiva salvaguardar a saúde da mulher na gravidez e o aleitamento; ensinar-lhe cuidados a ser dispensados às crianças; e favorecer o parto normal (BRASIL, 2006a). É importante para isso que esta assistência seja prestada desde o início da gestação por profissionais da saúde, especializados como o(a) Enfermeiro(a).

A assistência Pré-natal contribui para que sejam identificadas possibilidades de diagnóstico e tratamento da maioria de situações patológicas, particularmente as DST. Também repercute favoravelmente em resultados maternos (controle da enfermidade com redução da gravidade; tratamento da enfermidade) e melhores condições dos recém-nascidos. Neste sentido, cabe ao(à) Enfermeiro(a) estar atenta para recomendações sugeridas nos protocolos estabelecidos pelo MS.

A referida assistência precisa ser de qualidade e humanizada, por isso depende de provisão dos recursos necessários e da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos. É preciso que sejam evitadas intervenções desnecessárias e que sejam estabelecidas relações fundamentadas em princípios éticos, garantindo-se privacidade e autonomia da mulher,

compartilhando-se com esta e sua família decisões sobre condutas a ser adotadas (BRASIL, 2006a).

Além disso, para implementar as atividades do controle pré-natal, é necessário identificar os riscos a que cada gestante está exposta. É indispensável que essa identificação seja permanente, o que implica a avaliação da gestante em todas as consultas (BRASIL, 2006a).

Também é relevante a afirmação de Rezende e Montenegro (1999) de que a assistência Pré-natal constitui-se da orientação como sobre hábitos de higiene; assistência psicológica; e preparo para a maternidade, além da profilaxia, diagnóstico e tratamento das doenças inerentes à gestação ou nela intercorrentes. Além disso, destacamos que há muitos anos diversos autores (BRIQUET, 1970; PEIXOTO, 1981) apontam a importância de um aporte instrumental mínimo como fita métrica; balança; esfigmomanômetro; estetoscópio de Pinard; e um aporte laboratorial mínimo que inclua tipagem sanguínea; fator Rh; hemograma; sorologia para Sífilis; exame de urina; exame de fezes; e citologia oncótica.

O MS no PHPN (2000), com o intuito de reduzir altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, estabeleceu parâmetros mínimos e incentivos para melhorar o acesso e qualidade da assistência Pré-natal; da assistência ao parto e puerpério. Entre outros aspectos determina medidas como a capacitação de parteiras tradicionais e financiamento de Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica.

Os municípios que aderirem ao Programa receberam incentivo financeiro para reorganizar a assistência ao Pré-natal, com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC). Ficou estabelecido que o município para a realização de um adequado acompanhamento de Pré-natal e assistência à gestante

e a puérpera deve desenvolver esta modalidade assistencial em conformidade com os princípios gerais, realizando as seguintes atividades (BRASIL, 2006a):

a) Atenção Pré-natal e puerperal.

Realizar primeira consulta até o quarto mês de gestação (120 dias da gestação), garantindo os seguintes procedimentos:

- realização de, no mínimo, seis (6) consultas de acompanhamento Pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação;
- realização de uma (01) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;
- realização dos seguintes exames laboratoriais:
ABO-Rh, na primeira consulta;
VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana de gestação;
oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta e outro próximo da 30ª semana de gestação.
Hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta;
Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana de gestação,
Urina EAS colhidos na primeira consulta e por volta da trigésima semana de gestação;
- aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, (segunda), do esquema recomendado ou dose de reforço em gestantes com esquema vacinal completo há mais de 5 anos.;
- realização de atividades educativas;
- classificação de risco gestacional a ser aferido em todas as consultas.
- realização de sorologia para toxoplasmose na primeira consulta, se disponível (BRASIL, 2006).

Para que a gestante possa ser diagnosticada com DST na consulta de Pré-natal são recomendados os seguintes exames (BRASIL, 2006a):

- Sorologia para Sífilis (VDRL): repetir próximo à 30ª semana
glicemia em jejum: repetir próximo à 30ª semana;
- Sorologia anti-HIV, com o consentimento da mulher após o aconselhamento pré-teste;
- Sorologia para Hepatite B (HBsAg) e exame físico;
- Colpocitologia Oncótica (Papanicolau) - mulheres grávidas precisam se submeter, como as demais, ao exame colpo citológico, excluindo a coleta endocervical como parte da rotina pré-natal. O consenso brasileiro recomenda a Colpocitologia a cada 3 anos após duas consecutivas negativas, com intervalo de 1 ano em mulheres sexualmente ativas. Mulheres portadoras de DST precisam ser submetidas a Citopatologia mais freqüentemente pelo seu maior risco de diagnóstico como portadoras de Câncer cérvico-uterino ou de seus precursores.

b) Monitoramento da atenção Pré-natal e Puerperal.

O SIS Pré-natal é um sistema de informação sobre o PHPN de uso obrigatório em UBS. Após a confirmação da gravidez em Consulta Médica ou de Enfermagem, o Pré-natal é o início do cadastro neste Sistema, que objetiva o monitoramento da atenção Pré-natal até 42 dias após o parto e a disponibilização dos indicadores de processo, de resultado e de impacto:

- indicadores de processo: fornecem percentuais de gestantes que se inscreveram no Programa e realizaram a primeira consulta até o 4º mês e no mínimo 06 consultas de Pré-natal; consulta de puerpério; exames básicos; teste anti-HIV; e imunização antitetânica;
- indicadores de resultado: fornecem dados reveladores da proporção de recém-nascidos vivos com baixo peso em relação ao total de recém-nascidos vivos do município; e a proporção de recém-nascidos vivos prematuros em relação ao total de recém-nascidos vivos no município;
- indicadores de impacto: fornecem o coeficiente de incidência de Sífilis Congênita, Tétano neonatal; razão de mortalidade materna; neonatal precoce, tardia e total no município, comparando-se com o do ano anterior.

Segundo o MS (BRASIL, 2006a) a Atenção Pré-natal e puerperal precisa ser prestada pela equipe multiprofissional de saúde e as consultas de Pré-natal e puerpério podem ser realizadas pelo profissional Médico ou de Enfermagem. Também existem determinações de que o Pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado pelo(a) Enfermeiro(a), incluindo:

- ações educativas para as mulheres e suas famílias;
- consulta de Pré-natal de gestação de baixo risco;

- exames de rotina e orientação de tratamento conforme protocolo de serviço;
- encaminhamento de gestante identificada como de risco para o médico;
- atividades com grupo de gestantes, grupos de sala de espera, etc;
- visita domiciliar, quando for o caso;
- fornecimento do cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;
- coleta de exame citopatológico.

Com estas determinações compete ao(à) Enfermeiro(a) desenvolver habilidades e comunicação, aquisição de conhecimento científico e técnico e competências humanas para desenvolver uma Consulta interativa com a usuária. Na consulta de Enfermagem no Pré-natal, esta profissional precisa dispensar atenção especial em relação as DST na gravidez, o que implica na realização de ações educativas de aconselhamento individual e coletivo, enfatizando as repercussões e agravos à saúde da gestante e do concepto ao adquirir DST e não tratar, incluindo-se a necessidade de exames.

BARROSO *et al.* (2004) ressaltam que a partir do conhecimento de que a gravidez é uma fase vulnerável na vida da mulher e de extrema responsabilidade com uma nova vida, consideram a Consulta de Enfermagem uma ótima oportunidade para que seja priorizada a educação em saúde, especificando-se as DST, visando a prevenção de agravos da saúde da mãe/feto.

Em pesquisa realizada por Barroso *et al.* (2004) sobre promoção da saúde e DST a ênfase recaiu na vulnerabilidade das gestantes quanto ao risco de infecção pela DST que é acentuada, sendo importante ações de prevenção no atendimento prestado.

Estudos realizados (LIMA, 2003; BARROSO *et al.*, 2004) vêm demonstrando que a Consulta de Enfermagem no Pré-natal tem excelente qualidade e atende necessidades das gestantes.

Lima (2003) evidencia em sua pesquisa que gestantes relataram que entre as razões que as motivaram a procurar a assistência Pré-natal foram destacadas as relacionadas com atividades educativas, configuradas como dinâmicas e compatíveis com as condições sócio-econômicas e culturais; e consideram o(a) Enfermeiro(a) como o(a) profissional essencial para o acompanhamento durante o período de gravidez.

Como ressaltamos anteriormente, de acordo com a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, o(a) Enfermeiro(a) realiza Consulta de Pré-natal de gestação de baixo risco. Apesar de todo o respaldo legal, ainda há dificuldades na sua implementação em decorrência de sobrecarga de atividades administrativas e número insuficiente de profissionais no serviço de assistência à mulher, restringindo aos existentes as possibilidades de prestação da assistência Pré-natal (LIMA, 2003). Apesar da ampliação na cobertura, existem dados que demonstram comprometimento da qualidade dessa atenção como os relacionados à incidência de Sífilis Congênita; à identificação de que a Hipertensão Arterial ainda constitui a causa predominante de morte materna; a constatação de que somente uma reduzida parcela de gestantes inscritas no PHPN tem acesso e realiza o elenco mínimo das ações preconizadas (BRASIL, 2006a).

Ressaltamos que para a efetiva abordagem da gestante portadora de DST é necessário que o(a) Enfermeiro(a) lembre que, estas doenças estão diretamente vinculadas à intimidade e às práticas sexuais. O dimensionamento adequado da Abordagem Síndrômica é primordial e este(a) profissional precisa ter o cuidado de não superestimar ou subestimar a situação em que se encontra cada gestante, cabendo-lhe orientá-la e aconselhá-la de acordo com suas características (ARAUJO e CAMARGO JR, 2004). O(A) Enfermeiro(a) precisa perceber a gestante como um

ser humano que tem suas crenças, dúvidas, sentimentos, que são aspectos determinantes de práticas de riscos e atitudes diante do tratamento prescrito. Quando ocorrer suspeita de DST, o profissional de saúde deve direcionar a educação para redução de riscos; orientação sobre cuidados higiênicos; oferecimento dos testes anti HIV; realização de exame de prevenção de câncer de colo uterino; aconselhamento no contexto das DST; estímulo à adesão do tratamento; promoção de uso de preservativo; convocação dos parceiros sexuais; e notificação compulsória.

Reiteramos que as DST quando transmitidas na fase intrauterina e no período perinatal (gestação/parto/puerpério) podem ocasionar doenças no feto/neonato, e até mesmo a morte fetal. A gestante e seu companheiro precisam ser questionados quanto à presença ou exposição às DST e ser aconselhados quanto à prevenção e tratamento. Testes como VDRL, HIV e Hepatite B precisam ser realizados no Pré-natal para o diagnóstico ou não destas Doenças, cabendo ao(à) Enfermeiro(a) cuidar da indicação da necessidade de realização dos mesmos e indicar procedimentos para a terapêutica necessária.

Consideramos importante reforçar que a gravidez se caracteriza por vários ajustes fisiológicos e endócrinos direcionados à criação de um ambiente ideal para o desenvolvimento fetal. O sistema orgânico da gestante e a sua personalidade estão intimamente envolvidos nesse processo complexo (ROMEN, MAZAKI, ARTAL, 1999). Mesmo uma gestação que transcorre sem problemas demanda mudanças e adaptações na vida e no comportamento da mulher, que precisa passar a preocupar-se não só consigo, mas principalmente com um novo ser que ela abriga (BENUTE *et al.*, 2000). É muito importante a abordagem dos aspectos que afetam estas

mulheres, pois visa ampliar a sua conscientização sobre a vivência gravídica (KAHHALE *et al.*, 1997).

Enfatizamos que relacionar a atuação do(a) Enfermeiro(a) à assistência Pré-natal, às DST e à Atenção Básica, envolve a compreensão deste conjunto de ponderações, e além deste reconhecer as diretrizes políticas vigentes no país, como a ESF que contempla indicações essenciais para a organização dos serviços de saúde em UBS.

A OMS evidencia esta Estratégia como essencial para esta organização uma vez que visa, como medida operacional, a construção de um novo modelo assistencial de saúde, superando a concepção de "Programa de Atenção Primária em Saúde (APS) seletiva, pelo menos no discurso oficial" (MENDES, 2002, p. 29). De acordo com Farah (2006) esta estratégia em 2000 passa a constituir uma política em consonância com os princípios do SUS, entendida como reorganização do modelo uma vez que pressupõe rupturas com práticas tradicionais e hegemônicas de saúde. Esta Estratégia fundamenta-se nos princípios da Vigilância à Saúde (assistência integral abrangendo o processo saúde-doença, reconhecendo os sujeitos como essenciais na proposta através de seus princípios como humanização das práticas de saúde; estímulo à participação popular; e reconhecimento da saúde como direito do cidadão).

Vários autores expressam que a ESF tem como perspectiva gerar o reordenamento do modelo de atenção à saúde, podendo revelar a eficácia da APS. Esta perspectiva está assentada na dimensão de que com a implementação da ESF, uma vez que prioriza a intervenção precoce, antecipadora de agravos (ARAUJO, 1999; GIRARDZ e MENDES, 2005; CARVALHO, 2005).

Retomando a trajetória da ESF ressaltamos que foi inicialmente constituída como o PSF, criado no Brasil em 1994. É considerada uma estratégia prioritária de reorganização da Atenção Básica, que se caracteriza por ações individuais e coletivas de promoção e proteção à saúde; de prevenção de doenças; de diagnóstico de problemas de saúde; de tratamento, de reabilitação e de manutenção da saúde. Estas ações são realizadas seguindo-se as fases da assistência à saúde, e desenvolvidas com enfoque multiprofissional, através de atribuições privativas ou compartilhadas entre os integrantes da equipe de ESF (COFEN). A prestação desta assistência em diversos momentos está assegurada ao(a) Enfermeiro(a), considerando determinações da Lei nº 7.498/86 e o Art. 8º do Decreto nº 94.406/87, que estabelece que a Consulta de Enfermagem é atividade privativa do(a) Enfermeiro(a).

O protocolo definido pela Portaria nº12/2003 (ANEXO 01) (JUIZ DE FORA, 2003) reafirma a importância do trabalho do(a) Enfermeiro(a), enquanto integrante da equipe de ESF, e delimita como atribuições:

- I – realizar a assistência integral aos indivíduos e famílias na unidade de Saúde da Família e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários;
- II – realizar Consulta de Enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações observadas as disposições legais da profissão e conforme protocolos e outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, gestores estaduais, municipais ou do Distrito Federal.

Este protocolo prevê a atuação do(a) Enfermeiro(a) na consulta de Pré-natal e no controle das DST, utiliza parâmetros da Abordagem Sindrômica; delimita a prescrição de medicamentos, de acordo com o Manual de Controle das DST; indica a necessidade de grupos educativos e o controle das DST (Juiz de Fora, 2003). Apesar dos avanços na Atenção Básica nos últimos anos, as ações no controle das

DST e suas conseqüências têm sido no país, pulverizadas, e têm evidenciado diferenças marcantes entre as regiões.

A atuação do(a) Enfermeiro(a) neste nível de atuação utilizando-se da Abordagem Sindrômica inclui o tratamento, o acompanhamento por meio do aconselhamento, que favorece a reflexão das gestantes sobre sua vulnerabilidade/risco em relação a DST/Aids. Mesmo com estas determinações existem UBS que dispõem de restrita capacidade resolutiva e trabalham com agendamento de consultas destinando reduzido ou nenhum espaço para atendimento à demanda espontânea, reconhecendo a DST sintomática como uma emergência o que restringe a acessibilidade aos serviços, podendo acarretar conseqüências diversas para usuários principalmente homens que se encontram em situação de suspeita de diagnóstico de DST. Estes usuários podem utilizar recursos de saúde como Pronto Socorro, farmácias, curandeiros ou automedicação.

O Estudo realizado por Cromack *et al.* (2006) é revelador de que 416 (69%) gestantes fizeram referência a diagnósticos de DST no passado. Como dado mais recente mencionam que 77,2% procurariam serviços públicos de saúde e 12,8% serviços privados. Essa pesquisa mostrou a importância de se conhecer os serviços oferecidos pelo SUS o que pode contribuir para a melhoria da resolutividade no que tange a garantir o tratamento adequado das DST e orientar medidas de prevenção à gestante/familiares.

Destacamos também resultados do estudo realizado por Silva *et al* (2006) que identifica que, no serviço público, 70% das gestantes não receberam orientação sobre HPV/Condilomatose pelos profissionais de saúde e 30% receberam orientação sobre DST. Estes autores identificaram também a existência de contradições nas orientações fornecidas por profissionais de saúde às gestantes

com relação às DST. Neste sentido, enfatizam a necessidade de capacitar os profissionais de saúde, principalmente os que diretamente trabalham com usuárias no ciclo gravídico, para que possam ter acesso à interpretação dos resultados dos exames laboratoriais e adquirir conhecimentos sobre os malefícios das DST no corpo feminino e na formação e desenvolvimento do concepto.

CAPÍTULO III

ABORDAGEM METODOLÓGICA

A pesquisa que realizamos é de natureza exploratória e descritiva e utilizamos procedimentos quanti-qualitativos, pois tivemos necessidade de explorar situações desconhecidas. Consideramos que este tipo de pesquisa tem correspondência com os objetivos que delineamos. Reiteramos estas ponderações com as afirmações de Tanaka e Melo (2004, p.128), que consideram que diante à

[...] heterogeneidade e complexidade dos serviços de saúde é aconselhável que o desenho da avaliação utilize uma mescla das abordagens metodológica e quantitativa. Isto porque, ao mesmo tempo em que se complementam permitem avaliar diferentes facetas de um mesmo fenômeno e, dessa maneira, possibilita uma resposta mais adequada à pergunta avaliativa. A abordagem quantitativa permite revelar aspectos gerais do fenômeno avaliado e a abordagem qualitativa centra-se na explicação de aspectos do mesmo fenômeno. Isto implica que para dar conta da complexidade da produção de ações e serviços de saúde é recomendável que se lance mão de múltiplas abordagens.

Também em Minayo (1993, p.13) encontramos esclarecimentos de que a pesquisa qualitativa

articula a compreensão das estruturas, dos processos, das relações, das percepções, dos produtos e dos resultados, com a visão dos atores sociais envolvidos na sua constituição, desenvolvimento, contexto e possibilidades de mudanças.

Esta autora ressalta que a abordagem qualitativa "privilegia os sujeitos sociais que detêm atributos que o investigador pretende conhecer" (MINAYO, 1993, p. 102). Manifestamos a nossa concordância com os autores mencionados, pois entendemos que a utilização de procedimentos quanti-qualitativos para o estudo do objeto

delimitado contribuiu para ampliarmos as possibilidades de acesso a respostas que evidenciaram a realidade pesquisada, subsidiando o desvelamento de particularidades e indicando a necessidade de aprimoramento das ações para o enfrentamento das DST/Aids.

3.1 Cenário da Pesquisa

A pesquisa se desenvolveu nas 31 UBS/ESF/JF. Este município, localizado na zona da Mata do estado de Minas Gerais, tem uma população de 513.348 habitantes (BRASIL, 2007c). O motivo da escolha deste cenário decorreu da identificação preliminar que fizemos sobre a responsabilização de que o(a) Enfermeiro(a) realiza a consulta de Pré-natal a usuárias . Esclarecemos que os serviços de Atenção Básica estão distribuídos em 13 regiões administrativas e cada uma corresponde a um território que abrange um determinado número de bairros de acordo com a localização geográfica.

Conforme informações do Plano Municipal de Saúde (2002), a rede assistencial do SUS/JF é integrada por 56 Unidades, sendo 31 de UBS/ESF e 25 de UBS tradicional, cujo atendimento é organizado nas clínicas básicas (Clínica Médica, Pediatria, e Ginecologia), além de Odontologia e Assistente Social, presentes nos dois modelos. Nas 31 UBS/ESF, 79 Enfermeiros, integram a equipe mínima definida pelo MS (Médico, Enfermeira, Auxiliar de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde).

3.2 Sujeitos da Pesquisa

Os 79 profissionais de Enfermagem que definimos como sujeitos participantes desta pesquisa realizam consultas de Pré-natal nas 31UBS/EFS/JF, que constituiu o critério básico de inclusão. Identificamos esta situação por meio do Boletim de produção diária de cada Enfermeiro(a) em cada UBS/EFS. Solicitamos a participação voluntária das mesmas, sendo que 04 profissionais manifestaram que não queriam ser incluídos. Esta manifestação representou um dos critérios de exclusão que foi acrescido pelas seguintes situações: 15 deles estavam de férias ou licenciados e 02 não faziam Consulta de Pré-natal. A amostra selecionada a partir dos critérios de exclusão foi integrada por 58 profissionais que efetivamente realizavam Consulta de Enfermagem.

3.3 Coleta de Dados

O primeiro passo que antecedeu a coleta de dados foi o encaminhamento do projeto de pesquisa aos Comitês de Ética da EEAN/HESFA/UFRJ e da PJF. Também foi encaminhada carta de solicitação à SSSDA visando a liberação dos profissionais para a realização da entrevista individual.

Para aproximação do campo e apresentação do projeto foi realizada reunião com os gerentes das UBS/EFS onde fizemos a exposição e discussão sobre os objetivos e a necessidade de participação dos(as) Enfermeiros(as).

A partir da aprovação do projeto pelos Comitês de Ética supracitados (Protocolo de Pesquisa nº 09/08, 30.04.2008 – ANEXO 02), iniciamos contato telefônico com os(as) Enfermeiros para o agendamento das entrevistas.

Paralelamente, selecionamos dois profissionais de outra instituição de saúde que realizam Consulta de Enfermagem Pré-natal, com a finalidade de testar e validar o roteiro da entrevista para a coleta de dados e obter opiniões sobre a significação das perguntas, considerando-se os objetivos que delineamos. Paralelamente a essa atividade, selecionamos 05 acadêmicos do 6º e 7º períodos do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (SUPREMA), que haviam cursado a disciplina Metodologia da Pesquisa, para participar como voluntários auxiliando na coleta de dados e transcrição das entrevistas.

Antes da entrada no campo, fizemos um treinamento sobre a realização da entrevista com estes acadêmicos englobando aspectos éticos, além de enfatizar os objetivos do estudo e a necessidade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 01) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS/96) (APÊNDICE 02) (BRASIL, 1996). Seguimos as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas que envolvem seres humanos de acordo com esta Resolução, legitimando-as nos limites da Ciência e da Ética, com o objetivo de assegurar os direitos e deveres dos pesquisadores e dos sujeitos da pesquisa. Para garantir o anonimato e o sigilo destes entrevistados utilizamos pseudônimos - flores.

As entrevistas, duraram em média 30', incluindo a preparação inicial, que constou da nossa interação com o(a) Enfermeiro(a), visando explicar sobre os objetivos do estudo; esclarecimento de dúvidas; sobre a liberdade de recusa em qualquer momento da entrevista e/ou da pesquisa; e sobre o TCLE (APÊNDICE 01).

A coleta de dados implicou na utilização da técnica de entrevista semi-estruturada individual, constando de roteiro integrado por duas partes: caracterização do sujeito; e questões relacionadas aos objetivos deste estudo

(APÊNDICE 02). Esta modalidade de entrevista de acordo com Minayo (2004, p. 121) consiste:

[...] em enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação [...] onde o roteiro serve de orientação de baliza para o pesquisador o não cerceamento da fala dos entrevistados.

Na visão de Rosa; Arnoldi (2006), a entrevista semi-estruturada consiste de questões abertas que definem a área a ser explorada, tendo como vantagens:

- permite a obtenção de grande riqueza informativa – intensiva, holística e contextualizada – por ser dotada de um estilo aberto, questionamentos semi-estruturados;
- proporciona ao entrevistador oportunidade de esclarecimentos junto aos segmentos momentâneos de perguntas e respostas, possibilitando as inclusões de roteiros não previstos, sendo esse um marco de interação mais direta, personalizada e espontânea do que a entrevista estruturada;
- permite por ser entrevista individual uma maior intimidade e relação de reciprocidade entre entrevistado-entrevistador.

Nesta pesquisa, a entrevista semi-estruturada atendeu aos objetivos propostos, pois respondeu questões que norteiam o objeto deste estudo.

3.4 Análise e Interpretação das Informações Coletadas

A análise de conteúdo foi utilizada como técnica de análise e de interpretação dos dados coletados, sendo realizados, paralelamente à fase de coleta. A finalidade da análise é estabelecer compreensão dos dados coletados; confirmar ou não os objetivos da pesquisa; e ampliar o conhecimento sobre a temática escolhida. A técnica de análise de conteúdo é de Bardin (1978).

Os fundamentos que nos subsidiaram na utilização desta técnica foram os elaborados por Bardin (1978, p. 51) que a configura como:

[...] um conjunto de técnica e análise das comunicações, visando obter, por procedimentos, objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Para a fase de análise e interpretação das informações ordenamos os dados coletados que foram transcritos na íntegra. Realizamos a releitura das informações, visando organizá-las em categorias, após a reavaliação dos registros, e assumimos elaborar as inferências e a interpretação. Na fase de organização procuramos apreender e interpretar as determinações e as especificidades dos dados, que foram expressas na fase da coleta, reveladoras da utilização da Abordagem Sindrômica pelo(a) Enfermeiro(a). Partimos para a descrição do conteúdo das categorias, visando tratá-las para que pudéssemos nos assegurar do alcance dos objetivos da pesquisa.

Também na análise e interpretação nos reportamos às referências bibliográficas e incluímos como representação tabelas e gráficos, além de selecionar depoimentos segundo categorização estabelecida reconhecendo a ponderação feita por Lüdke e André (1986, p. 2): “todas as etapas do trabalho realizadas pela pesquisadora vêm sempre e necessariamente marcadas pelos sinais de seu tempo, comprometido, portanto, com a realidade histórica”. Estes mesmos autores consideram que descobertas feitas a partir de dados coletados têm relação com referências teóricas que contribuem para que ocorra a tomada de decisões mais seguras sobre reflexões, questionamentos e ponderações essenciais que denotam contribuições do estudo realizado.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Caracterização dos Sujeitos

Os sujeitos deste estudo foram 58 Enfermeiros(as) que atuam no ESF no município de Juiz de Fora e realizam a Consulta de Enfermagem no Pré-Natal. Com o objetivo de melhor caracterizar os sujeitos deste estudo, utilizamos o Quadro 1 demonstrativo dos dados sobre o perfil destes profissionais: sexo; tempo de graduação; tempo de especialização em ESF; treinamento em Abordagem Síndrômica; tempo de atuação na Atenção Básica; e tempo de atuação no Pré-natal.

Para identificação dos sujeitos entrevistados, utilizamos pseudônimos de nomes de flores e, a seguir, apresentamos a caracterização das entrevistadas por ordem de realização das entrevistas.

Tabela 01
Abordagem das DST – Consulta de Enfermagem em Pré-Natal – ESF/JF
Perfil dos(as) Enfermeiros(as)
Juiz de Fora – 2008

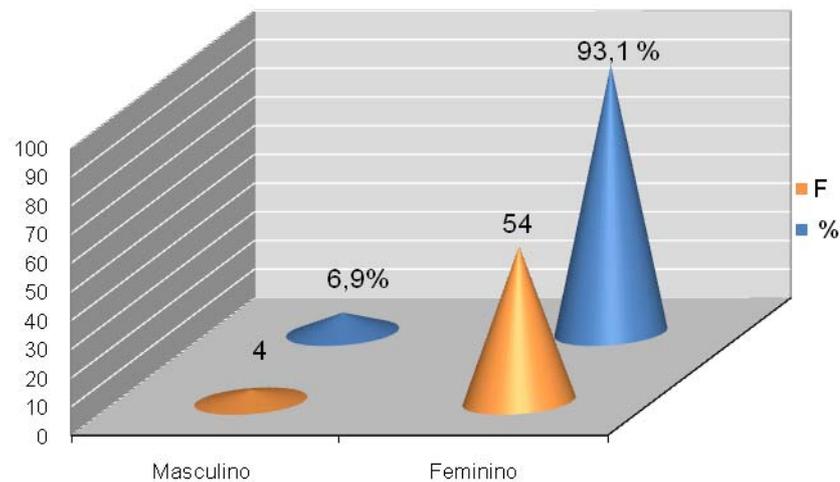
| Nº | PSEUDÔNIMO | SEXO | GRAD. (ANOS) | ESPECIALIZAÇÃO (ANOS) | TREINAMENTO ABORD SIND | ATENÇÃO BÁSICA (ANOS) | PRÉ-NATAL (ANOS) |
|----|---------------|------|--------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|------------------|
| 02 | Acácia | F | 11 | ESF – 10 | Não | 7 | 2 m |
| 07 | Açapão | F | 7 | ESF – 3 | Não | 7 | 4 |
| 12 | Agapanto | F | 15 | Enf Clínica/Auditoria | Não | 4 | 4 |
| 57 | Alamanda | F | 12 | CTI – 7 | Não | 5 | 5 |
| 53 | Alfazema | F | 22 | ESF – 12 | Não | 19 | 10 |
| 35 | Alísso | F | 6 | Enf Obst /ESF – 6 | Sim | 6 | 4 |
| 03 | Amor-perfeito | F | 13 | Ter Intensiva – 6 | Sim | 2 | 2 |

| | | | | | | | |
|----|--------------------|---|----|---|-----|---------|---------|
| 33 | Angélica | F | 30 | ESF – 10 | Sim | 10 | 10 |
| 50 | Antúrio | F | 20 | ESF (curs 08/09) | Não | 4 | 4 |
| 39 | Azaléia | F | 14 | UTI/ESF (curs08/09) | Não | 2 | 2 |
| 43 | Begônia | F | 27 | Enf Trab – 26 ESF – 3 | Não | 5 | 5 |
| 14 | Beijo de moça | F | 10 | ESF – 3 | Não | 8,5 | 3 |
| 10 | Bouganvília | F | 25 | ESF – 15 | Não | 8 | 8 |
| 40 | B Princesa 2 | F | 17 | ESF – 3 | Sim | 7 | 6 |
| 58 | Bromélia | F | 7 | CTI/ESF – 1 | Não | 4 | 4 |
| 29 | Calêndula | F | 24 | ESF/Saúde Pública | Sim | 6 | 24 |
| 45 | Camélia | F | 10 | ESF – 7 | Não | 10 | 2 |
| 06 | Cerejeira | F | 9 | Enf Obst/ESF | Sim | 8 | 8 |
| 37 | Cinerária | F | 20 | Terapia Intensiva 23 ESF (cursando) | Não | 1,5 | 0,5 |
| 28 | Clemátite | F | 13 | ESF (curs 08/09) | Não | 3 | 1 |
| 32 | Copo de leite | F | 10 | ESF – 1 | Não | 8 | 1 |
| 5 | Cravina | F | 11 | Terapia Intensiva ESF – 1 e 5 m | Não | 1 e 5 m | 1 e 5 m |
| 48 | Crisântemo | F | 6 | ESF – 1 Saúde Mulher – 6 | Não | 6 | 6 |
| 31 | Dalia | F | 7 | ESF – 4 | Sim | 7 | 7 |
| 41 | Erica | F | 17 | Enf Trab Ter Intensiva/ESF (curs 08/09) | Não | 5 | 1,5 |
| 36 | Espirradeira | M | 6 | ESF – 5 Estomaterapia (curs) | Sim | 6 | 4 |
| 17 | Estrelítzia | F | 7 | ESF – 6 Capacit Pedag – 5 | Sim | 4 | 2 |
| 16 | Flor de laranjeira | F | 28 | Saúde Família – 6 Saúde Mulher Pedagogia Aplicada | Sim | 8 | 25 |
| 44 | Flor de lotus | M | 4 | ESF (curs 08/09) | Não | 1 e 3 m | 1 m |
| 26 | Flor de maio | F | 10 | UTI – 3 | Não | 10 | 10 |
| 34 | Flor margarida | F | 23 | ESF (curs 08/09) | Não | 9 | 4 |
| 13 | Flor de moreira | M | 20 | ESF – 8 | Sim | 8 | 8 |
| 19 | Gazânia | F | 11 | ESF | Sim | 11 | 5 |
| 54 | Gerânio | F | 20 | Saúde Família – 12 Enf Obst – 7 | Não | 14 | 8 |
| 20 | Gérbera | F | 15 | ESF – 2 | Não | 5 | 1 |
| 21 | Girassol | M | 10 | S Família (curs 08/09) | Não | 1 | 1 |
| 09 | Gloxínia | F | 2 | ESF – 2 | Sim | 2 | 2 |

| | | | | | | | |
|----|----------------------|---|----|---|-----|---------|---------|
| 51 | Hibisco | F | 16 | Gestão Hosp – 10 ESF – 5 | Não | 5 | 3 m |
| 11 | Hortencia | F | 9 | ESF – 7 | Sim | 9 | 6 |
| 04 | Ibisa | F | 8 | ESF (curs 08/09) UTI Neo | Não | 1 e 8 m | 1 e 8 m |
| 01 | Ipê amarelo | F | 6 | Terapia Inten/Enf Med Cir – 3 | Não | 3 m | 3 m |
| 15 | Iris | F | 6 | S Mulher/Urgência ESF – 4 | Sim | 6 | 6 |
| 52 | Jasmim | F | 21 | Sup Hospitalar ESF – 13 | Sim | 20 | 12 |
| 18 | Kalan-Choe | F | 24 | ESF – 12 Saúde Mental – 8 | Sim | 12 | 4 |
| 38 | Lágrima de Cristo | F | 26 | Saúde Mulher ESF – 10 | Sim | 10 | 20 |
| 55 | Lesianto | F | 7 | ESF – 6 | Sim | 7 | 4 |
| 27 | Lírio | F | 9 | ESF – 6 Obst/CTI | Sim | 9 | 8 |
| 24 | Lírio da paz | F | 24 | ESF – 1,5 | Não | 5 | 8 |
| 46 | Monsenhor | F | 16 | ESF (curs 08/09) | Não | 4,5 | 4,5 |
| 08 | Ninféia | F | 20 | ESF – 12 | Sim | 20 | 5 |
| 30 | Orquídea | F | 19 | ESF – 12 | Sim | 16 | 10 |
| 47 | Papoula | F | 10 | ESF – 10 | Sim | 4 | 4 |
| 49 | Passiflora | F | 18 | Saúde Família – 1 | Não | 4 | 4 |
| 42 | Prímula | F | 24 | Enf/Saúde Família 11 e 5 m | Não | 22 | 12 |
| 56 | Rosa | F | 8 | ESF – 3 Ter Intensiva – 5 | Sim | 6 | 2,5 |
| 25 | Trialis | F | 22 | Saúde Família – 13 | Não | 21 | 10 |
| 23 | Tulipa | F | 6 | Saúde Família – 6 | Sim | 6 | 6 |
| 22 | Violeta | F | 25 | S Coletiva/Obst S Família (curs 08/09) | Não | 1,5 | 2 |

Fonte: Pesquisa de Campo – 2008

Gráfico 01
Abordagem das DST – Consulta de Enfermagem em Pré-Natal – ESF/JF
Sexo
Juiz de Fora – 2008

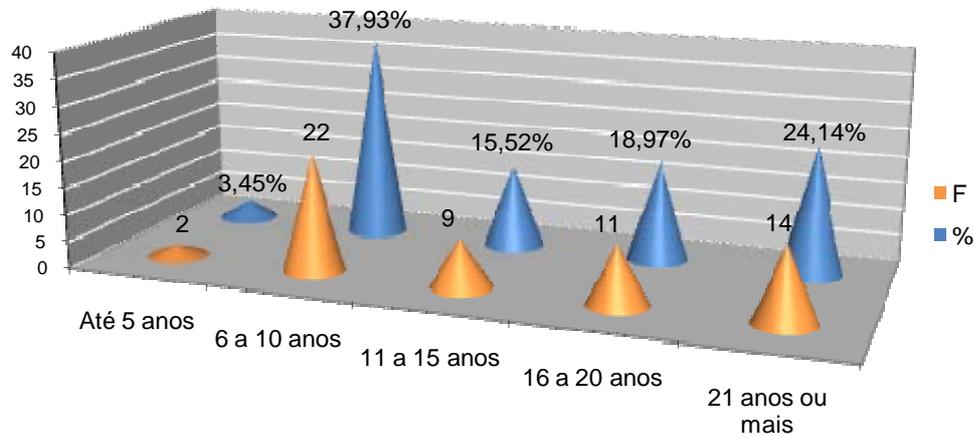


Fonte: Pesquisa de Campo – 2008

O Gráfico 01 contém os dados sobre a distribuição por sexo dos entrevistados, sendo a predominância de mulheres - 93,10%. De acordo com estudos de Gil (2005); Machado (2000); e Spinelli; Canesqui (2006), esses dados confirmam a tendência nacional sobre a feminilização da força de trabalho nas equipes de ESF.

Cabe-nos esclarecer que na Enfermagem a predominância de profissionais de sexo feminino está associada principalmente a valores sócio-culturais que traduzem a responsabilização do cuidado à mulher. Além disto, existe a ponderação de que esta profissão demanda detalhamento e particularidades que se inserem nas atividades de prestação da assistência. Também em nível sócio-cultural foi sendo constituída a dimensão de que a mulher detém potencialidades que estão relacionadas a atributos de percepção das minúcias, de paciência e de dedicação.

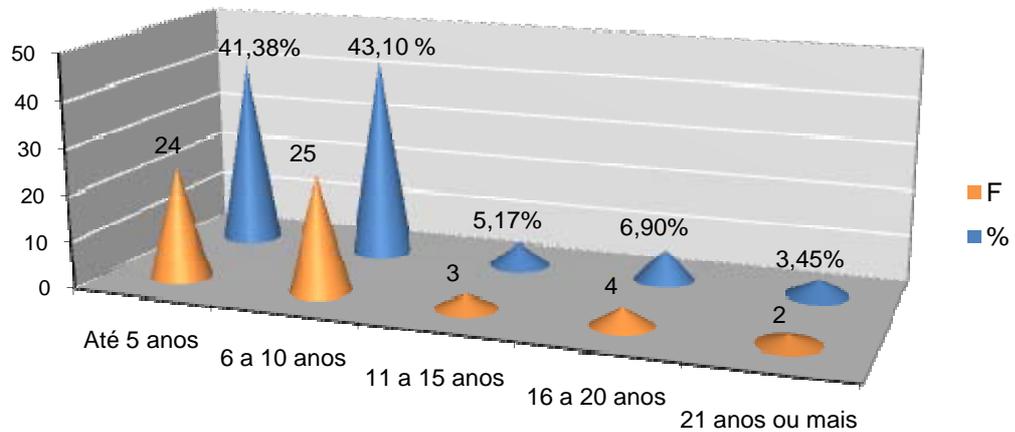
Gráfico 02
Abordagem das DST – Consulta de Enfermagem em Pré-Natal – ESF/JF
Tempo de Graduação
Juiz de Fora – 2008



Fonte: Pesquisa de Campo – 2008

O Gráfico 02 nos possibilita perceber que 37,93% dos entrevistados concluíram a Graduação entre 6 a 10 anos e também atuam maior tempo na Atenção Básica em Juiz de Fora. Não encontramos diferença significativa quanto aos entrevistados que concluíram seus cursos entre 11 a 20 anos (34,49%) e nem quanto aos entrevistados formados entre 21 ou mais anos (24,14%). Estes dados demonstram que apenas 3,45% dos entrevistados podem ser configurados como iniciantes no exercício profissional, visto que 96,55% enquadram-se em tempo de formado superior a 6 anos. Verificamos que nas UBS/ESF predomina a experiência acumulada que pode ser indicativa de qualificação adequada no cotidiano do trabalho. Além disto, cabe-nos reportar que o estudo realizado por Gil (2005) revelou que 48,7% dos profissionais estavam graduados entre 1 a 5 anos. Podemos afirmar que a prevalência que encontramos nas UBS/ESF pesquisadas é reveladora de que os profissionais podem estar acumulando devido a experiência profissional, conhecimentos e habilidades que tendem a contribuir para a conquista de avanços na sua atuação na ESF.

Gráfico 03
Abordagem das DST – Consulta de Enfermagem em Pré-Natal – ESF/JF
Tempo de Atuação na Atenção Básica
Juiz de Fora – 2008



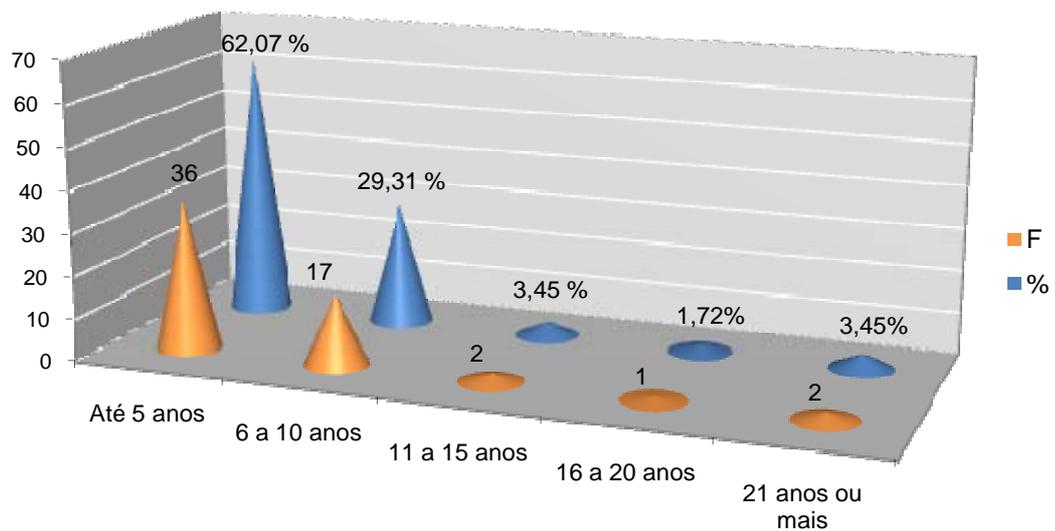
Fonte: Pesquisa de Campo – 2008

No que se refere ao tempo de atuação na Atenção Básica identificamos no Gráfico 03 que 41,38% dos entrevistados têm até 5 anos de experiência; 43,10% entre 6 a 10 anos. Destacamos ainda que 10,35% têm experiência neste nível de Atenção anterior à implantação da ESF em Juiz de Fora.

Com estes dados inferimos que a atuação do profissional de saúde devido à complexidade das intervenções e das situações vivenciadas na Atenção Básica, tende a ser efetivada com eficiência e eficácia, considerando-se a experiência acumulada por tempo de trabalho em UBS/ESF.

Destacamos também que o conhecimento para esta atuação deve ser cumulativo e ampliado no sentido de responder às demandas das frações populacionais usuárias da ESF.

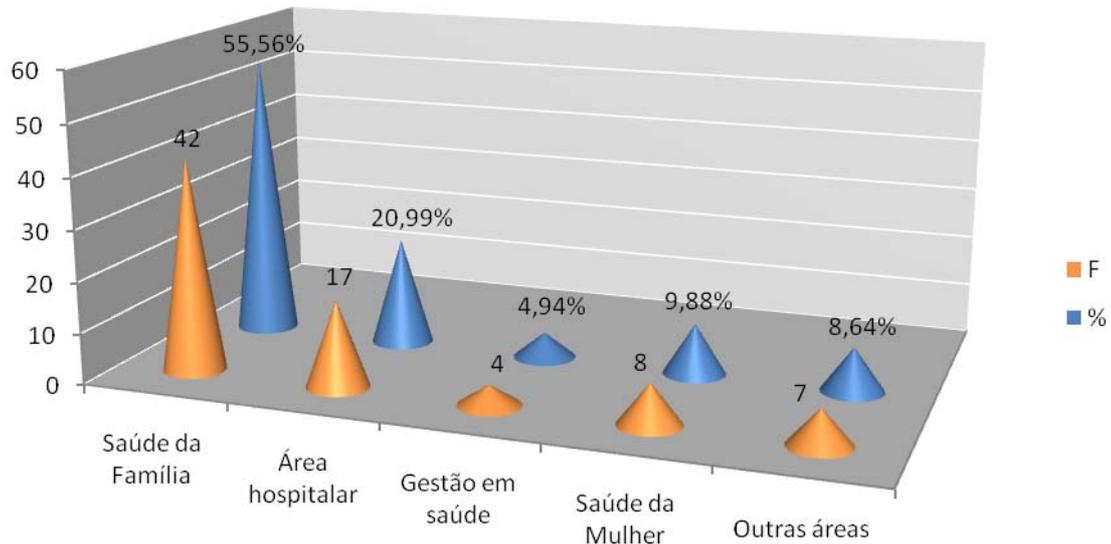
Gráfico 04
Abordagem das DST – Consulta de Enfermagem em Pré-Natal – ESF/JF
Tempo de Atuação no Pré-natal
Juiz de Fora – 2008



Fonte: Pesquisa de Campo – 2008

O tempo de atuação no Pré-natal equivale ao tempo de atuação na Atenção Básica, como podemos verificar no Gráfico 03. Na Atenção Básica, o(a) Enfermeiro(a) se destaca no atendimento a gestantes, incluindo principalmente a Consulta de Pré-natal e as ações educativas. Detectamos que a maioria dos entrevistados com atuação de até 10 anos tem maior tempo no Pré-natal, a partir da implantação e da implementação das diretrizes da política de saúde na área da mulher como: PHPN (2000); expansão do número de equipes da ESF; realização do protocolo municipal; curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (2000); determinações legais do COFEN. Com isto vem ocorrendo o fortalecimento e incentivando a atuação do(a) Enfermeiro(a) no Pré-natal.

Gráfico 05
Abordagem das DST – Consulta de Enfermagem em Pré-Natal – ESF/JF
Área do Curso de Especialização
Juiz de Fora – 2008

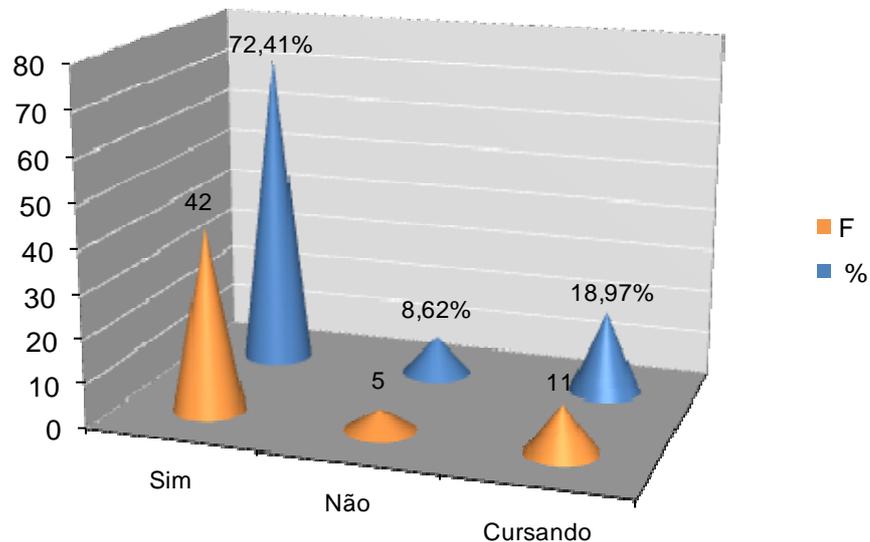


Fonte: Pesquisa de Campo – 2008

Quanto à área que realizaram o Curso de Especialização, identificamos a predominância (55,56%) em ESF. Destacamos que foi observado que 24 Enfermeiros(as) têm mais de um Curso de Especialização.

Os dados descritos demonstram que a maioria dos entrevistados tem capacitação profissional adequada para desenvolver atividades de Atenção Básica, podendo-se particularizar o Pré-natal e as DST/HIV. Configuramos que a capacitação é um dos aspectos fundamentais para a atuação profissional em UBS e, neste aspecto, reconhecemos esforços da SSSDA/PJF no aperfeiçoamento destes profissionais que atuam na ESF. Além disso, destacamos que 08 Enfermeiros(as) têm Especialização na área de Saúde da Mulher, que contempla conhecimentos sobre assistência Pré-natal.

Gráfico 06
Abordagem das DST – Consulta de Enfermagem em Pré-Natal – ESF/JF
Enfermeiro(a) com Especialização em Saúde da Família
Juiz de Fora – 2008



Fonte: Pesquisa de Campo – 2008

O Gráfico 06 demonstra que a maioria dos(as) Enfermeiros(as) já têm Curso de Especialização em Saúde da Família; e 18,97% dos entrevistados cursando esta Especialização com previsão de término previsto para 2009.

Em estudo feito por Gil (2005), verificamos a recomendação para a necessidade de oferta de curso de Pós-graduação *lato sensu*. No caso de Juiz de Fora, com este estudo verificamos que 72,41% dos (as) Enfermeiros (as) possuem a mencionada Especialização, evidenciando a existência de qualificação adequada para atuação na estratégia de Saúde da Família. O primeiro curso de Especialização em Saúde da Família foi promovido pela SES/MG em parceria com a UFJF, em 1987, para profissionais inseridos nos serviços municipais de saúde (FARAH,1999).

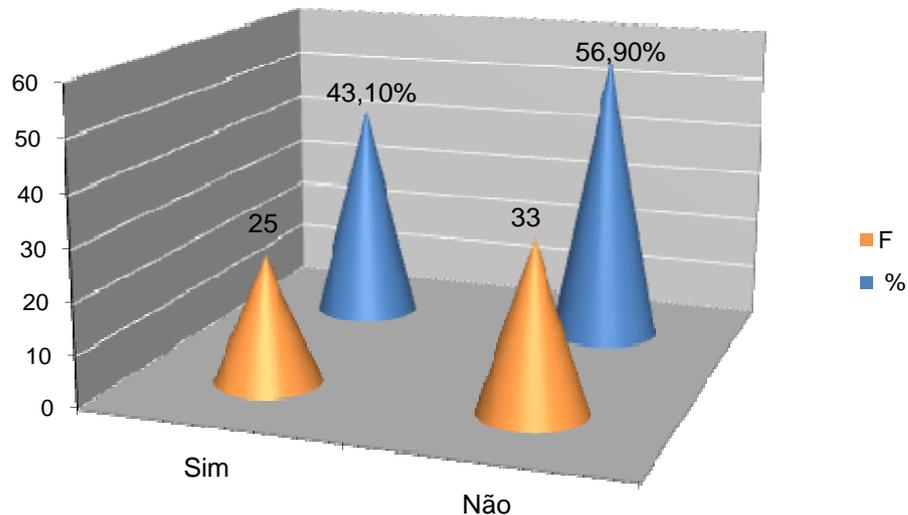
Desde 1999, através do pólo de Capacitação de Recursos Humanos para a ESF, vinculado a esta Universidade, tem sido oferecido anualmente o referido

Curso, com o total de 40 vagas, para profissionais que trabalham em UBS/ESF do município e da região. Além disso, têm a Universidade Estácio de Sá e a Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (SUPREMA), instituições particulares de ensino superior, que também oferecem esta modalidade de curso. Corroborando com os dados, Spinelli; Canesqui (2006), enfatizam em outra pesquisa realizada no Estado do Mato Grosso sobre perfis e avaliação dos Médicos e Enfermeiros em ESF, que embora os profissionais tenham participado de cursos desta natureza, persistem demandas para essa qualificação considerando que os esforços empreendidos nesse sentido não atendem à totalidade das demandas profissionais postas pela realidade das UBS, e que singularizam diretrizes da ESF, como, por exemplo, as DST/Aids, em gestantes..

Os resultados demonstram que os profissionais entrevistados possuem Especialização em ESF/JF (100%) o que não corresponde aos resultados da pesquisa realizada por Machado (2003). Este autor destaca que 70% de Médicos e Enfermeiros da ESF não têm nenhuma formação de pós-graduação.

Na pesquisa realizada por Gil (2005), observa-se que os(as) Enfermeiros(as) possuem Especialização em Saúde Pública ou Saúde Coletiva. Esta também foi uma revelação neste nosso estudo. De acordo com Macho (2000) e Escorel (2002) existem diferentes perfis de formação e de qualificação, como o dos(as) Enfermeiros(as) mais voltados à Saúde Pública, reafirmando a prevalência para a Atenção Básica.

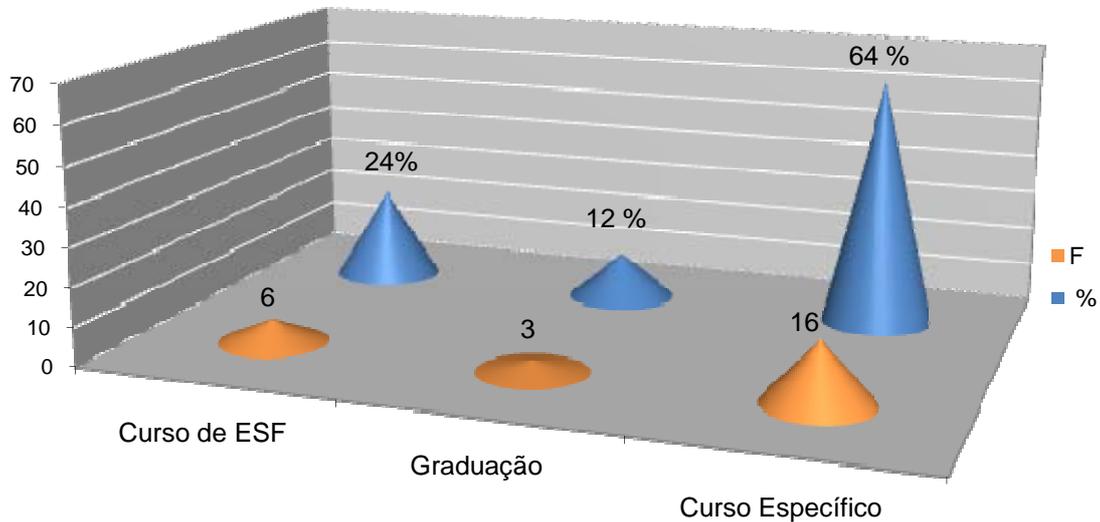
Gráfico 07
Abordagem das DST – Consulta de Enfermagem em Pré-Natal – ESF/JF
Capacitação em Abordagem Sindrômica
Juiz de Fora – 2008



Fonte: Pesquisa de Campo – 2008

O Gráfico 07 expressa que dos 58 entrevistados, apenas 25 participaram de capacitação em Abordagem Sindrômica. Verificamos que 56,90% não possuem esta capacitação, o que influencia significativamente a sua atuação com usuárias gestantes, principalmente as que manifestam necessidade de diagnóstico, tratamento e controle de DST. Como já descrevemos anteriormente, o MS (BRASIL, 2008c), preconiza a utilização desta Abordagem no diagnóstico e tratamento das DST, como estratégia a mais eficaz para controle dessas Doenças, incluindo que os procedimentos se caracterizam pela simplicidade, baixo custo e níveis de resolutividade satisfatórios. Os dados deste gráfico expressam um dos motivos da não utilização da Abordagem Sindrômica pelos entrevistados, o que demonstra a necessidade de ampliar a qualificação para a efetiva implementação desta Abordagem.

Gráfico 08
Abordagem das DST – Consulta de Enfermagem em Pré-Natal – ESF/JF
Origem da Capacitação em Abordagem Sindrômica
Juiz de Fora – 2008



Fonte: Pesquisa de Campo – 2008

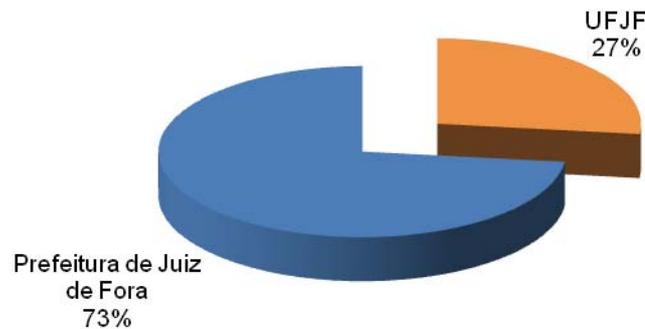
Observamos no Gráfico 08 que dos 33 entrevistados que participaram da capacitação em Abordagem Sindrômica, 64% foram capacitados em curso específico de educação continuada. Destacamos que 12% foram capacitados sobre esta Abordagem na Graduação em Enfermagem, o que demonstra a reduzida priorização desta modalidade no processo de formação acadêmica.

Outro dado merece destaque, pois refere-se à situação que encontramos sobre a participação de 42 Enfermeiros(as) no Curso de Especialização em ESF. Neste Curso somente 06 profissionais tiveram acesso ao conteúdo sobre esta Abordagem.

É notória a deficiência nos Cursos de Graduação e Pós-graduação quanto à inclusão da temática diretrizes políticas de saúde, em particular as que tratam do controle das DST e as definidas pelo Programa Nacional de DST/Aids, singularizando a utilização da Abordagem Sindrômica em DST. Esta ponderação é

fundamental porque consideramos relevante a capacitação de profissionais como pré-requisito para a atuação dos mesmos, independente do tipo de usuárias porque é necessário evitar complicações advindas das DST e contribuir para interromper a cadeia de transmissão de DST/Aids.

Gráfico 09
Abordagem das DST – Consulta de Enfermagem em Pré-Natal – ESF/JF
Instituição Promotora da Capacitação em Abordagem Síndrômica
Juiz de Fora – 2008



Fonte: Pesquisa de Campo – 2008

A capacitação dos profissionais da PJJ, em sua maioria, é realizada pelos serviços existentes (73,08%). O MS a partir do conhecimento sobre a realidade demonstrada e com o objetivo de articular necessidades e possibilidades de desenvolver a educação e a capacidade resolutiva dos profissionais da área da saúde criou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores desta área.

Destacamos também que a UFJF, como órgão responsável pelo processo de formação e de qualificação de profissionais desta área, precisa ampliar suas

disponibilidades neste processo para que sejam viabilizadas melhorias na atuação dos mesmos quanto à prevenção, diagnóstico e tratamento das DST. Acreditamos que é necessária uma maior interação com os serviços de saúde, potencializando as políticas de educação permanente dos profissionais que atuam na referida área. A atividade de educação permanente precisa ser realizada pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde, que incluem diversas instituições como: hospitais de ensino; serviços públicos de saúde; faculdades e universidades (BRASIL, 2007b).

Encontramos em Salum (1996, p.51) referências que corroboram com o que evidenciamos sobre a carência de integração entre as instituições formadoras de recursos humanos (faculdades e universidades) e as que prestam serviços públicos de saúde, pois as primeiras “ainda encontram-se distantes da realidade dos serviços”. Estas instituições dividem espaços e têm interesses diferentes, o que resulta na reduzida troca de informações, saber e experiências entre acadêmicos, docentes e trabalhadores da área da saúde. Percebemos com o mesmo estudo que há a necessidade premente de ampliar a interação entre órgãos formadores de recursos humanos, serviços e comunidade, buscando adequar o processo de formação, qualificação e capacitação de profissionais à realidade dos serviços e às diretrizes políticas vigentes, visando a abordagem integral dos usuários. Reiteramos que, um serviço público de saúde pautado na qualidade, equidade, universalidade, integralidade, precisa atender necessidades das frações populacionais usuárias das UBS/EFS e, nesta dimensão, o processo de formação e capacitação de profissionais tem que ser assumido na perspectiva de qualificação continuada. O investimento na formação, através de mudanças curriculares e organização de processos de educação permanente nos serviços públicos de saúde, torna-se prioridade visando a

conquista de avanços efetivos no modelo assistencial de saúde (CECCIM *et al.*, 2002).

No Brasil, a política nacional de Atenção Primária à saúde tem como meta reorientar o modelo assistencial e, junto a esta reorientação, foram criados os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para profissionais da ESF. As ações que englobam a interrelação, saúde e ensino representam estratégias para a intervenção e reorientação deste modelo e buscam inferir nas mudanças curriculares, articular ensino-serviço, aproximando o saber da prática, procurando romper limitações e dificuldades constatadas no cotidiano das instituições de saúde.

Temos a intencionalidade com este estudo de reforçar que a ESF na perspectiva da Atenção Básica implica no atendimento à necessidade de formar, qualificar e capacitar profissionais para atuação em UBS. Verificamos que é fundamental compreender o significado dos resultados desta investigação, que apontam para demandas reais.

Manifestamos este procedimento porque no decorrer da realização das entrevistas com o sujeito deste estudo ampliamos a nossa compreensão sobre a experiência de profissionais em UBS/EFS. A partir desta experiência identificamos 04 categorias de análise:

- abordagem sobre as DST na Consulta de Enfermagem;
- atuação dos(as) Enfermeiros(as) no Diagnóstico e Tratamento das DST;
- implementação da Abordagem Sindômica: facilidades e dificuldades;
- propostas para efetiva adoção da Abordagem Sindrômica.

4.2 Abordagem Sobre as DST na Consulta de Enfermagem

A análise das entrevistas incluiu a ordenação de indicadores (Tabela 02) que coletamos junto aos(as) Enfermeiros(as) visando retratar como as gestantes vivenciaram situações com as DST. As prevalências recaíram em 44 manifestações com os indicadores entrevista, queixa, anamnese e histórico; e 33 manifestações com os indicadores preventivo, exame físico, exame clínico e clínica.

Tabela 02
Abordagem das DST – Consulta de Enfermagem em Pré-Natal – ESF/JF
Identificação das DST nas Gestantes
Juiz de Fora – 2008

| | |
|--|----|
| Entrevista / Queixa / Anamnese / Histórico | 42 |
| Preventivo / Exame Físico / Exame Clínico / Clínica | 33 |
| Sinais e Sintomas / Sintomas / Sinais | 11 |
| Exame de Rotina / Laboratorial | 10 |
| Exame Clínico com Apoio na Abordagem Síndrômica / Manual de DST / Investigação e Protocolo | 02 |

Fonte: Pesquisa de Campo – 2008

Sobre as modalidades de Abordagem em DST, destacamos que na revisão de literatura encontramos três tipos:

- a) abordagem etiológica - consiste na instituição da terapêutica específica com base nos resultados de exames laboratoriais, visando a identificação de um agente etiológico. Os exames laboratoriais contribuem na vigilância do perfil etiológico das diferentes síndromes clínicas e da sensibilidade aos medicamentos utilizados no tratamento.
- b) abordagem clínica - é a instituição terapêutica eficaz contra determinada patologia; baseada na experiência clínica do profissional. Além disso, estudos comparativos demonstraram a baixa validade do diagnóstico clínico.

c) abordagem sindrômica - utiliza os fluxogramas de conduta específicos, desenvolvidos e testados nacional e internacionalmente; estes são instrumentos que auxiliam o profissional que realiza o atendimento e inclui categorias para cada síndrome clínica: úlcera genital; corrimento uretral masculino; corrimento feminino; e dor pélvica (ANEXO 03). Os fluxogramas contêm as informações básicas necessárias ao manejo dos pacientes e para utilizá-los, o profissional identifica a síndrome que se encontra no topo do quadro e segue os passos, tomando as decisões de acordo com os achados clínicos. Após o fluxograma de cada síndrome, são apresentadas as notas explicativas correspondentes a cada polígono de decisão e ação. Informações mais específicas sobre as doenças abrangidas para cada síndrome são oferecidas imediatamente, após as notas de esclarecimento de cada fluxograma (BRASIL, 2008c). Quanto aos instrumentos que auxiliam o profissional que realiza o atendimento aos portadores de DST em serviços de Atenção Básica à saúde são apontadas as seguintes vantagens:

- manejo rápido de casos de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde;
- maior cobertura, por facilitar a implantação ao nível primário;
- padronização do tratamento;
- oportunidade de introdução de medidas preventivas e de promoção à saúde.

Através do relato dos(as) Enfermeiros(as) sobre o tipo de abordagem que utilizam para o atendimento às gestantes quanto à presença de DST, verificamos pelos relatos que ficam restritos à clínica e à etiológica:

"Através da entrevista, exame físico, queixas ginecológicas e resultados de exames" (Ipê Amarelo).

"Através dos exames de rotina solicitados durante o pré-natal e na consulta ginecológica para realização do preventivo" (Cerejeira).

"Geralmente através de queixas, a partir daí é avaliado o corrimento através do exame especular" (Hortência).

"Através do histórico da mulher você procura conhecer a história dela, depois realiza o preventivo e analisa os sintomas apresentados" (Tulipa).

Com estes relatos fica evidenciado que a Abordagem Sindrômica para o diagnóstico e tratamento das gestantes não é utilizada. Destacamos que, conforme descrita anteriormente, a abordagem clínico-etiológica não apresenta os resultados esperados para o diagnóstico e tratamento das DST, principalmente, porque as mulheres muitas vezes se apresentam assintomática.

A explicitação feita por um entrevistado é reveladora de que a identificação de DST se efetiva primeiramente de acordo com a "queixa" apresentada pela usuária. Como medida posterior é avaliado o corrimento, pelo exame especular, o que demonstra a realização de uma prática de controle de DST.

Além deste exame é importante a análise de avaliação de risco (parceiro com sintoma; usuária com múltiplos parceiros sem proteção; usuária que pensa ter sido exposta a uma DST; usuária de região de alta prevalência de Gonococo e Clamídia), o que justifica aliar o referido exame com a avaliação de risco, quando inexitem condições de diagnóstico etiológico preciso (MENEZES; FAÚNDES, 2004).

Quanto a esta análise, observamos também que o entrevistado referido anteriormente não efetivou a avaliação de risco, o que limitou a adoção de condutas na prevenção, no tratamento e na interrupção da cadeia de transmissão de DST/Aids.

Também esclarecemos que o Manual do MS sobre DST (BRASIL, 2006e), ressalta que a anamnese; a identificação das diferentes vulnerabilidades; e o exame físico precisam constituir os principais instrumentos diagnósticos destas Doenças.

Identificamos nos relatos dos(as) Enfermeiros(as) que na abordagem à usuária com DST, não é avaliada sua vulnerabilidade. Esta avaliação auxilia na identificação destas Doenças e propicia o aconselhamento – ações fundamentais no controle das DST.

O aconselhamento consiste na utilização de um espaço na relação de confiança que o(a) Enfermeiro(a) estabelece com a usuária. Também propicia a avaliação da situação de risco, estimula a usuária e seu parceiro a participarem de atividades de educação para a saúde particularizando-se as DST.

As ações primordiais que foram mencionadas para o atendimento de usuárias com DST podem garantir a qualidade do processo de aconselhamento; adesão ao tratamento e ao serviço, visando curar infecções; cessar sintomas; contribuir para evitar complicações advindas das DST; e interromper a cadeia de transmissão de DST/HIV (BRASIL, 2006e).

Na pesquisa que realizamos verificamos que o profissional na Consulta de Enfermagem no Pré-natal realiza anamnese e exame clínico ginecológico, mas não aborda a vulnerabilidade das gestantes com estas Doenças no decorrer do atendimento. Em nenhum momento identificamos nos depoimentos questionamentos à gestante quanto a situações que envolvam outras vulnerabilidades que podem implicar na transmissão destas Doenças.

Nos depoimentos que selecionamos podem ser percebidas as dimensões da visão das usuárias expostas nas abordagens realizadas pelos profissionais de Enfermagem:

"Pela característica que ela relata para a gente pelos sintomas e pelo exame" (Flor de Amoreira).

"Na primeira consulta a gente pergunta se tem alguma queixa e em todo encontro que a gente tem com a gestante a gente pergunta se está tendo algum corrimento, alguma queixa de modo geral e a partir da 12ª semana faz-se um preventivo se tiver menos de um ano que a pessoa não tiver feito e a partir de qualquer queixa dela a gente colhe o material" (Íris).

Reiteramos que no Manual de DST (BRASIL, 2006e), o profissional de saúde precisa estar cada vez mais atento, pois entre mulheres é comum observar a presença da infecção sem ou com reduzidos sintomas ou queixas; o que tende a não ser percebido por homens. Diante desta percepção feminina o fluxograma pode ser aplicado ao ser identificados sinais no decorrer do exame genital, apesar de se esperar uma menor sensibilidade. É importante salientar que o exame clínico-ginecológico precisa ser realizado na totalidade das gestantes de uma UBS/ESF. Esta prática pode contribuir para uma gestação saudável, o que contribui para reduzir aborto espontâneo; natimorto; baixo peso ao nascer; infecção congênita; perinatal, que configuram situações associadas às DST não tratadas em gestantes.

Acrescemos a esta análise as ponderações sobre depoimentos dos(as) Enfermeiros(as) quanto a realização do exame preventivo de câncer de colo de útero, detecção e tratamento de DST a ser realizada a partir da décima segunda semana. Ressaltamos que este exame, de acordo com o MS (BRASIL, 2006b), deve ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. Em relação às mulheres com idade inferior a 25 anos e superior a 60 anos, é fundamental que sejam considerados:

- a) fatores de risco;
- b) frequência de realização dos exames;

c) resultados anteriores.

Neste sentido a frequência do rastreamento precisa corresponder a cada caso individualizado. Além disto, reforçamos que, em gestantes, é recomendado que não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento e que este pode ser feito em qualquer período da gestação, mas a preferência é o período até o sétimo mês. A coleta deve ser feita com a espátula de Ayres e não usar escova de coleta endocervical (BRASIL, 2006b).

Esclarecemos que de acordo com estudos de prevalência, mulheres com DST apresentam lesões precursoras do colo do útero cinco vezes mais frequentes do que as que procuram outros serviços médicos. Evidenciamos assim que estas mulheres têm mais risco de contrair câncer do colo do útero principalmente se houver infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Esta situação aumenta de 3 a 10 vezes o risco de a mulher se infectar pelo HIV e esta possibilidade amplia para 18 vezes se a doença cursa com úlceras genitais. Tratando de especificar a usuária gestante reforçamos que a presença de DST e o não tratamento adequado implicam em consequências como: risco de aborto espontâneo; natimorto; infecção congênita e perinatal.

Estas ponderações fundamentam a importância deste nosso estudo também pelo fato de que identificamos que os profissionais entrevistados, destacando os capacitados, não se sentem com conhecimento suficiente para a efetiva utilização da Abordagem Sindrômica. Cabe, no entanto, levantarmos a questão quanto aos cursos ministrados e a obtenção das habilidades para o manejo das DST. Reiteramos que dos(as) 25 Enfermeiros(as) que receberam capacitação para aplicar esta Abordagem somente uma a utiliza no atendimento das gestantes.

Considerando as reflexões apresentadas percebemos que podemos formular o questionamento: por que os profissionais das UBS/ESF, sujeitos desta pesquisa, não buscam alternativas de capacitação para utilizar a Abordagem Sindrômica, visto que reconhecem a aplicabilidade da mesma na assistência Pré-natal?

4.3 Atuação dos(as) Enfermeiros(as) - Diagnóstico e Tratamento das DST em Gestantes

Ao analisarmos os critérios que os entrevistados utilizam para a formulação do diagnóstico e o tratamento das gestantes, verificamos que os mesmos buscam prestar o atendimento por meio de parâmetros diversos. O recurso que utilizam como principal é o protocolo do MS, seguido pelo exame preventivo de câncer (CA) de colo e exames físico e laboratorial. Todavia, no que se refere ao tratamento da DST quando diagnosticada, o que ocorre é a inclusão da participação do Médico que associa os resultados dos exames à avaliação clínica. Esta conduta indica que não se utiliza a Abordagem Sindrômica das DST.

Destacamos dos depoimentos dos entrevistados as prevalências: uso do "protocolo do MS"; "tratamento dependendo do resultado do exame e reconhecimento da colaboração do Médico". Estes são aspectos que apontam divergências de conduta e que estão mencionados na Tabela 03.

Tabela 03
Abordagem das DST – Consulta de Enfermagem em Pré-Natal – ESF/JF
Divergências de Conduta – Protocolo MS e Tratamento
Juiz de Fora – 2008

| | |
|--|----|
| Protocolo do Ministério da Saúde | 21 |
| Tratamento Dependendo do Resultado do Exame e com Ajuda do Médico | 16 |
| Exames Laboratoriais e Físicos | 15 |
| Preventivo | 15 |
| Queixas e Sintomas Relatados pela Paciente | 12 |
| Satisfação da Cliente / Clínica Clara / Consulta / Entrevista / Investigação Informações das Usuárias / Anamnese | 10 |
| Encaminha para o Instituto da Mulher | 2 |
| Não Teve Treinamento em Abordagem Síndrômica | 1 |
| Protocolo de Abordagem Síndrômica | 1 |

Fonte: Pesquisa de Campo – 2008

Com estas identificações consideramos necessário reafirmar que a utilização da Abordagem Síndrômica em DST pressupõe a aplicação dos fluxogramas visando especificar sinais e sintomas sentidos pela usuária de UBS/ESF. A partir desta identificação, o profissional de Enfermagem pode estabelecer as condutas para o tratamento adequado. Reiteramos que esta Abordagem é um instrumento fundamental na Atenção Básica, pois auxilia o profissional que realiza o atendimento, proporcionando rapidez e eficácia nos esquemas terapêuticos para cada síndrome. Estas ações visam além de tratar, evitar as complicações advindas das DST são preocupantes no período gestacional.

Os fluxogramas contêm as informações básicas necessárias ao manejo da usuária. Com relação a este aspecto, destacamos que do total de entrevistados, 57 Enfermeiros(as) expressaram que não utilizam a Abordagem Síndrômica em DST, na avaliação das condições em que se encontra cada usuária. Este fato evidencia desconhecimento das ações preconizadas pelo MS e que confere ao profissional respaldo legitimado. Cabe-nos explicitar que a pesquisa realizada por Faúndes; Menezes (2004) para validação do fluxograma de corrimento vaginal em gestantes,

a Abordagem Sindrômica contribuiu para a adoção de recursos e orientação visando o controle e a eliminação deste corrimento. Além disto, foi ressaltada a necessidade de ampliar o treinamento de profissionais no emprego desta Abordagem.

Encontramos a validação desta Abordagem em publicação do MS (BRASIL, 2006e) que reforça o nosso posicionamento: a utilização dos fluxogramas de conduta pode propiciar o diagnóstico precoce e o tratamento imediato das DST no contexto da Atenção Básica, o que significa o atendimento à mulher no período gravídico- puerperal.

Informamos em depoimentos dos entrevistados selecionados aspectos que contém a validação de ações realizadas com gestantes de UBS/ESF, mas que denotam a ausência da utilização da Abordagem Sindrômica:

"Numa Consulta de Pré-natal à gente vai tentando falar de tudo que aparece faz uma orientação e às vezes fazemos até grupos com as gestantes, mas muitas das vezes elas não vêm, eu acho as gestantes daqui muito sem entusiasmo" (Flor de Laranjeira).

"Através do exame Pré-natal ou no preventivo normal" (Girassol).

"Baseio-me nos relatos e nos sintomas da paciente. Não utilizo muito Abordagem Sindrômica, me baseio também nos resultados dos exames" (Violeta).

"Não tenho treinamento em Abordagem Sindrômica, nem sei o que é isso" (Clematide).

"Não vou responder, porque eu não faço sozinha, só faz pedido de exame" (Azaléia).

"Não, até porque estou desatualizado" (Flor de Lótus).

Com estas explicitações acreditamos que a capacitação do(a) Enfermeiro(a) que trabalha em UBS/ESF continua como demanda não atendida na integralidade, pois não contempla a diversidade de recursos, como a Abordagem Sindrômica, as medidas de promoção e proteção da saúde da gestante e conceito (BRASIL, 2006). Estas indicações que expressam a necessidade de capacitação se inscrevem na

dimensão de que a qualificação precisa ter continuidade. Desta forma, acreditamos que poderão ser criados espaços para a utilização desta Abordagem em UBS/ESF, o que contribuirá para que a usuária gestante tenha condições de reconhecer porque o profissional precisa utilizar esta estratégia. Além disto, esperamos que estes aspectos venham fortalecer o aconselhamento coletivo e individual, que podem propiciar mudanças no panorama do crescente número de casos de DST em frações populacionais, principalmente em mulher gestante/recém-nascido.

Importa-nos ressaltar que apenas em um depoimento encontramos argumentação de um entrevistado que nos esclareceu sobre a utilização dos fluxogramas de Abordagem Sindrômica em DST:

"Houve a queixa, escolhe o fluxograma, linhas de raciocínio clínico e conduta" (Espirradeira).

Além disto, a Enfermeira Calanchoe afirma que conhece a existência desta Abordagem e que utiliza o fluxograma não em termos de conduta subsequente e assume que encaminha para o médico proceder a adoção de medidas necessárias:

"Segue o fluxograma a partir da queixa, encaminhando para o médico – orientações" (Calanchoe).

Ampliando esta análise mencionamos que a atuação dos profissionais de Enfermagem em UBS/ESF/JF dispõe de recursos orientadores como o protocolo (ANEXO 01) que respalda legalmente intervenções que podem ser demandadas como a de prescrever medicamento quando atende. Além disto, selecionamos em depoimentos, como os da Enfermeira Espirradeira, argumentações que são esclarecedoras sobre a aceitação e utilização de diretrizes orientadoras do MS, que visam reduzir a cadeia de transmissão de DST. Esta entrevistada nos informa que

com estas diretrizes é possível destacar a diminuição do risco para a infecção pelo HIV e complicações perinatais. Reiteramos que também nestes argumentos ficou evidenciada a necessidade da capacitação continuada dos(as) Enfermeiros(as).

4.4 Implementação da Abordagem Sindrômica: Facilidades e Dificuldades

Nesta categoria buscamos identificar as facilidades e dificuldades na utilização da Abordagem Sindrômica pelos entrevistados, sendo que 26 apontaram dificuldades e 19 facilidades nesta utilização.

Com relação às dificuldades apresentadas obtivemos os seguintes resultados:

Tabela 04
Abordagem das DST – Consulta de Enfermagem em Pré-Natal – ESF/JF
Dificuldades na Abordagem Sindrômica
Juiz de Fora – 2008

| | |
|---|----|
| Não Ter Treinamento | 11 |
| Prescrição de Medicamentos | 07 |
| Demanda Reprimida | 05 |
| Não Tratamento dos Parceiros | 01 |
| Desconhecimento dos Enfermeiros da Abordagem Sindrômica | 01 |
| Não Valorização da Abordagem Sindrômica | 01 |

Fonte: Pesquisa de Campo – 2008

Para melhor ilustrar, destacamos de depoimentos argumentações sobre dificuldades mencionadas por entrevistados que refletem a demanda crescente de usuárias:

[...] "o mais difícil é a quantidade da demanda que é enorme e, portanto, teria que disponibilizar uma grade maior. A grade da Enfermeira do ESF é muito apertada, mas eu não tenho dificuldade técnica, tenho uma dificuldade de sistema" (Monsenhor).

"No meu caso a minha demanda é muito reprimida. Eu tenho muitas usuárias para atender, às vezes as marcações vão até três meses à

frente. Então, dar conta de todas as pacientes que tenho é a minha dificuldade" (Passiflora).

"A dificuldade é a falta de tempo devido à quantidade de usuárias para fazer o preventivo" (Girassol).

Verificamos nas entrevistas que um dos fatores que dificultam a utilização da mencionada Abordagem é a demanda elevada de usuários aos serviços de Atenção Básica. Esta é uma queixa freqüente dos profissionais que atuam em UBS/ESF, pois atende o ciclo de vida de familiares, o que gera insatisfação nos mesmos quanto desempenho das competências nas suas atividades.

Também informamos em pesquisas realizadas que incluíam análise de indicadores selecionados de 1998 a 2004, na ESF (BRASIL, 2006f), foi revelado que a cobertura dos serviços cresceu significativamente e os indicadores relacionados à morbi-mortalidade declinaram. Abordando o mesmo assunto, Araújo (2008), que é médica sanitária da ESF, em estudo realizado no município de Campina Grande (PB) apontou que uma das dificuldades que interfere na efetividade da prestação de serviços de saúde em UBS vincula-se ao excessivo número de famílias atendidas por uma equipe, o que gera uma sobrecarga de trabalho, comprometendo a qualidade da prestação da assistência e, aos usuários, acarreta insatisfação como consequência de uma demanda reprimida.

Retomando os depoimentos dos entrevistados do nosso estudo esclarecemos que foi relatado como dificuldade a prescrição de medicamentos pelos(as) Enfermeiros(as), visto que argumentaram:

"Tenho dúvidas na dosagem da medicação" (Jasmin).

"Na atualização e adequação. As medicações da UBS diferente" (Acácia).

"Os medicamentos padronizados não estão disponíveis e não podemos prescrever outros medicamentos" (Espirradeira).

Consideramos importante lembrar que o exercício do profissional em Enfermagem, de acordo com a Lei nº 7.498 – 25.06.1986 (COFEN, 1986), prevê como uma das competências a prescrição de medicamentos por Enfermeiros, como integrantes da ESF, quando previamente estabelecidos em programas de saúde coletiva e em rotina aprovada por instituição de saúde. Reafirmando a atuação do Enfermeiro no Brasil, o COFEN baixou a Resolução nº 271 (COFEN, 12.07.2002), que regulamenta ações profissionais na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Neste documento, o profissional tem autonomia na escolha dos medicamentos e posologia e responde pelos atos praticados. Entretanto, na prática, estas atribuições estão restritas aos programas de saúde pública e a rotinas aprovadas em instituição pública/privada.

Corroborando com estas explicitações evidenciamos que na esfera governamental da administração municipal de Juiz de Fora, de acordo com o protocolo existente (ANEXO 01), estão enumerados em listagem os medicamentos que podem ser prescritos por Enfermeiros(as) quando da utilização do método da Abordagem Sindrômica. Quanto a este aspecto elucidamos que nas argumentações das entrevistadas, Jasmim e Acácia, ficou explicitada a dificuldade para usar a Abordagem Sindrômica, pois desconhecem a dosagem das medicações e ainda inferem que a utilização da medicação disponível é diferente. Jasmim expressa desconhecimento da dosagem de medicação e, conseqüentemente, do protocolo do MS sobre Abordagem Sindrômica, pois este documento indica a medicação e a posologia adequada para cada DST.

Na visão de Cassiani; Coimbra (2001), a administração de medicamentos exige que o profissional de Enfermagem detenha conhecimentos técnico/científicos.

No entanto, em pesquisa realizada por Freitas; Oguisso (2007) sobre a prescrição de medicamentos por Enfermeiros(as) foi evidenciado que países como Suécia, Austrália, Canadá, Estados Unidos, Reino Unido e Nova Zelândia singularizam o pioneirismo na implantação dessa experiência. Na Suécia, por exemplo, o governo fez avaliação positiva, comprovando melhora do nível de assistência, da comunicação e do acesso a usuários. Na Austrália, existem qualificações positivas da parte de corporações médicas, visto que configura que a prescrição de medicamentos por Enfermeiros(as) tem contribuído para a melhoria dos serviços para os usuários. Cabe-nos também apontar que apesar dos valores positivos supracitados, existem resistências de grupos médicos sobre a prescrição de medicamentos por Enfermeiros(as) sob a alegação de que pode haver aumento de custo por causa de diagnóstico mal feito por estes profissionais. Quanto ao Brasil reiteramos que o(a) Enfermeiro(a) tem autonomia legalmente reconhecida na escolha dos medicamentos e respectiva posologia, respondendo integralmente pelos atos praticados, o que corresponde às determinações da Resolução nº 195 (COFEN, 18.02.1997). De acordo com esta Resolução o(a) Enfermeiro(a) tem a competência e atribuição para solicitar exames de rotina e complementares. Essa Resolução se pautou na Lei de Exercício Profissional (nº 7.498/86) e no seu Decreto regulamentador (nº 94.406/87). Acrescentamos que a mencionada Resolução, respaldada em programas do MS, como os que têm responsabilização com DST/Aids (Coordenadoria de Assistência à Saúde), Viva Mulher; Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança. Também informamos que, além do que fizemos menção anteriormente sobre o posicionamento de grupos de Médicos, existem divergências sobre a prescrição de medicamentos por profissionais de Enfermagem. Consideramos que esta situação demanda de profissionais que atuam na área da

saúde a ampliação de discussões visando resolver esta legitimidade sobre a prescrição como competência do(a) Enfermeiro(a).

Enfatizamos que é imprescindível expandir esta discussão para as instituições de ensino (Graduação, Pós-graduação) no sentido de ampliar a capacitação de profissionais visando inclusive a atualização das determinações legais valorizando o exercício da prática da prescrição medicamentosa por Enfermeiros(as). Esta prática encontra correspondência em outras ocasiões que ressaltamos e que têm sentido também recomendada em UBS/ESF como complementares à Consulta de Enfermagem que refere à solicitação de exames de rotina; exame clínico/obstétrico.

Reportamos ainda que a política de assistência farmacêutica tem-se configurado como ineficaz em UBS/ESF o que não corresponde às determinações do Manual do MS (BRASIL, 2006e). Neste Manual a organização de serviços para atendimento de portadores de DST demanda disponibilidade de medicamentos para o tratamento oportuno e estes, além de padronizados, encontram-se responsabilizados às esferas estadual e municipal, quanto à sua aquisição. Também no referido Manual está esclarecido que a UBS/ESF precisa acolher portadores de DST visando contribuir para a queda da cadeia de transmissão destas Doenças e do HIV.

Em termos de depoimentos dos entrevistados que abordam a dificuldade de carência de capacitação para atuar junto a gestantes utilizando-se a Abordagem Síndrômica para a detecção e tratamento das DST, selecionamos as argumentações:

"Gostaria de ter o preparo em Abordagem Síndrômica por ser muito importante para dar orientação, treinamento aos pais dos recém-nascidos e como eu já trabalhei em UTI neonatal eu vi e vivenciei isso e eu vejo a importância disso" (Cravina).

"Falta conhecimento sobre o assunto, domínio, o que aprendi foi voltado na teoria da faculdade. Falta treinamento, alguns têm falha na sua formação. Hoje está melhorando muito" (Flor de Maio).

"Não posso responder, não sei sobre isso" (Clemátide).

"O fato de ser pouco valorizada (a Abordagem Síndrômica) no sistema de saúde, é pouco conhecido pelos(as) Enfermeiros(as)" (Lesianto).

Estas manifestações contribuem para evidenciar que a dificuldade percebida pelos(as) Enfermeiros(as) limita a atuação efetiva dos mesmos porque não dispõem de capacitação adquirida em Abordagem Síndrômica das DST no Pré-natal. Entendemos que esta constatação é preocupante uma vez que estes profissionais prestam assistência a várias gestantes, o que demanda conhecimentos sobre as diversas repercussões causadas pelas DST no ciclo perinatal, incluindo o conceito.

Reforça a nossa manifestação de que é urgente e necessária a capacitação dos(as) enfermeiros(as) em tecnologias disponíveis e com comprovada eficácia. Nesse sentido, Martins (2001, p.157) analisa que na visão dos(as) enfermeiros(as) possibilidades de melhoria de assistência à gestante residem também na redefinição do papel social dos profissionais e dos dirigentes institucionais na defesa de que saúde significa atenção preventiva e compromisso com as diversas frações populacionais. No que tange às novas dimensões no processo vivido pela mulher no Pré-natal, o profissional de Enfermagem precisa empenhar-se com determinação assumindo o papel de agente transformador; desenvolvendo ações educativas, consideradas estratégias simples e econômicas, mas que podem produzir mudanças que repercutem na saúde da mãe e da criança.

Deparamos nas argumentações de Flor de Maio e Lesianto com explicação que têm correspondência com as elaborações de Pierantoni *et al.* (2003, p291) ao enfatizar que "os currículos aplicados têm demonstrado inadequações de conteúdo e

de práticas pedagógicas para o exercício de atividades que envolvam a pluralidade das necessidades do sistema de saúde".

Além disto, os entrevistados manifestam o desconhecimento de ações e protocolos preconizados pelo MS, pois a utilização da Abordagem Sindrômica em DST está definida desde 1993. Sobre esta definição a entrevistada Flor de Maio expressou que existe deficiência no processo de capacitação dos profissionais nos serviços aplicados pela UBS/ESF e fez referência à formação acadêmica, que esta situação também existe especificando-se a Graduação em Enfermagem. Esse depoimento foi ratificado quando analisamos que a capacitação em Abordagem Sindrômica ocorreu para 11,54% dos entrevistados somente na Graduação.

Ampliando o conhecimento sobre as implicações da referida Abordagem nos detivemos nas facilidades enumeradas pelos entrevistados que abordam os aspectos apresentados na Tabela 05.

Tabela 05
Abordagem das DST – Consulta de Enfermagem em Pré-Natal – ESF/JF
Facilidades na Abordagem Sindrômica
Juiz de Fora – 2008

| | |
|--------------------------|----|
| Definição do Diagnostico | 07 |
| Resolutividade | 07 |
| Utilização do Fluxograma | 02 |
| Respaldo Legal | 01 |
| Norteia a Conduta | 01 |
| Trabalho em Equipe | 01 |

Fonte: Pesquisa de Campo – 2008

Entre os entrevistados identificamos que uma minoria mencionou como aspectos fundamentais sobre a utilização desta Abordagem, a definição de diagnóstico e a resolutividade. Nas argumentações que salientamos existe o reforço desta prudência:

"Ajuda a fazer o diagnóstico" (Trialis).

"Diagnóstico mais seguro é o diagnóstico laboratorial que dá um complemento" (Orquídea).

Cabe-nos reportar que Trialis e Orquídea expressam que a facilidade de utilizar esta Abordagem recai também na definição do diagnóstico, sendo que Orquídea enfatiza que é o diagnóstico laboratorial. Neste sentido esclarecemos que o MS (BRASIL, 2008c) preconiza que o diagnóstico sindrômico simples precisa ser utilizado não só pelo Médico, mas por outros profissionais da área da saúde.

Podemos exemplificar que na Holanda os(as) Enfermeiros(as) utilizam este diagnóstico para o tratamento de pacientes com DST há alguns anos.

Quanto à resolutividade também selecionamos depoimentos que ilustram o posicionamento dos entrevistados, demonstrando reconhecimento sobre a Abordagem Sindrômica:

"Interrupção da cadeia, pois a partir do momento que você trata não tem multiplicação/duplicação das DST" (Papoula).

"Não deixa o profissional esquecer detalhes importantes na abordagem da cliente (Ex: solicitação de exames complementares HIV, VDRL, economia de tempo, prevê tratamento em dose única, ajuda no raciocínio clínico" (Espirradeira).

Consideramos importante destacar que estudos como o de Faúndes; Menezes (2004) sobre validação do fluxograma desta Abordagem em gestantes; e os do MS (BRASIL, 2008b) que demonstram que, a longo prazo, esta Abordagem apresenta melhor custo/benefício, diminuindo complicações advindas de tratamentos inadequados ou falta de tratamento para gestante/feto.

4.5 Propostas para Efetiva Adoção da Abordagem Sindrômica

As manifestações dos entrevistados estão contemplam as sugestões e proposições que podem contribuir para a adoção efetiva da Abordagem Sindrômica no atendimento a usuárias gestantes em UBS/ESF/JF, apresentadas na Tabela 06:

Tabela 06
Abordagem das DST – Consulta de Enfermagem em Pré-Natal – ESF/JF
Sugestões e Propostas – Adoção da Abordagem Sindrômica
Juiz de Fora – 2008

| | |
|--|----|
| Treinamento / Capacitação / Atualização | 37 |
| Divulgação da Abordagem Sindrômica | 05 |
| Grupo de Discussões com Outros Profissionais | 01 |
| Disponibilização de Medicamentos Sem Interrupção | 01 |

Fonte: Pesquisa de Campo – 2008

Considerando os depoimentos coletados, verificamos que a prevalência recai na necessidade de capacitação nesta Abordagem. O processo de educação continuada apresenta-se como um recurso estratégico visando o objetivo de preparar os profissionais da área da saúde para realizar ações de prevenção e tratamento das DST/HIV, com eficácia e eficiência. A capacitação mencionada urge como demanda efetiva, pois este é um assunto que, em sua grande maioria, não é de domínio dos profissionais de Enfermagem que atendem às gestantes no Pré-natal em UBS/ESF/JF.

Enfatizamos que o trabalho com DST requer atenção especial em temáticas não habitualmente trabalhadas no cotidiano dos serviços públicos de saúde em Atenção Básica, como as que envolvem sexualidade, práticas sexuais, preconceitos e tabus, que são fundamentais para a efetiva ação de prevenção e quebra da corrente de transmissão das DST/HIV.

Ressaltamos que no nosso estudo 43,10% dos(as) Enfermeiros(as) têm capacitação para atuar utilizando-se desta Abordagem. Todavia entre estes, apenas uma profissional esclareceu que faz uso efetivo da mencionada Abordagem.

Reiteramos que os resultados que obtivemos sinalizam a distância entre a formação e as demandas postas pelos serviços públicos de saúde em UBS/ESF, o que tem correspondência com debates promovidos em fóruns de Saúde sobre o despreparo dos profissionais para atuarem na inversão do modelo assistencial concluindo também para esclarecer a carência de integração ensino-serviço (FARAH, 2006).

Explicitamos ainda que a dificuldade quanto à utilização desta Abordagem para gestantes favorece a diversidade de posicionamentos dos profissionais da área da saúde quanto à existência de condutas diferenciadas e muitas vezes até divergentes, refletindo de forma acentuada na qualidade da assistência prestada a gestantes em UBS/ES/JF.

Interessa-nos então apontar que nos diferentes depoimentos existem sugestões que consideramos valiosas como as que selecionamos:

"Acredito que todos deveriam ter treinamento em Abordagem Síndrômica" (Açapão).

"Acho que é importante esta abordagem nas DST durante o Pré-natal para evitar malformações" (Lírio da paz).

"Precisa de treinamento para ter maior segurança, para se obter melhor diagnóstico de Enfermagem. Falta conhecimento do assunto" (Flor de Maio).

"Eu acho que devia ter mais treinamento, voltar a falar no assunto porque eu acho que o que a gente sabe é pouco, sendo que os(as) Enfermeiros(as) deveriam saber sobre isso porque é muito importante" (Calêndula).

"Ter educação continuada. Tem que estar atualizada para atender DST/casos" (Dália).

*"Esse tema deveria ser mais divulgada entre os(as) Enfermeiros(as)"
(Lágrima de Cristo).*

*"Se tivesse um treinamento na utilização da Abordagem Sindrômica
seria uma coisa boa" (Crisântemo).*

Verificamos assim que a SSSDA/PJF precisa ampliar as possibilidades de educação continuada de Enfermeiros(as). Neste sentido é ilustrativa a contribuição de Farah (2006) de que as diretrizes propostas pela ESF incluem desde o desafio de caracterização da sua concepção que pressupõe a capacitação dos profissionais; a organização do trabalho da equipe e dos serviços; a reestruturação do modelo assistencial de saúde; além da mobilização para mudanças na formação em nível universitário. Enfatizamos ainda que, a experiência de envolver trabalhadores na elaboração das propostas de capacitação partindo de sua realidade, incluindo problemas vivenciados no cotidiano do trabalho, nos permitiu perceber a demanda existente e que precisa ser atendida.

Identificamos também que o MS (BRASIL, 2006e) destaca que, pela magnitude, transcendência, vulnerabilidade às ações e factibilidade de controle, as DST devem ser priorizadas o que tem correspondência com depoimentos dos entrevistados. Reiteramos então, que a assistência às DST precisa passar por mudanças para que sejam implantadas na ESF na sua integralidade. Fazemos esta afirmação porque, pelas suas características, pode facilitar o acesso ao cuidado e a busca de parceiros sexuais com DST, contribuindo para o efetivo enfrentamento desta problemática em Saúde Coletiva.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa sobre a abordagem das DST pelo(a) Enfermeiro(a) na Consulta de Enfermagem Pré-natal em UBS/ESF contribuiu de forma significativa para o entendimento e a explicação da prática deste(a) profissional.

Compreendemos que referências teóricas associadas aos dados quantitativos e aos qualitativos nos possibilitaram identificar o interrelacionamento necessário à prestação da assistência a gestantes como usuárias de serviços públicos oferecidos por UBS/ESF.

Procuramos particularizar a área das DST o que implicou em assumir que o controle sobre estas Doenças demandam mudanças nas diretrizes políticas principalmente quanto à capacitação e qualificação do profissional em Enfermagem.

Pontuamos então aspectos que traduzem a significação desta pesquisa considerando que os(as) Enfermeiros(as) que prestam assistência Pré-natal em ESF no município de Juiz de Fora não utilizam a Abordagem Síndrômica para o diagnóstico e tratamento de gestantes infectadas por DST. O fator principal para isto é a falta de qualificação específica das enfermeiras para este tipo de abordagem. Por este motivo, verificamos que é mais utilizada para a abordagem etiológica os critérios subjetivos verificados na anamnese e nas queixas das gestantes, reafirmando o desconhecimento dos profissionais quanto à política vigente no âmbito nacional e a fragilidade na terapêutica implementada. Em consonância com outros estudos realizados anteriormente afirmamos que a Abordagem Síndrômica

permanece como uma forma aceitável e pode propiciar o diagnóstico precoce e tratamento imediato das DST na Atenção Básica, evitando complicações advindas da relação destas Doenças com a gestação; e ainda aumentando o risco de transmissão vertical do HIV.

Destacamos ainda que, apesar do protocolo do MS (BRASIL, 2006d) ter sido por diversas vezes citado, não verificamos sua efetiva implantação e implementação. Critérios como queixas, sintomas, anamnese, exame ginecológico e físico são partes essenciais para a utilização da Abordagem Sindrômica. Entretanto, aplicação dos fluxogramas e a definição das condutas são essenciais para que este tipo de Abordagem seja implementado. Os(As) enfermeiros(as) devem utilizar-se de todos os critérios em uma mesma avaliação; para aconselhar, tratar e diagnosticar com manejo rápido dos casos de DST no primeiro contato da usuária com o serviço de Pré-natal.

Quanto aos exames laboratoriais (abordagem etiológica), esta é uma conduta que não coaduna com o que é preconizado para o enfrentamento da DST/Aids em nosso país. Vale ressaltar, a não citação pela enfermeira da avaliação dos critérios de vulnerabilidades para DST. Esta avaliação constitui-se como elemento fundamental para indicar correlacionar com os sinais e sintomas e definição do tratamento das DST. Deve ser mais valorizada e utilizada pelos(as) Enfermeiros(as) como componente do fluxograma para orientar o aconselhamento, os meios de prevenção, tratamento e interrupção na cadeia de transmissão de DST; essa importância foi constatada em outras pesquisas realizadas anteriormente.

Além disso, o(a) Enfermeiro(a) não desenvolve o aconselhamento, ação essa fundamental no efetivo controle das DST e redução na transmissão de HIV/Aids. Vários autores enfatizam em estudos que, apesar de o MS recomendar a realização

do aconselhamento aos portadores de DST/HIV/Aids, não se percebe por parte dos profissionais a valorização dessa prática nos serviços de saúde. Temos a certeza de que sem esta forma de encarar as DST não vamos conseguir diminuir o número de casos de DST na população brasileira.

Quanto aos critérios utilizados para o diagnóstico e tratamento das DST em gestantes, identificamos que os(as) Enfermeiros(as) das UBS/ESF/JF expressaram que é feita por meio de anamnese preventiva, e queixas somente uma Enfermeira, no total de 58 respondeu que o exame clínico é realizado com apoio na Abordagem Sindrômica utilizando fluxograma. Esta é a constatação de que os(as) Enfermeiros(as) não utilizam esta Abordagem, pois somente através da utilização dos fluxogramas e definição das condutas específicas pode-se afirmar que está sendo utilizada.

Identificamos, ao analisar o conhecimento e a prática das enfermeiras sobre DST, que existem lacunas do conhecimento na formação em Abordagem Sindrômica. Os resultados encontrados nesta pesquisa sugerem ações e encaminhamentos para as conclusões, a saber: os dados reforçam a posição de pesquisas anteriores quando afirmam que as enfermeiras durante a Consulta de Enfermagem Pré-natal não avaliam a vulnerabilidade e o risco da gestante quanto as DST, dificultando a identificação destas Doenças e o aconselhamento. No momento em que o(a) Enfermeiro(a) estabelece uma relação de confiança com a cliente, faz avaliação de risco e educação para a saúde para prevenção e tratamento das DST na gestação, pois as gestantes procuram o sistema de saúde para informações, apoio e cuidados técnico-científicos visando uma gravidez saudável e sem intercorrências.

A pesquisa corrobora com o que outros trabalhos enfatizam sobre as necessidades dos profissionais no que se refere à capacitação continuada em DST. Reforçamos ainda a responsabilidade das instituições universitárias na continuidade da formação de profissionais da área da saúde, pois têm competências para demandas postas pelos serviços públicos de saúde. Cabe a estas instituições oferecer oportunidades de qualificação técnico-científica para estes profissionais, considerando que a aquisição de conhecimentos pode proporcionar melhorias no atendimento aos usuários dos mencionados serviços.

Como observamos, o nível do atendimento às demandas dos profissionais depende de um conjunto de fatores, dos quais fazem parte entre outros, qualidades pessoais, individuais, preparo técnico e formação que garanta conhecimento sólido e atualizado e pré-disposição para mudar e transformar a realidade. Esse é o eixo norteador da ação profissional que busca qualidade da assistência à mulher no Pré-natal.

Destacamos também a importância da Consulta de Enfermagem no atendimento das gestantes. Entretanto, apontamos para a necessidade de direcionar para o aconselhamento da gestante para prevenção e promoção do núcleo familiar. Cabe à enfermeira propiciar um ambiente adequado onde a gestante possa se sentir à vontade para se expressar; facilitando o vínculo e o aconselhamento em DST. O(A) enfermeiro(a), consciente de suas possibilidades e conhecedor(a) do limite de suas competências, aliada com os demais membros da equipe multiprofissional, precisa ter como missão a redução na cadeia de transmissão de DST/HIV, adotando os protocolos do MS para o enfrentamento da epidemia de DST/Aids, principalmente reduzindo de forma significativa as intercorrências resultantes de DST na gestação.

Compreendendo que esta pesquisa servirá como elemento transformador, acreditamos que possa nortear ações no sentido de contribuir para a mudança no atendimento pelos(as) enfermeiros(as) às gestantes a fim de reduzir, tratar e evitar repercussões das DST nas gestantes e recém-nascidos. Como agente de transformação já iniciamos uma sensibilização para a importância de capacitação em DST junto à equipe profissional da coordenação municipal de DST/Aids e equipe da Atenção Básica da SSSDA/JF. Por meio do encaminhamento dos resultados dessa pesquisa, após a defesa da dissertação, será redirecionada a capacitação dos(as) Enfermeiros(as) da ESF sobre a Abordagem Sindrômica e aconselhamento em DST. A realização dessa capacitação proporcionará aos profissionais o enfrentamento mais seguro e eficaz da abordagem da gestante com DST.

Ao concluirmos este estudo, faz-se necessário reforçar a importância da articulação mais efetiva entre ensino e assistência. Esta relação deve ser desprovida de hierarquização de poder e de saber, com o fim de promover a integração esperada em prol das inversões do modelo assistencial de saúde e promover mudança do panorama das DST/Aids no Brasil. Ficou a certeza de que muito ainda há para fazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. C. P; VINHA V. H. P. A motivação na educação em saúde para gestantes. **Rev. Bras. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 93-104, 1972.

ARAUJO, C. L. F. **A solicitação do teste anti HIV no pré-natal em unidades básicas de saúde no Município do Rio de Janeiro: Políticas e realidades.** (Dissertação de Mestrado), p.154, 1997.

_____. **Aconselhores, Acolhedores, a prática de aconselhamento em DST/AIDS em um CTA do Estado do Rio de Janeiro** (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: UERJ, 2003.

ARAÚJO, C. L. F.; CAMARGO J. R.; K. Rochel. **Aconselhamento em DST's/HIV: repensando conceitos e práticas.** Rio de Janeiro: Folha Carioca, 2004.

ARAUJO, M. A. L; SILVEIRA, C. B. **Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível.** Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

ARAUJO, M. R. N. **A Saúde da Família: construindo um novo paradigma de intervenção no processo saúde-doença.** (Tese de Doutorado) São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 1999.

ARAUJO, L. R. **Crise do ESF.** Disponível em: <http://www.paraibaonline.com.br/colunista.php?id=59&nome=Crise%20do%20ESF>. Acesso em: 10.10.2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Setenta, 1979.

BARROSO, M. G. T. *et al.* Promoção da saúde e doenças sexualmente transmissíveis: a gestante como foco de atenção. **Rev. RENE.** Fortaleza: v.5, n.2, p.66-72, jul-dez, 2004.

BELIZÁN, J. M *et al.* Assistencia de embarazadas a la consulta prenatal en maternidades publicas de Rosario, Argentina. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, Washington, v.86, n.2, p.121-8, 1979.

BENUTE, G. R. G. *et al.* Repercussões de um trabalho grupal interdisciplinar junto a gestantes de alto risco internadas: relato de experiência. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, v.11, n.2, p. 67-73, 2000.

BONADIO, I. C. **Ser tratada como gente: a vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica**. (Tese de Doutorado). São Paulo: USP, 1996.

BOTTI, S. H. O; Abordagem sindrômica das DST: por que não?. *Revista de APS. Revista do NATES/UFJF*, Juiz de Fora, p. 54-57, 2002.

BRASIL. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: base de ação programática**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996a.

_____. Resolução nº 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1996b.

_____. Transmissão vertical do HIV. **AIDS Boletim de Epidemiologia**, 3, Ano XVII. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. **Programa de Humanização no Parto e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

_____. Distribuição espacial dos municípios com pelo menos um caso de AIDS registrado. **AIDS Boletim de Epidemiologia**, 1, Ano XVIII. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST/AIDS, 2000b.

_____. Vigilância de HIV em gestantes e crianças expostas. **AIDS Boletim de Epidemiologia**, 2, Ano XVIII, Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST/AIDS, 2000c.

_____. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, 2002.

_____. **Estimativas de Casos Novos Sintomáticos de DST**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, 2003.

_____. **I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, 2004a.

_____. **Políticas de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Caminhos para a Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, Pólos de Educação Permanente em Saúde, 2004b.

_____. **A Educação Permanente entra na Roda: pólos de educação permanente em saúde, conceitos e caminhos a percorrer.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2005.

_____. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2006a.

_____. **Controle dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica, 2006b.

_____. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Atenção básica, 2006c.

_____. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres.** Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2006d.

_____. **Manual de Doenças Sexualmente Transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006e.

_____. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados 1998-2004.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006f.

_____. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Objetivos, implementação e desenvolvimento potencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. **Censo populacional de Juiz de Fora.** Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2007c.

_____. **Prevalência e Frequências Relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em Populações Seleccionadas de Seis Capitais Brasileiras**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2008a.

_____. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, 2008b.

_____. **Controle das DST causam impacto na redução do HIV. Resposta + Experiência do Programa Brasileiro de AIDS**, Brasília: Ministério da Saúde, Programa de DST/AIDS, 2008c.

BRIQUET, R. Assistência pré-natal. In: BRIQUET, R. **Obstetrícia normal**. São Paulo: Atual, 1970.

CAMARGO, R. P. S. **Impacto do tratamento da vaginose bacteriana rastreada na gestação sobre a prevenção de prematuridade** (Dissertação de Mestrado). Campinas: UNICAMP, 2000.

CAMPOS, M. A. F.; FORSTER, A. C. Percepção e Avaliação dos alunos do curso de Medicina de uma Escola médica pública sobre a importância do Estágio em Saúde da Família na sua formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 32(1): 83-89, 2008.

CANDEIAS, N. M. F. Assistência pré-natal: conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres internadas no serviço de obstetrícia de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 428-38, 1980.

CANESQUI, A. M., SPINELLI, M. A. S. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso. Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(9): 1881-1892, 2006.

CECCIM, B. R.; BILZBZO, L. F. S. Observação da educação dos profissionais da saúde: evidências à articulação entre gestoras, formadores e estudantes. In: FALCÃO, ANDRÉ *et al.* (org). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.343-372, 2003.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

CROMACK, L. *et al.* Doenças Sexualmente Transmissíveis Referidas por Gestantes no Estado do Rio de Janeiro. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS**. Rio de Janeiro, 2006.

DEMO, P. **Pesquisa: princípio científico e educativo**. São Paulo: Cortez, 2005.

DUARTE G. Doenças sexualmente transmissíveis durante o ciclo grávido puerperal. In: MORAES, E. N. **Temas de obstetrícia**. São Paulo, Rocca, p.385-95, 1992.

DUARTE, S. I. H, ANDRADE, S. M. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. Esc. Anna Nery. **Revista Enfermagem**. 10(1): 21-25, 2006.

EVORA, Y. D. M. Orientações ministradas à gestante durante a assistência pré-natal: atuação dos profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 22, n. 3, p. 339-51, 1988.

FARAH, B. F. **Educação continuada das Enfermeiras no Sistema único de Saúde: o caso da rede básica de Juiz de Fora** (Dissertação de mestrado). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

_____. **A Educação Permanente no Processo de Organização em Serviços de Saúde: as repercussões do Curso Introdutório para equipes de saúde da família-experiência do município de Juiz De Fora/MG** (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

FAÚNDES, A E.; MENEZES, M. L. B. **Validação do Fluxograma de Corrimento Vaginal em Gestantes**. *Jornal Brasileiro de Doenças Transmissíveis*; 16(1): 38-44, 2004.

FAÚNDES, A.; PINOTTI, J. A.; CECATTI, J. G. Atendimento Pré-natal: assistência obstétrica primária: quais as necessidades no Brasil. **Jornada Brasileira de Medicina**, 52: 38-54, 1987.

FERNANDES, B. M. **A Casa de Parto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora: diagnóstico do perfil da assistência e percepção das usuárias** (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004.

FERREIRA, Carlos Eduardo. **Avaliação de um Protocolo de Assistência Pré-Natal de Baixo Risco** (Dissertação de Mestrado). Campinas: UNICAMP, 2002.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Líber Livro, 2007.

GIL, C. R. R. Formação de Recursos Humanos em Saúde da Família: paradoxos e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 21(2): 490-498, mar-abr, 2005.

GIRARDZ, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família n Brasil. In: FALCÃO, ANDRE *et al* (org). **Observatório de recursos Humanos em saúde no Brasil, estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p 157-190, 2005.

GOMES, F. A. S. **Impacto das intervenções na redução da transmissão vertical do HIV: Experiência em uma maternidade brasileira entre 1990 a 2000**. (Tese de Mestrado). Campinas: UNICAMP, 2001.

GUINSBERG, R.; ALMEIDA, M. F. B. Sífilis congênita. In: SANTORO, J. R. M. & DINIZ, E. M. A. **Manual de Perinatologia**. Rio de Janeiro: Revinter, p. 123-35, 1994.

HADDAD, Nagib. **Metodologia de Estudos em Ciências de Saúde. Como Planejar, Analisar e Apresentar um Trabalho Científico**. São Paulo: Roca, 2004.

JUIZ DE FORA. **Programa DST/Aids: apresentação**. Disponível em: www.sssda.pjf.mg.gov.br/aids-dst. Acesso em: 02.08.2008.

JUNIOR, G. M. Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Manual para o TEGO – Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia**. Medsi, 5.46-67, 2000.

KAHHALE, E. M. S. P. *et al.*. Assistência Multiprofissional à Adolescente Grávida: Dificuldades Somato-Psico-Sociais. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.8, n.1, p.4-9, jan-mar, 1997.

KATIA, M. Feminização e Pauperização, os desafios da prevenção. 6º Congresso Brasileiro de prevenção das DST e Aids. **Revista Radis**, n. 53, p. 22-25, 2007.

LEOPARDI, M. T, RODRIGUES, M. S. P. **O Método de Análise de Conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

LIMA, M. S. **Consulta de Enfermagem Pré-natal: a qualidade centrada na satisfação da cliente**. (Dissertação Mestrado). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

LOPES, M. J. M. e SILVA, J. L. A. Estratégia Metodológica de Educação e Assistência na atenção básica de Saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. vol. 12, nº 4, Ribeirão Preto, jul-ago, 2004.

LUDKE, M., ANDRÉ, E. D. A. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, EPU, 1988.

MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde. In: FALCÃO A, SANTOS NETO, P. M.; COSTA, P. S., BELISÁRIO, A.S (orgs.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2003.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. (Org.). **A Aids no Mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

MARCON, S. S. **Vivenciando a gravidez**. Florianópolis, (Dissertação de Mestrado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1989.

MARCONI, M. A. e LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, C. A. **Programa de assistência à saúde da mulher (PAISM) em Goiânia: a (des) institucionalização da consulta de Enfermagem no pré-natal**. (Tese de Doutorado) Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

MELLO, D. F. A. e DULLY, R. Atuação do Enfermeiro junto à população materno-Infantil em uma Unidade de Saúde da Família, no Município de Passos - MG. **Revista Mineira de Enfermagem**; vol 10, nº 1, p. 88-93, 2006.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde pública do Ceará, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

MINAYO, M. C. S. *et al.* **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro, Vozes, 1994.

MOTTA P. R. **Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Record,1995.

MOURA, M. A. V. **A qualidade da Assistência a Saúde da Mulher-gestante: possibilidades e limites** (Tese Doutorado). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

NADAL, S. R.; CARVALHO, J. J. M. Abordagem Sindrômica das Doenças Sexualmente Transmitidas. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, 24(1): 70-72, 2004.

NADAL, S. R.; MANZIONE, C, R. Identificação dos Grupos de Risco para as Doenças Sexualmente Transmitidas. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, 23(2): 128-129, 2003.

NEME, B.; MARETTI, M. Assistência pré-natal. In: NEME, B. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Sarvier, p 117-33, 2000.

OGUISSO, T.; FREITAS, G. F. Enfermeiros prescrevendo medicamentos: possibilidades e perspectivas. **Ver. Brás. Enferm.** Vol. 60, nº 2. Brasília, mar-abr. 2007.

PEIXOTO, S. Pré-natal: Conceito, importância, finalidades. In: PEIXOTO, S. **Pré-natal**. São Paulo: Manole, 1981.

PELÁ, N. S. R. Contribuição ao estudo da assistência pré-natal em um município paulista. **Bol. of. Sanit. Panam.** Washington, v.86, n.1, p.46- 53, 1979.

PEREIRA DE QUEIROZ, M. I. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. São Paulo: CERU e FFLCH/USP, 1983.

PIERANTONI, C. R.; FRANCAT. VARELLA, T. C. Evolução da oferta de profissionais médicos e Enfermeiros no Brasil: disponibilidade do sistema educacional para a formação. IN FALCÃO, A. *et al.* (org). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.279-316, 2003.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. Porto Alegre: Art Méd, 2005.

REZENDE, J. MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

RIO DE JANEIRO. **Recomendações para Implantação de Ações em DST/HIV/Aids nos Municípios**. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2006.

RODRIGUES, M. S P.; LEOPARDI, M. T. **O Método de Análise de Conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

ROMEN, Y. MASAKI, D. I. ARTAL, R. Ajustes fisiológicos e endócrinos na gravidez. In: ARTAL, R. WISWELL, R. A.; DRINKWATER, B. L. **O exercício físico na gravidez**. São Paulo: Manole, 1999.

ROSA, M. V. F. P. C.; ARNOLDI, M. A. G. C.; **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para validação dos resultados**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

ROSA, W. A G.; LABETE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Ver Latino-am Enfermagem**. 13(6): 1027-34 nov-dez, 2005.

SÁ, R. A. M. *et al.* Sífilis e gravidez: avaliação da prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na Maternidade de Escola/ UFRJ. **Jornada Brasileira de DST**, 13:6-8, 2001.

SALUM M. J. L. QUEIROZ, V. M. CALMPONE, M. H. T. *et al.* Necessidades de aperfeiçoamento dos Enfermeiros da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo diante do sistema Único de Saúde. **Revista Saúde em Debate**, v.51, p.44-58, jun, 1996.

SIGNORETEI, S. M. *et al.* Leucorréias durante a gravidez. Etiologia, Incidência, Diagnóstico clínico x Laboratorial. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, p. 133-7, 1984.

SILVA, L. R.; LOPES, S. M. HPV e gravidez: o conhecimento de gestantes com condilomatose em relação à infecção pelo Papiloma vírus Humano. **Revista Enfermagem Atual**. p. 20-25, 10/2006.

SILVA, S. A importância do pré-natal no incentivo do aleitamento materno. **Revista Ciências da Saúde**, Florianópolis, v. 7/8, n. 1/2, p. 197-217, 1988.

SIMÃO, M. É preciso entender que todos nós que temos vida sexual ativa podemos contrair o vírus. **Revista Radis**, nº 53, p. 26-27, 1/2007.

SIMÕES, J. A. *et al.* Prevalência e fatores de risco associados à infecções cérvico vaginais durante a gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 18:459-67, 1996.

SOUZA, H. M. Análise das práticas assistenciais na área de Saúde da Mulher nas equipes do Programa de Saúde da Família: um estudo de caso em estado selecionado. In: PIERANTO NZ, C. R.; VIANNA, C. M. (org). **Gestão de Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2003.

SOUZA, Jurema Gouveia. **Consulta de Enfermagem à Gestante: o olhar e o fazer crítico para a resolutividade** (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.

SOUZA, K. V. **Saúde da mulher e seus direitos sexuais e reprodutivos em um círculo de cidadania**. (Tese de doutorado). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

SPINELLI, M. S; CANESQUI, A. M. **Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil**: perfis e julgamentos dos médicos e Enfermeiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(9): 1881-1892.

VERGARA, S. C. **Gestão de pessoa**. São Paulo: Atlas, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **HIV in pregnancy: a review**. Gênova, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE 01 – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ R.G: _____, declaro, por meio deste Termo, que concordei em participar da pesquisa de campo referente ao projeto intitulado "**Utilização da Abordagem Síndrômica em DST na Consulta de Enfermagem em Unidade de Saúde da Família no município de Juiz de Fora**" desenvolvida pela mestrandia Vanderléia Soéli de Barros Zampier como requisito para a conclusão do Mestrado em Enfermagem realizado na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). Fui informada ainda de que a pesquisa é orientada pela Profª Drª Carla Luzia França Araújo, a qual poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário por meio do telefone nº. 21 – 3184-4435.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar com a pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo que, em linhas gerais é de traçar o perfil da enfermeira que atende as gestantes em unidade de saúde da família no município de Juiz de Fora, considerando a formação com relação às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e gestação. Verificar como ocorre o diagnóstico e tratamento das DST pela Enfermeira durante o pré-natal; e ainda, descrever as facilidades/dificuldades encontradas pela enfermeira na utilização da abordagem síndrômica para o diagnóstico e tratamento das DST durante o pré-natal.

Fui esclarecida ainda, pela pesquisadora, que a pesquisa que teve início no mês de outubro de 2007 tem seu término previsto para o mês de outubro de 2008, e que poderei desistir de participar da mesma a qualquer momento sem qualquer prejuízo e sem necessidade de apresentar explicações.

Fui também informada de que o uso das informações por mim oferecidas estará submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos conforme determina a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e, em especial, de que minha colaboração se fará por meio de entrevista que será gravada, e posteriormente será analisada pela pesquisadora e sua orientadora. As entrevistas serão guardadas por 05 anos e depois serão destruídas. Autorizo ainda que as informações por mim fornecidas sejam utilizadas na publicação de trabalhos científicos, de que trata esta pesquisa.

Diante do que me foi apresentado e explicitado, entendo que não correrei qualquer risco ao participar deste estudo que permitirá a qualificação da assistência pré-natal com relação às DST, no município de Juiz de Fora. Estou ciente de que em caso de dúvida, ou me sinta prejudicada poderei contatar a pesquisadora responsável ou sua orientadora. A pesquisadora principal do estudo me ofertou uma cópia assinada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Juiz de Fora, ____ de _____ de 2008.

Assinatura da participante

Vanderléia Soéli de Barros Zampier

Rua Fortaleza, 15 casa 16 – Pq. Jardim da Serra Juiz de Fora / MG – Tel: 32332763 / 99215287 –

e-mail: carlosevanderleia@oi.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: Rua Afonso Cavalcanti, nº 275 – Cidade Nova – RJ

Tel: 21 - 22938999

Profª Drª Carla Luzia França Araújo

Tel.(21) 31844435 e-mail: leppa.dst aids@infolink.com.br

APÊNDICE 02 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUALITATIVOS**ROTEIRO DE ENTREVISTA****ENFERMEIRA - UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA****CARACTERIZAÇÃO**

Nº da Entrevista:

Data: / / 2007

Local:

Horário:

Pseudônimo:

Sexo: () M () F

Tempo de Graduação:

Tempo de Especialização:

Treinamento em Abordagem Sindrômica? Como foi feito? Onde?

Tempo de Atuação na Atenção Básica?

Tempo de Atuação no Pré-natal?

Questões:

- 1 - Como o(a) Enfermeiro(a) identifica DST nas gestantes que realiza Pré-natal?
- 2 - Critérios que as Enfermeiras utilizam para o diagnóstico e tratamento das DST durante o Pré-natal?
- 3 - Utilização da Abordagem Sindrômica pelos Enfermeiros no Pré-natal?
- 4 - Facilidades na utilização da Abordagem Sindrômica
- 5 - Dificuldades na utilização da Abordagem Sindrômica
- 6 - Sugestões

ANEXOS

ANEXO 01 - PROTOCOLO DAS AÇÕES DO(A) ENFERMEIRO(A) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

Juiz de Fora, Agosto/2003

6.2.3. Consulta de Enfermagem em Pré - Natal de Baixo Risco e Pós-Parto

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem - LEP Lei nº 498/86, o Decreto nº 94 406/87 e a Resolução COFEN nº 271/2002 - o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro (Anexos 1,2,5). O pré-natal de baixo risco realizado pelo enfermeiro na rede SUS de Juiz de Fora, seguirá as orientações do Manual Técnico "Assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco" do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

Segundo o referido manual, cabe ao enfermeiro em nível de execução:

- 1 - Realizar consulta do pré-natal de baixo risco;
- 2 - Solicitar exames de rotina e orientar tratamento conforme protocolo do serviço;
- 3 - Encaminhar gestantes identificadas como de risco para o médico;
- 4 - Fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;
- 5 - Realizar coleta de material para exame colpocitológico.
- 6 - Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do Pré-natal, preparo para o parto, amamentação, etc;

Solicitação de Exames Laboratoriais:

Os exames laboratoriais a serem solicitados serão aqueles referidos no Manual do Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL,2000.p. 13):

- 1 - Dosagem de hemoglobina (Hb);
- 2 - Grupo Sanguíneo e fator Rh;
- 3 - Teste de Coombs Indireto;
- 4 - Glicemia de jejum;
- 5 - Teste de tolerância à glicose (sobrecarga oral de 75g de glicose, anidra);
- 6 - Exame sumário de urina (Tipo 1)
- 7 - Urocultura com antibiograma;
- 8 - Exame parasitológico de fezes
- 9 - Colpocitologia Oncótica
- 10 - Bacterioscopia do conteúdo vaginal
- 11 - VDRL (Sorologia para sífilis).
- 12 - HIV.

Poderão ser solicitados ainda:

- 1 - Ultra-sonografia em caso de data da última menstruação-DUM ignorada; confirmação da idade gestacional-IG, avaliação da vitalidade fetal.
- 2 - BHCG, quando teste imunológico da gravidez, se TIG for negativo após 30 dias de atraso menstrual.
TIG (Teste Imunológico para gravidez ou Pregnosticon).
- 3 - Sorologia para Rubéola e Toxoplasmose.
- 4 - Hemograma.
- 5 - Piúria e Hematúria quantitativa.
- 6 - HBSAg.
- 7 - Bacterioscopia de conteúdo uretral.

- 8 - USG Obstétrica de urgência: poderá ser solicitada somente pelas enfermeiras da atenção secundária.

Prescrição de medicamentos:

Os medicamentos a serem prescritos também estão referidos no Manual de Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2000. p.60), no Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 1999), e em conformidade com o Protocolo do Departamento de Saúde da Mulher, além de alguns outros discriminados a seguir:

- 1 - Anti-eméticos (metoclopramida, bromoprida, Dramin B6).
- 2 - Sulfato Ferroso, ácido fólico, vitamina C
- 3 - Analgésicos e antitérmico (Paracetamol, Dipirona,).

Encaminhamento ao nível terciário para a realização do Parto:

O Enfermeiro fará o encaminhamento de acordo com a matrícula do SIS / Pré-Natal obedecendo o protocolo de encaminhamento da Instituição. A licença Maternidade será solicitada pelo médico da instituição.

Assistência ao Pós-parto

A visita domiciliar de pós-parto (puerpério) será realizada entre 7 a 10 dias pelo Enfermeiro, havendo encaminhamento da cliente conforme a necessidade para a instituição onde ocorreu o parto e/ou à unidade básica de saúde, onde foi realizado o pré natal. A consulta de pós-parto poderá ser agendada na visitas ou na UBS e realizada entre 30 a 42 dias após o parto, pelo enfermeiro ou médico, caso não tenha sido agendada em outra instituição. O SIS pré-natal deve ser finalizado nesta consulta.

6.2.5. Consulta de Enfermagem em Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis

O Manual de Controle das DST (BRASI, 1999) prevê a consulta de enfermagem, onde a participação do enfermeiro deverá ser estimulada em todas as etapas do atendimento, quando da utilização do método da abordagem sindrômica. A possibilidade desta participação em todas as etapas do atendimento é reforçada pelo Ofício nº 11189 GAB (ASSIST) CN-DST/AIDS/SPS/MS (ANEXO 06). Tendo por base, os documentos referidos, o enfermeiro da rede SUS de Juiz de Fora realizará a consulta de enfermagem:

- 1 - Utilizando os parâmetros da abordagem sindrômica.
- 2 - Prescrevendo medicamentos de acordo com o referido manual.

Medicamentos Padronizados:

- . Azitromicina 500mg
- . Aciclovir 400mg - comp.
- . Ácido Tricloroacético (ATA) 70% e 90% - frasco líquido - (Padronizado pelo Departamento de Saúde da Mulher-JF)
- . Benzoato de Benzila (Padronizado pelo Departamento de Saúde da Mulher-JF)
- . Clotrimazol - creme vaginal- tubo ou óvulo (não padronizado)
- . Doxicilina 100mg - comp (Padronizado pelo Departamento de Saúde da Mulher-JF)
- . Fluconazol 150mg - comp (Padronizado pelo Departamento de Saúde da Mulher-JF)
- . Isoconazol - creme ou óvulo vaginal (a padronizar)
- . Miconazol - creme ou óvulo vaginal (Padronizado pelo Departamento de Saúde da Mulher-JF)
- . Nistatina - creme vaginal (Padronizado pelo Departamento de Saúde da Mulher-JF)
- . Anfotericina B + tetraciclina - creme vaginal (Padronizado pelo Departamento de Saúde da Mulher-JF).
- . Metronidazol comp ou creme vaginal (Padronizado pelo Departamento de Saúde da Mulher-JF)
- . Tinidazol 500mg ou Secnidazol - comp ou creme vaginal (Padronizado pelo Departamento de Saúde da Mulher-JF)
- . Tianfenicol - comp (a padronizar).
- . Podofilina a 20% oleosa-frasco (Padronizado pelo Departamento de Saúde da

Mulher-JF)

- Violeta de genciana 2%-frasco (Padronizado pelo Departamento de Saúde Mulher-JF)
- Cetoconazol - comp (Padronizado pelo Departamento de Saúde da Mulher-JF)
- Itraconazol - 200mg
- Tioconazol - creme vaginal

* Obs: Medicamentos injetáveis não poderão ser prescritos pelo Enfermeiro.

- 3 - Solicitando exames laboratoriais sugeridos pelo manual e de acordo com a disponibilidade da rede municipal.

Exames que poderão ser solicitados:

- VDRL, Anti-HIV, Bacterioscopia pelo Gram (úlceras genitais masculinas e femininas, uretrais e cervicais) colpocitologia e hemograma.

6.3 - Procedimentos Educativos

Os procedimentos educativos são essenciais na assistência integral à saúde da mulher e podem ser realizados pelo Enfermeiro, somente, ou, em parceria com outros profissionais da equipe, o que pode tornar mais rico o espaço das práticas educativas.

Tais procedimentos poderão ser realizados tanto em nível individual, em todas as oportunidades de contato com as mulheres, quanto em nível coletivo, através de:

- 1 - Reuniões em sala de espera das unidades de saúde;
- 2 - Grupos de mulheres em geral;
- 3 - Grupos ou Cursos para mulheres que queiram conversar sobre direitos reprodutivos/contracepção, gestação e nascimento, pós - parto, climatério/menopausa, prevenção e controle das DST e grupos de discussão sobre resultados de exame.

As determinações do Manual das Ações da Enfermagem para o Controle do Câncer - INCA (BRASIL, 2002), deverão nortear as práticas educativas para a prevenção e detecção precoce do Câncer na mulher. As atividades com grupos, orientações individuais em todas as ações onde ocorrerão as atividades clínicas, seguirão a padronização do Departamento Saúde da Mulher SUS/Juiz de Fora (Protocolo do Serviço).

ANEXO 02 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

| | | |
|--|--|---|
|  EEAN | UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEAN/HESFA |  |
|--|--|---|

Protocolo nº 09/08

Título do Projeto: Utilização da Abordagem Sindrômica em DST na Consulta de Enfermagem em Unidade de Saúde da Família no Município de Juiz de Fora

Pesquisadora Responsável: Vanderléia Soeli de Barros Zampier

Instituição onde a pesquisa será realizada: Prefeitura Municipal de Juiz de Fora

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 07/03/08

Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião realizada em 29 de abril de 2008.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a 01 (um) ano e/ou ao término da mesma.

Rio de Janeiro, 30 de abril de 2008

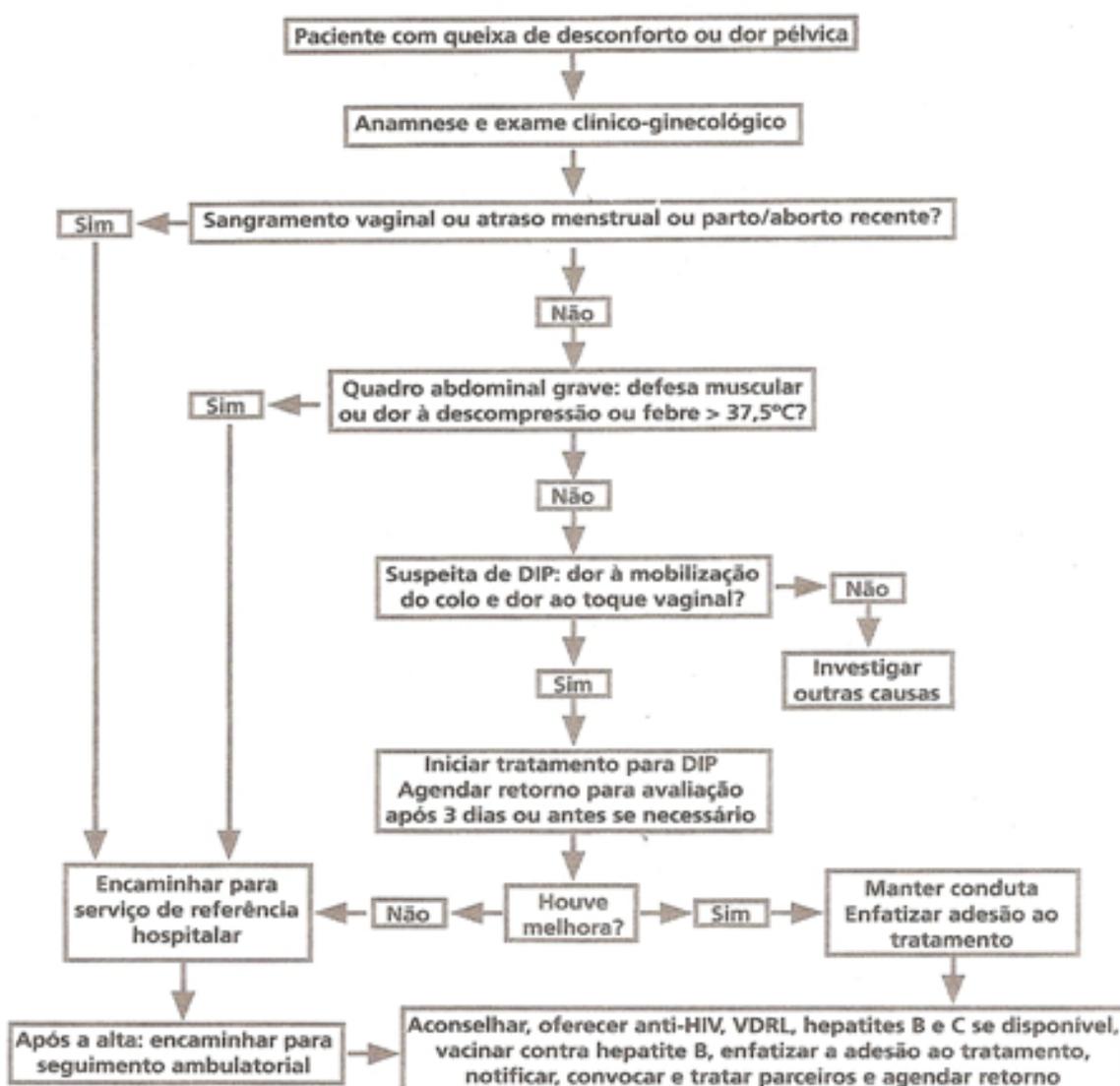

 Profª Drª Maria Aparecida Vasconcelos Moura
 Coordenadora do LP, EEAN e HESFA
 SIAPE 0361706

Maria Aparecida Vasconcelos Moura

ANEXOS 03 - Abordagem Sindrômica - Fluxograma

a - Desconforto e Dor Pélvica

Fluxograma para desconforto e dor pélvica

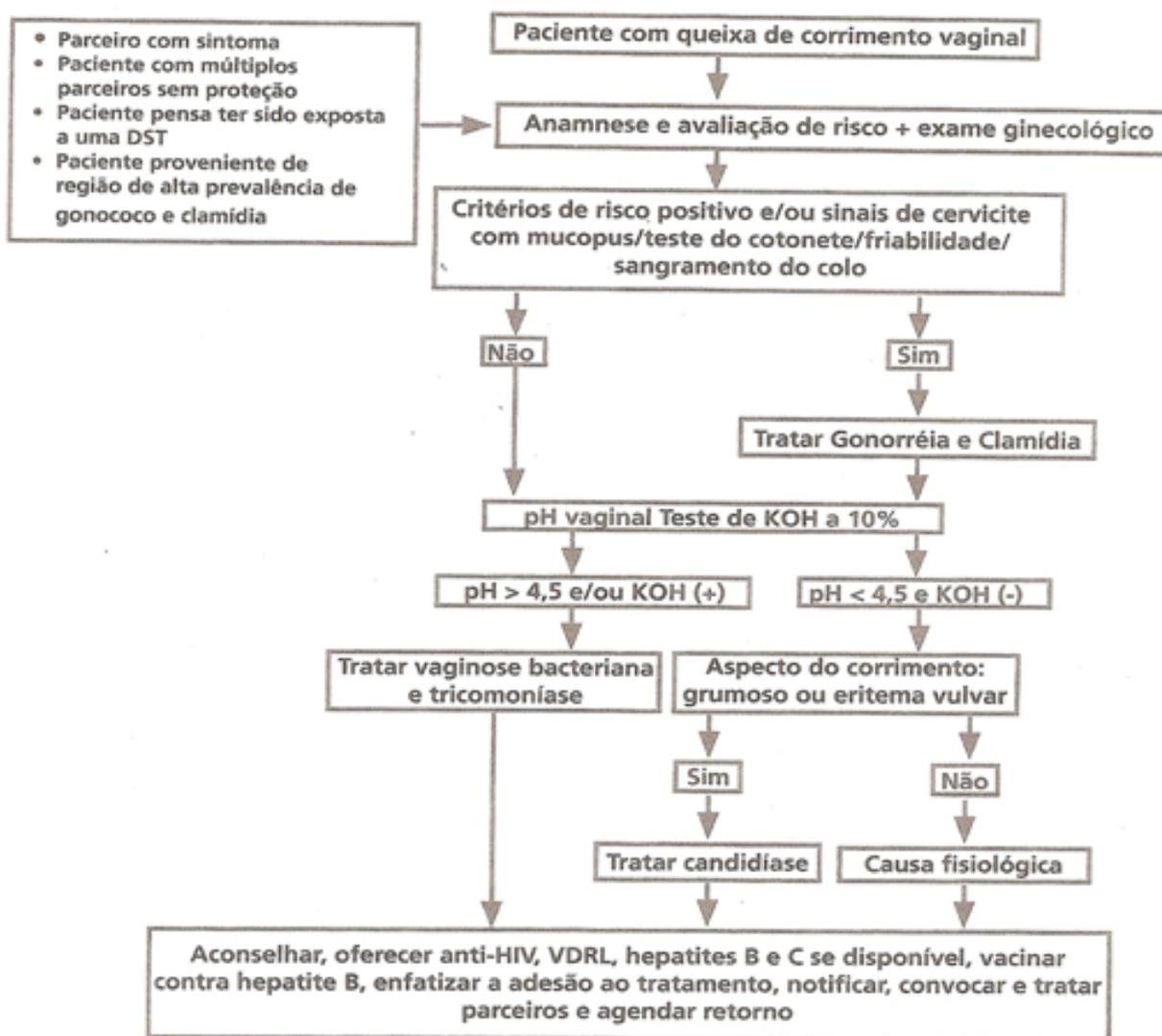


Fonte: Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2008).

Abordagem Sindrômica - Fluxograma

b - Corrimento Vaginal e Cervicite

Fluxograma de corrimento vaginal sem microscopia

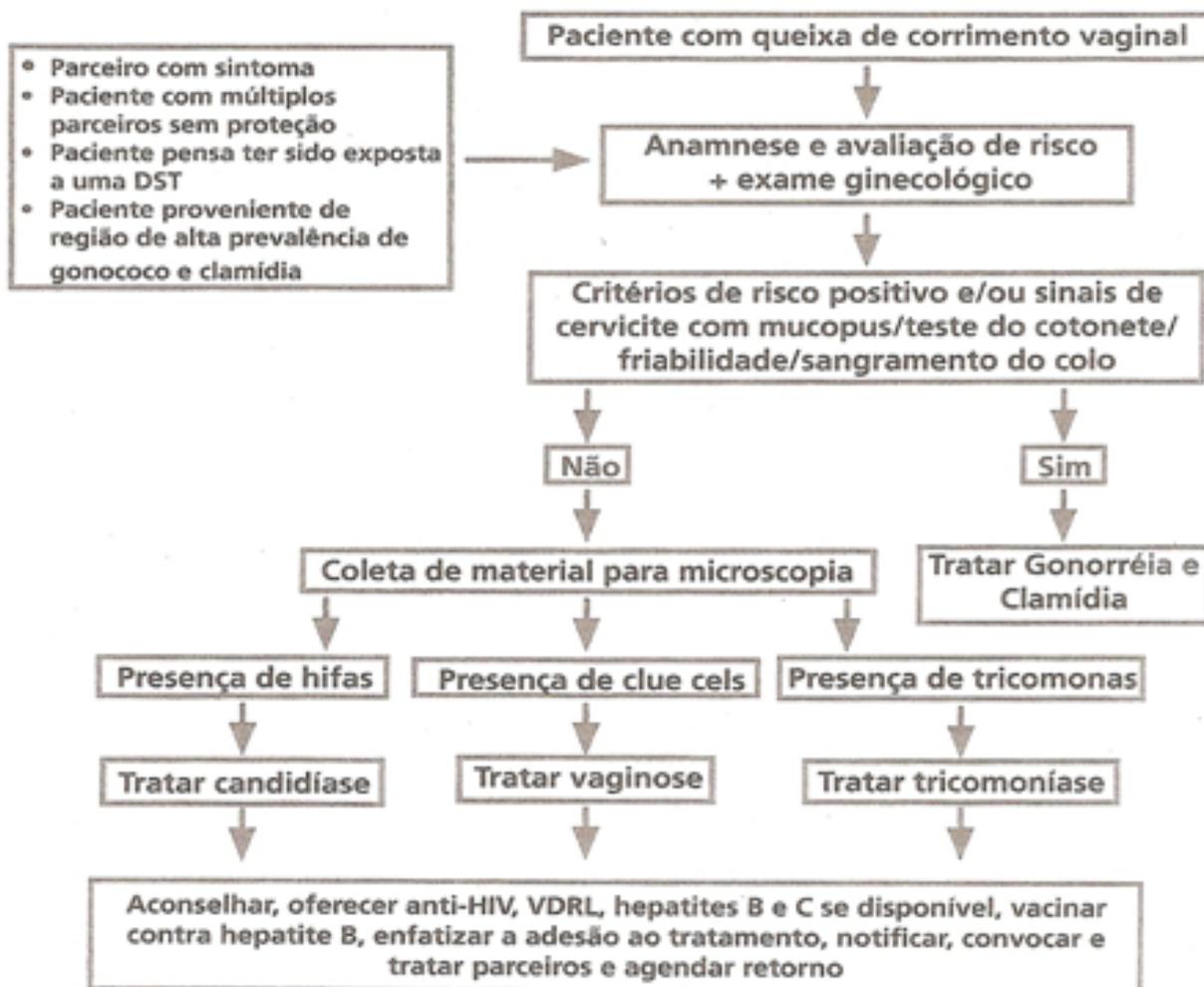


Fonte: Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2008).

Abordagem Sindrômica- Fluxograma

Corrimento Vaginal e Cervicite

Fluxograma de corrimento vaginal com microscopia

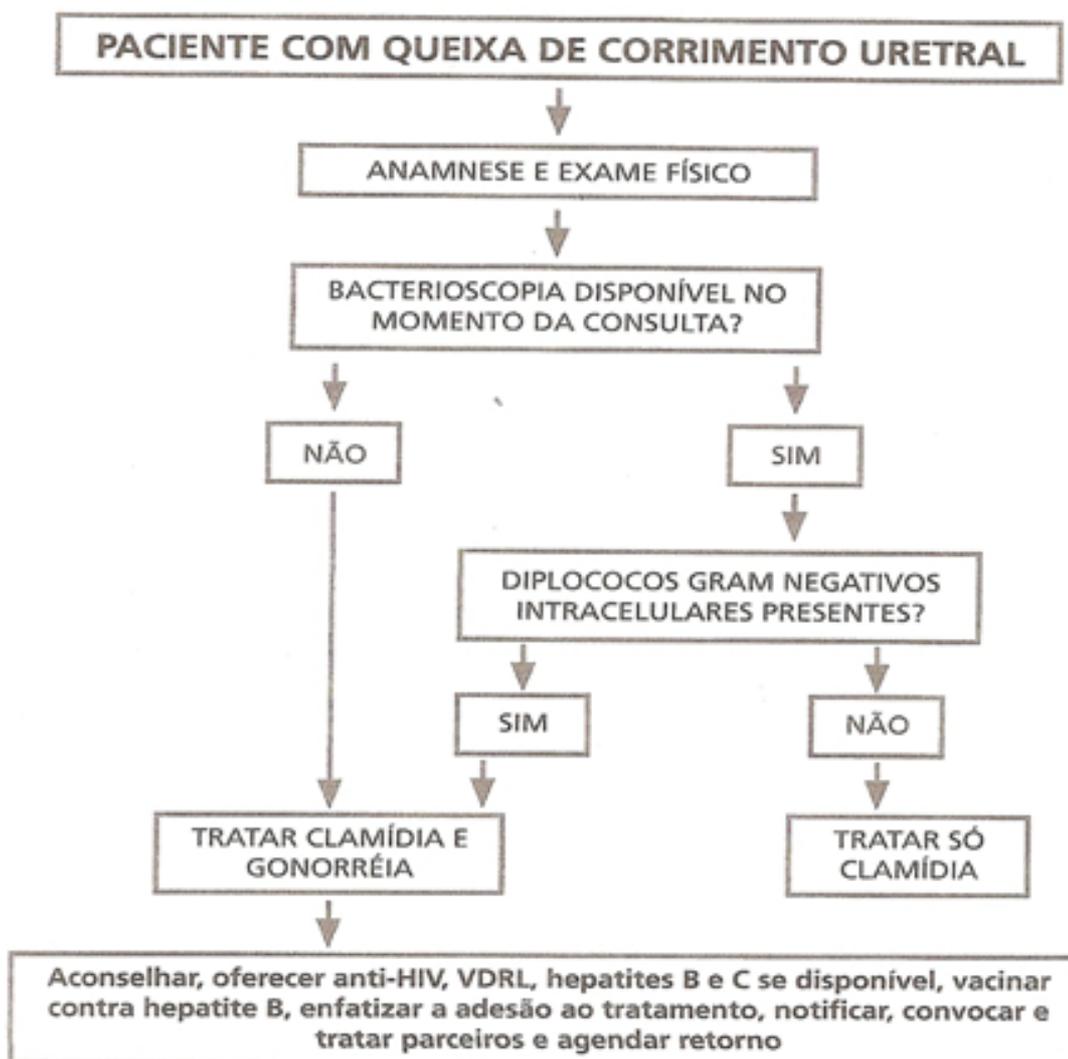


Fonte: Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2008).

Abordagem Sindrômica - Fluxograma

c - Corrimento Uretral

Fluxograma de corrimentos uretrais



Fonte: Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2008).

Abordagem Sindrômica - Fluxograma

d - Úlceras Genitais

Fluxograma de úlceras genitais



* Em casos de herpes, tratar sífilis se VDRL ou RPR forem reagentes, o que será visto no retorno. Se o quadro não é sugestivo de herpes, tratar sífilis e cancro mole.

** Se forem lesões ulcerosas múltiplas e soroprevalência de herpes for igual ou maior que 30% na região, deve-se tratar herpes concomitantemente à sífilis e cancro mole.

Fonte: Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2008).