



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**ABORDAGENS UTILIZADAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS IST –
REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

CAMPINA GRANDE

2016

BRÍGIDA MARIA DINIZ

**ABORDAGENS UTILIZADAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS IST –
REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

Monografia realizada como requisito para aprovação no componente curricular Trabalho de Conclusão de Curso II do curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UFCG.

ORIENTADORA: Me. Sheila Milena Pessoa
dos Santos

CAMPINA GRANDE
JUNHO DE 2016

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial “Tereza Brasileiro Silva”
UFCG

D585a

Diniz, Brígida Maria.

Abordagens utilizadas na assistência de enfermagem às IST – revisão integrativa de literatura/Brígida Maria Diniz. – 2016.

43 f. il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)
Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Referências.

Orientador: Sheila Milena Pessoa dos Santos, Me.

1. Assistência de Enfermagem. 2. DST. 3. Educação em Saúde.
4. Qualidade de Vida. I. Santos, Sheila Milena Pessoa dos de. II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 616083: 616.97 (813.3)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UACS
CURSO DE ENFERMAGEM

ATA DA DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - TCC DO CURSO DE
ENFERMAGEM, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CAMPUS DE
CAMPINA GRANDE - PB.

Aos 01 dias do mês de 06 do ano 2016 às 13:50 horas, na sala 05, com a presença dos professores participantes da banca examinadora abaixo discriminada, realizou-se a defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado Abordagens utilizadas na assistência de enfermeiros em UTI - Revisão Integrativa de Literatura, desenvolvido pelo aluno (a) Bruno Márcio Diniz, regularmente matriculado no componente curricular TCC II, no semestre 2015.2, orientado pelo professor (a) Shirley Milena Pessoa dos Santos Fernandes. O período da defesa transcorreu em conformidade com as normas estabelecidas pelo regimento do TCC. O aluno utilizou 23 minutos para a apresentação do seu TCC. Ao término da defesa o (a) aluno (a) juntamente com o público retirou-se da sala e a banca a portas fechadas emitiu o parecer, atribuindo a nota ao aluno. Em seguida o aluno foi reconduzido à sala e o resultado da sua avaliação foi divulgado pelo orientador. Obtendo nota 9,6 pelos examinadores. O orientador agradeceu a presença de todos. Assim, dou fé.

Campina Grande, 01/06/16.

ORIENTADOR (A): Shirley Milena Pessoa dos Santos Fernandes

TITULAÇÃO: Mestre

BANCA EXAMINADORA:

1º Membro: Roberta Lima Falcão Titulação: Mestre

2º Membro: Isabelle Ovaras Colaco Titulação: Especialista

RESUMO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são um dos problemas mais comuns de saúde pública no Brasil e no mundo, além de ser um dos fatores facilitadores para infecções por HIV e possível desenvolvimento da Aids, podendo levar à complicações graves e até ao óbito. Esse grupo de doenças é transmitido, principalmente, por meio de sexo sem preservativos com pessoas infectadas, e geralmente se manifestam por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas. Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura que teve por objetivo conhecer a abordagem de Enfermagem na atenção às IST de acordo com a produção científica, e teve como questão norteadora “Qual a abordagem de Enfermagem na atenção às IST de acordo com a produção científica?”. Os descritores utilizados foram “Assistência” and “Enfermagem” and “DST”, assim como seus respectivos descritores em Inglês e Espanhol (“Nursing Care” and “STD” e “Atención de Enfermería" and "Enfermedades de Transmisión Sexual"). Após leitura completa dos trabalhos selecionados, foram identificadas 3 categorias, sendo elas: 1- Educação em Saúde como principal forma de Abordagem às IST; 2 – As mulheres como enfoque da atenção de Enfermagem; 3 – O preconceito como obstáculo para a qualidade de vida para os indivíduos infectados. Ao fim do trabalho, verificou-se uma deficiência no que concerne a trabalhos que foquem os públicos masculino, idosos e adolescentes, assim como se percebeu que a Enfermagem tem deixado de lado atribuições importantes e focado muito na Educação em saúde que, apesar de sua importância, não pode se resumir a ela apenas. Além disso, a assistência ainda vem sofrendo muita interferência dos conceitos formados por cada profissional, o que acaba atrapalhando a assistência aos portadores de IST e, conseqüentemente, sua qualidade de vida.

Descritores: Assistência de Enfermagem; DST; Educação em Saúde; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Sexually transmitted infections (STIs) are one of the most common public health problems in Brazil and the world, besides being one of the facilitating factors for HIV infection and possible development of AIDS and can lead to serious complications and even to death. This group of diseases is transmitted mainly by sex without condom with infected persons and generally manifest themselves by means of wounds, vaginal discharge, blisters or warts. This is an integrative review of literature that aimed to know the nursing approach in the care of STI according to scientific production, and had as its guiding question "What is the Nursing approach attention to STIs according to scientific production ? ". The descriptors used were "Service" and "Nursing" and "STD", as well as their respective descriptors in English and Spanish ("Nursing Care" and "STD" and "Atención de Enfermería" and "Enfermedades Sexual Transmission"). After full reading of selected works have identified three categories, which are: 1- Health Education as the main form of approach to STIs, 2 - women as a focus of attention of nursing; 3 - prejudice as an obstacle to the quality of life for infected individuals. at the end of work, there was a deficiency in relation to works that focus on the male public, the elderly and adolescents, as it was realized that nursing has left out important and focused assignments much in health education that despite its importance, can not be limited to it alone. in addition, assistance is still suffering too much interference of the concepts formed by each professional, which ends up hindering the assistance to people with STIs and therefore their quality of life.

Descriptors: Assistência de Enfermagem; IST; Educação em Saúde; Qualidade de Vida.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da produção científica por origem – Brasil 2016

Tabela 2 - Distribuição da produção científica por ano – Brasil 2016

Tabela 3 - Distribuição da produção científica por cenário – Brasil, 2016

Tabela 4 – Distribuição da produção científica por participantes das pesquisas – Brasil 2016

LISTA DE SIGLAS

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome
AS – Abordagem Sindrômica
Capes - (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior)
Cofen – Conselho Federal de Enfermagem
Coren – Conselho Regional de Enfermagem
CTA – Centros de Testagem e Aconselhamento
EUA – Estados Unidos da América
GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção de Aids
HIV – Human Immunodeficiency Virus
HPV – Human Papiloma Virus
IST – Infecção Sexualmente Transmissível
LILACS - (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)
MedLine - (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)
ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
RIL - Revisão Integrativa de Literatura
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVO.....	11
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
3.1. Um breve histórico das IST	12
3.2. A evolução das políticas públicas em IST/HIV/AIDS no Brasil.....	14
3.3. A atuação da Enfermagem na atenção às IST.....	18
4. METODOLOGIA.....	21
4.1. Tipo de estudo.....	21
4.2. Etapas do estudo.....	21
4.3. Identificação do tema e questão norteadora.....	21
4.4. Critérios para inclusão e exclusão.....	22
4.5. Coleta e organização dos dados.....	22
4.6. Análise dos dados.....	22
4.7. Aspectos éticos.....	23
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
5.1. Perfil dos estudos.....	24
5.2. Educação em Saúde como principal forma de Abordagem às IST.....	26
5.3. As mulheres como enfoque da atenção de Enfermagem	30
5.4. O preconceito como obstáculo para a qualidade de vida dos indivíduos infectados. .	33
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
7. REFERÊNCIAS.....	37
APÊNDICES.....	41
Apendice A – Instrumento De Coleta De Dados.....	41

1. INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são um dos problemas mais comuns de saúde pública no Brasil e no mundo, além de ser um dos fatores facilitadores para infecções por HIV (Human Immunodeficiency Virus) e possível desenvolvimento da Aids (Acquired Immune Deficiency Syndrome), podendo levar à complicações graves e até ao óbito (BRASIL, 2006). Esse grupo de doenças é transmitido, principalmente, por meio de sexo sem preservativos com pessoas infectadas, e geralmente se manifestam por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas (BRASIL, 2015).

Após a epidemia de Aids, na década de 80, as IST voltaram a ser foco de discussão entre a população científica. Segundo o Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2010), o HIV/Aids é a principal causa de morte entre jovens de 15 a 49 anos no mundo, um aumento de 438% em relação a 1990, quando estava na 10ª posição no mesmo ranking.

No Brasil, a doença ocupa o 3º lugar no ranking das doenças que mais matam, na mesma faixa etária, porém ocupa o 1º lugar entre as mulheres. Estima-se também que mais de um milhão de pessoas adquirem uma IST diariamente, 500 milhões adquirem uma IST curável a cada ano, 530 milhões estejam infectadas com o vírus da herpes genital e outros 290 milhões de mulheres estejam infectadas pelo vírus HPV (Human Papiloma Virus) (BRASIL, 2015)

É inegável o impacto negativo causado pelas IST na qualidade de vida e nas relações interpessoais no Brasil e no mundo. A infecção pelo HPV, por exemplo, causa 530 mil novos casos de câncer de colo uterino e 275 mil mortes por essa doença por ano. A sífilis causa por volta de 300 mil mortes fetais e neonatais, colocando 215 recém-nascidos sob risco de morte prematura, baixo peso ou sífilis congênita. (OMS, 2013)

Apesar de todos os dados alarmantes, pesquisas mostram um percentual insatisfatório do uso de preservativos, método mais utilizado como forma de prevenção de IST, entre as pessoas de 15 a 64 anos de idade, sendo de 39% nos últimos 12 meses e cai quando se fala do uso em todas as relações sexuais, para 20% quando há parceria fixa e atinge 55% com parceria casual. (BRASIL, 2015)

Hoje, a atenção às IST está fortemente voltada para seu diagnóstico e tratamento, entretanto, para que haja um impacto na sociedade, é necessário se trabalhar a promoção da saúde e a prevenção das doenças, atribuição que não pode de forma alguma ser ignorada pela

Enfermagem. Entretanto esse papel vem sendo negligenciado, não só pela classe, mas por todos os profissionais de saúde há um enfoque muito grande no diagnóstico etiológico e os profissionais não são capacitados para a abordagem sindrômica. Medidas como a educação em saúde, disseminação da informação para reconhecimento de sinais e sintomas, busca precoce por assistência, convocação de parceiros, campanha em mídia, entre outras, são esquecidas, apesar de sua constatada importância (BRASIL, 2006)

Considera-se esse trabalho de suma importância para o reconhecimento e avaliação das atitudes que os profissionais de saúde, especialmente da Enfermagem, vem tomando frente aos altos índices de morbimortalidade das IST. Elencar e entender de que forma a assistência está sendo prestada deve nortear novas pesquisas a fim de tornar cada vez mais eficiente a prática de combate a esse grupo de doenças.

2. OBJETIVO

Conhecer a abordagem de Enfermagem na atenção às IST de acordo com a produção científica.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Um breve histórico das IST

Segundo Khols et. al (2011) as IST são doenças causadas por vírus, bactérias, fungos, protozoários ou ectoparasitos e que são transmitidas, principalmente, por contato sexual, por isso a denominação. Estas doenças podem, ou não se desenvolver perigosas e costumam manifestar-se com os mais variados sinais e sintomas.

É difícil falar sobre quando as IST surgiram. Não se sabe ao certo. Antigos escritos já mencionavam o que se pode associar às doenças desse grupo. Carvalho (2003) trás uma descrição considerável da forma como as doenças do trato genitourinário podem ter surgido:

[...] os microorganismos emersos das águas, solo, planta e animais encontraram no homem condições mais favoráveis para o seu desenvolvimento. A variação na sua adaptabilidade do agente hospedeiro aos ecossistemas, interessando no caso a esfera genitourinária, condicionou não apenas o eclodir de doenças com também seus mecanismos de transmissão (CARVALHO, 2003, p. 1).

O mesmo autor ainda faz menção às antigas sociedades gregas, onde as doenças já eram associadas ao ato sexual. Essas sociedades cultuavam os deuses da fertilidade com rituais promíscuos em templos, chamados “casas de Vênus”. Vem daí a nomeação desse grupo de doenças como “venéreas”, expressão que perdurou até pouco tempo atrás.

Em livros antigos como a bíblia, já se fazia menção a “corrimentos” e “fluidos”, remetendo à sífilis e gonorréia. Rassy (2003) afirma que foram encontradas lesões ósseas “típicamente sífilíticas” em múmias, reforçando o caráter primitivo desse grupo de doenças.

Na história recente, as IST protagonizaram episódios que merecem atenção. Durante a Segunda Guerra Mundial, como em outras guerras, o estupro foi usado como arma. Isso, associado ao fato de que muitas mulheres seguiam as tropas, se prostituindo quando podiam, contribuiu para que mais IST se espalhassem. Grandes campanhas foram realizadas para diminuir a incidência principalmente de sífilis e gonorréia entre os soldados. (CARVALHO, 2003)

Durante as décadas de 60/70, as IST voltaram à tona em proporções epidêmicas. Foi em 1960 que surgiu a primeira pílula anticoncepcional. Aliado a isso, ou talvez por isso mesmo, seguiu-se uma verdadeira “Revolução Sexual” (LEITE, 2007). Carvalho (2003) corrobora a

informação desse autor, citando fatos observados na época responsáveis pelo aumento de casos das doenças:

A partir desta época, progressivamente observou-se aumento na precocidade sexual, bem como na frequência e variação de parceiros. O tabu da virgindade passa a ser substituído pelo oposto bem como as variações das relações genital-genital deixam de se tornar desvios para se incorporarem ao ato sexual (Carvalho, 2003, pág. 1).

Os índices elevados de IST também são correlacionados ao fato de que a sociedade acreditava na vitória sobre essas doenças pela descoberta recente de antibióticos durante a Segunda Guerra. De repente, porém, a sociedade é mais uma vez abalada. A Aids surge, ainda desconhecida, e é entendida pelos setores conservadores da sociedade como “o castigo da liberação dos anos 70 e o fim dos ideários da contracultura divulgados pelo lema “Sexo, Drogas e Rock’n Roll” (PEREIRA e NICHATA, 2011, p. 3)

Em 1980, cientistas norte-americanos identificam casos de uma rara doença que acometia homossexuais masculinos jovens, atacando seu sistema imunológico e tornando-os susceptíveis a outras doenças oportunistas. Essa doença foi denominada, a princípio, de “câncer gay”. Apenas em 1982, quando já haviam aproximadamente 3 mil casos confirmados, em 14 países, o Centro de Controle de Doenças (CDC), nos EUA, nomeou a nova doença de Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. A essa altura, já se sabia que sua transmissão se dava por contato sexual ou através do sangue (MARQUES, 2008).

No Brasil, os primeiros casos identificados se deram em 1982, em São Paulo. Entretanto, estudos retrospectivos apontaram os primeiros casos em 1980, ano que é referido nos estudos como marco inicial. Em 1986, seis meses após a criação do sistema de vigilância epidemiológica formal em relação à AIDS, foram registrados 1.012 (mil e doze casos) em 20 estados brasileiros (MARQUES, 2002).

Durante muito tempo, a Aids foi relacionada aos homossexuais masculinos, o que gerou muita discriminação contra esse grupo. O combate a estereótipos foi, inclusive, foco das maiores campanhas no início da epidemia. Entretanto, no final da década de 90 o perfil da doença havia mudado: casos confirmados em homens e mulheres hétero e homossexuais, jovens, idosos e crianças transformaram a doença em uma pandemia (MARQUES, 2008).

Apesar das três décadas passadas e dos incansáveis estudos a cerca do HIV, a Aids

continua preocupando entidades internacionais. Estima-se que mais de 30 milhões pessoas morreram em decorrência da Aids e outras 30 milhões convivem com a doença no mundo todo (ONU, 2013). Brasil (2014) afirma que a cada dia, 7 mil novos casos de HIV são registrados e que menos da metade dos portadores do vírus sabem que estão infectadas. Além disso, trás dados nacionais de outras IST: sífilis – 937 mil novos casos ao ano; gonorreia - 1,5 milhão; clamídia - 1,9 milhão; herpes genital – 640,9 mil; HPV – 685,4 mil. Deve-se levar em consideração, porém, que a maioria das pessoas infectadas por uma IST é assintomática, o que prejudica exatidão dos dados, ou seja, os números podem ser ainda maiores.

A Aids apresenta, nos dias atuais, diferentes dinâmicas e demandas pelo mundo. Os países empobrecidos são os mais afetados pela doença e a consequente limitação com o cuidado, o manejo das pessoas que vivem com HIV/Aids e os recursos básicos para vigilância são evidentes (PEREIRA e NICHATA, 2011)

Com dados tão alarmantes, era esperado que as autoridades responsáveis tomassem alguma atitude com relação às IST. Várias entidades nacionais e internacionais têm criado políticas de combate a esse grupo de doenças.

3.2. A evolução das políticas públicas em IST/HIV/AIDS no Brasil

Até a epidemia de Aids, na década de 1980, não havia política nacional para as IST. A literatura acerca da atenção do estado às IST antes dessa década é insuficiente para que tratemos dela nesse trabalho. E mais do que a política de IST, o advento da Aids serviu para que o poder público brasileiro revisse sua forma de organizar e estabelecer as políticas de saúde (MARQUES, 2002).

Durante a década de 80, quando a Aids surgiu no Brasil, o país estava passando por um processo de redemocratização, após o fim da ditadura militar. Nesse período os movimentos sociais, estavam unidos e pressionando o governo por mudanças políticas. As agendas de luta se ampliavam e os movimentos sociais evidenciavam as contradições econômicas e sociais presentes na sociedade brasileira responsáveis por iniquidades e exclusão social. (PEREIRA E NICHATA, 2011) Foi nesse contexto que emergiu o movimento homossexual, considerado importante ator social na luta contra a Aids. Como mencionado anteriormente, a doença era fortemente associada à homossexualidade, o que reforçava o preconceito e a discriminação contra esse grupo social (MARQUES, 2008;

PEREIRA e NICHIATA, 2011)

Assim como o surgimento dos primeiros casos da Aids se deram em São Paulo em 1983, as primeiras mobilizações também ocorreram nesse estado, no mesmo ano. É também deste ano as primeiras respostas à epidemia, com a criação do Programa de Aids da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, associado à Divisão de Dermatologia Sanitária e Hansenologia, como trás Granjeiro, Silva e Teixeira (2009):

A estrutura do novo programa articulou quatro estratégias: serviços de referência assistencial e laboratorial, vigilância epidemiológica, informação e educação à população e mobilização e participação social. Entre as diretrizes, se destacam o combate à discriminação, a garantia do acesso universal ao tratamento e a promoção da equidade para os grupos sociais mais afetados no acesso aos recursos disponíveis (GRANJEIRO, SILVA e TEIXEIRA, 2009, p. 2).

Outros programas foram sendo criados em outros estados, geralmente associados às divisões de Dermatologia. Isso não significou, entretanto, adesão instantânea do governo federal. Segundo Monteiro (2009), setores da própria saúde achavam desnecessária a atenção que estava se dando ao problema, considerado de “pequena dimensão e que se referia a um grupo minoritário da população”, além de não satisfazer os critérios epidemiológicos de transcendência, magnitude e vulnerabilidade necessários para justificar intervenções do estado.

Já Pereira e Nichiata (2011) afirmam que o Ministério da Saúde julgava a Aids como doença de uma minoria endinheirada, homossexual que viajava para o exterior, “não havendo relevância na construção de qualquer estratégia por parte do setor governamental para intervir nesta doença”. Souza (2010) *apud* Parker (1997) caracteriza esta fase como sendo marcada pela “negação e omissão generalizados” por parte da maioria das autoridades governamentais, inclusive do poder público federal, o que reforçou a onda de pânico, medo, estigma e discriminação”.

É nesse momento que os movimentos sociais assumem o protagonismo para a reversão deste quadro. Uma unanimidade entre os autores no que se refere trajetória política dos movimentos sociais frente a epidemia da Aids é a importância das ONG (Organizações Não Governamentais). Essas organizações passaram a assumir posição central nas ações coletivas contra a Aids elaborando e desenvolvendo projetos, propostas de soluções, planos e

estratégias como respostas. A pressão das organizações não-governamentais foi decisiva para inserir pautas contemporâneas na agenda de formulação de políticas públicas. Além disso, as ONG se preocupavam não só com o combate à epidemia, como as organizações governamentais, mas também em assegurar os direitos e a qualidade de vida dos portadores do vírus HIV. A primeira, das muitas ONG criadas, surgiu também em São Paulo como o Grupo de Apoio e de Prevenção à Aids (GAPA), em 1985 (PEREIRA e NICHATA 2011).

É no ano de 1985, após centenas de casos confirmados pelo país, a falta de perspectiva de vida das pessoas doentes e as consequências sociais e econômicas que estes fatores poderiam gerar em um futuro próximo fizeram com que as discussões se prolongassem até que o Ministério da Saúde finalmente vem a público, reconhecer a proporção do problema. Nesse mesmo ano foi criado o Programa de Controle da Aids, através da portaria 236 (MARQUES, 2002, MONTEIRO, 2009).

O programa coordenava ações de vigilância epidemiológica da doença e medidas de prevenção que envolvia casos confirmados e suspeitos, comunicantes e grupos de risco, à época considerados os homossexuais e bissexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos ou politransfundidos. (BRASIL, 1985)

Ainda segundo Monteiro (2009), apenas em 1986, através da portaria ministerial 542/86, a Aids se torna uma doença de notificação compulsória. Em 1987 é criada a Comissão Nacional de Aids, com participação da comunidade científica e civil organizada, responsável por assessorar o Ministério da Saúde na definição de mecanismos técnicos para o controle da Aids e coordenar a produção de documentos técnicos e científicos. (BRASIL, 2015)

Fica clara na literatura a importância do ano de 1988 para o combate às IST e Aids. Foram criados os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Foram também editadas a Lei 7.649/88 que regulamenta os procedimentos referentes a atividade hemoterápicas, inclusive tornando obrigatória o teste de Sorologia do HIV em todo o país; a Lei 7.670/88 que garante alguns direitos como a licença para tratamento de saúde, entre outros; e a Lei 7.713/88 que isenta o portador do HIV do imposto de renda sobre a aposentadoria. É nesse ano também que ocorre a primeira edição do Dia Mundial de Luta contra a Aids, em 1º de dezembro (MARQUES, 2008).

Em 1988, o SUS foi aprovado com a proposta de unificação dos serviços de saúde e para Marques (2002, pág. 15), “foi na efervescência política de discussão desse ideário que o Programa Nacional da Aids consolidou-se no Brasil, e certamente sua implantação foi

influenciada por tais preceitos”. Agora as IST seriam incluídas nas pautas e o Programa de Controle da Aids passa a ser Programa Nacional de DST e Aids. Entretanto, o programa não contemplava as verdadeiras necessidades que o problema trazia consigo.

Aliado ao que alguns autores chamaram de falta de percepção da expansão da epidemia, os modos para enfrentamento da doença se restringiam a ações pontuais, a princípio em alguns estados e depois em quase todas as unidades da Federação, baseados no modelo seguido pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. (MONTEIRO, 2009, p. 9)

O período de 1990 a 1992 é considerado o mais obscuro e desastroso da luta contra a Aids. Com a mudança conturbada do governo Collor, houve também uma mudança na coordenação do Programa, o que Marques (2002) considera como um período de fragilização na construção de uma política nacional. Houve nesse período uma centralização das ações, com a desarticulação do governo com estados, ONG e outras instituições o que, para Parker (1997, apud SOUZA, 2010) ainda é reflexo no governo ditatorial que procura manter sua hegemonia. Apenas no final de 1992, com a mudança da gestão do programa e, posteriormente, do próprio governo federal, com o impeachment do presidente da república a parceria com outras instituições foi retomada, e 1993 é considerada uma nova era no que diz respeito ao combate à Aids.

Foi em 1993 que as negociações com o Banco Mundial começaram, com o projeto Aids I, com vigência de 1994 a 1998. Monteiro (2009) conta que o Banco visava uma atuação mais expressiva na “oferta de ideias” no âmbito da saúde para os países em desenvolvimento. Sendo assim, esse empréstimo fazia parte tanto dos planos do Banco, quanto dos formuladores da política nacional. O projeto apontava como objetivos a redução da incidência e transmissão de HIV e IST e fortalecimento de instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle de IST e HIV/Aids no Brasil (MARQUES, 2002).

Em 1996 é editada a lei 9.313/96, que torna gratuita a distribuição de medicamentos para tratamento de Aids, apesar de contrária à as recomendações do Banco Mundial, que recomenda a aquisição da medicação pelo próprio paciente, como os portadores de outras doenças (MONTEIRO, 2009). Em 1998, apesar das ideias divergentes, o Banco aprovou um novo empréstimo para o projeto Aids II, que dava continuidade ao Aids I.

Em 1999 é finalmente instituída a Política Nacional de IST e Aids, com o objetivo de

sistematizar as diretrizes das ações do Programa Nacional de IST e Aids. Essas ações visavam reduzir a incidência de infecção pelo HIV/Aids e por outras IST; ampliar acesso ao diagnóstico, tratamento e assistência, melhorando a qualidade de vida e garantindo os direitos da cidadania aos soropositivos; e fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das IST e da Aids (BRASIL, 1999).

Em 2002 foi aprovado mais um empréstimo do Banco Mundial para a realização do projeto Aids III, com vigência de 2003 a 2006. O projeto mantém as principais metas dos projetos anteriores, com a melhoria da cobertura e qualidade das ações de prevenção e assistência, fortalecimento do monitoramento e avaliação das ações e a introdução de novas tecnologias no campo de vacinas e medicamentos (MONTEIRO, 2009).

3.3. A atuação da Enfermagem na atenção às IST

A Política Nacional de DST e Aids vem direcionar a atenção às essas infecções, com o objetivo de reduzir a incidência dessas, aumentar o acesso ao diagnóstico, tratamento e à assistência aos já portadores e fortalecer aquelas instituições, públicas ou não, que já trabalhavam no âmbito das IST. A política é integrada de três principais componentes para alcançar esses objetivos: promoção, proteção e prevenção; diagnóstico e assistência; e desenvolvimento institucional e gestão (BRASIL, 1999). Inserindo a Política Nacional no contexto do SUS, Brasil (2015) frisa a importância do protagonismo de todos os profissionais de saúde na atenção às IST.

Nesse contexto, tendo em vista a Lei 7498/86 que regulamenta a atuação da Enfermagem em todo o território nacional, cabe à Enfermeira: consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; prevenção e controle sistemático de doenças transmissíveis em geral; e educação em saúde, fica clara que a atuação da Enfermagem é fundamental no controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Se levarmos em consideração todas as mudanças que a constituição de 1988 e a implantação do SUS sugeriram, colocando em destaque a assistência integral à saúde e a substituição do modelo individualista e biologicista por um modelo de saúde holístico, focado na promoção da saúde e na prevenção de doenças, pode-se entender melhor a importância da

Enfermagem como tendo caráter, acima de tudo, educador e o impacto disso para a prevenção de doenças, inclusive as IST.

Sendo assim, as atividades de aconselhamento e orientação dos usuários dos serviços de saúde quanto às IST, cabem especialmente à Enfermagem. Além disso, a disponibilização de preservativos, assim como a orientação de seu uso, a inclusão dos segmentos populacionais mais vulneráveis nos serviços e a realização de testagem voluntária também são atividades de promoção e prevenção (FERRAZ e NEMES, 2009).

Outra ação de prevenção de grande impacto são as vacinações. Estão disponíveis as imunizações de hepatite B e HPV, atribuição também da Enfermagem. É importante destacar aqui a Política de Redução de Danos que garante além da informação, educação e aconselhamento sobre os possíveis risco e danos relacionados ao consumo de substâncias que causam dependência, a distribuição de insumos que possam minimizar esses riscos (BRASIL, 2005)

É também bom lembrar da atuação da Enfermagem nos serviços de hemoterapia, quando se fala em prevenção de IST. Além de a classe ser responsável pela administração de transfusões de sangue e hemoderivados, a Resolução 306/2006 do Conselho Federal de Enfermagem ainda determina que é responsabilidade da Enfermeira o planejamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação dos procedimentos de hemoterapia. Além disso, a enfermagem ainda participa da captação e avaliação do doador e do receptor, junto à equipe multidisciplinar (SHÖNINGER e DURO, 2010)

Destaca-se a atribuição da Enfermagem quanto ao diagnóstico e tratamento das infecções. Seguindo protocolo do Ministério da Saúde, deve-se utilizar o rastreamento e tratamento das IST assintomáticas e o uso de fluxogramas nas IST sintomáticas, associado à utilização de exames laboratoriais. Cabe à Enfermeira a realização de exames físicos e anamnese, assim como a solicitação de exames laboratoriais. A consulta de Enfermagem é concluída com a prescrição e orientação do tratamento.

É de responsabilidade da Enfermagem também a comunicação com os contatos do indivíduo infectado. Nesse ponto, destaca-se a importância da atenção multidisciplinar às vítimas de violência sexual, que além do atendimento clínico e das orientações dispostas acima, deve receber profilaxia contra IST não virais e o HIV, imunização contra as hepatites, coleta de material para avaliação sorológica e informação sobre as providências policiais e judiciais cabíveis (BRASIL, 2015)

Face ao exposto, compreende-se a importância da prática de enfermagem na atenção às IST de acordo com programas e protocolos institucionais, objetivando garantir a assistência integral e de qualidade à população.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Atendendo a proposta do trabalho, optou-se por realizar uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL). Para Crossetti (2012) a revisão integrativa permite a sintetização de resultados de pesquisas anteriores, realizadas por outros autores e mostra as conclusões da literatura sobre um fenômeno específico. Uma vez reunidos, os dados permitem conclusões sobre determinado tema.

Souza, Silva e Carvalho (2010) corroboram a informação de Crossetti e apontam a RIL como um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Mendes, Silveira e Galvão (2008) vão mais além, reafirmando a importância da RIL na tomada de decisões na prática clínica e na pesquisa quando dizem que além de orientar a prática clínica e sintetizar o conhecimento já produzido, este tipo de estudo permite apontar as “lacunas” existentes em determinada área, direcionando assim a realização de novos estudos.

4.2. Etapas do estudo

Para a realização do presente trabalho, seguiu-se a metodologia de Mendes, Silveira e Galvão (2008) que nos indica seis etapas na RIL sendo a primeira delas a **identificação do tema a ser estudado e a elaboração da pergunta norteadora**. A segunda etapa seria o **estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão** de trabalhos na revisão. A terceira etapa, que consiste na **categorização dos resultados**, que seria a extração das informações consideradas importantes pelos autores. Na quarta etapa, as informações extraídas na etapa anterior são **avaliadas** e na quinta etapa essas informações são **interpretadas**. A sexta e última etapa consiste na **divulgação dos resultados** à população científica e à sociedade como um todo.

4.3. Identificação do tema e questão norteadora

Levando em conta as altas taxas de morbidade e a importância da atuação da Enfermagem junto às IST, decidiu-se por adotar como questão norteadora do estudo “Qual a abordagem de Enfermagem na atenção às IST de acordo com a produção científica?”

4.4. Critérios para inclusão e exclusão

Optou-se por incluir artigos originais e completos publicados nos últimos 10 anos, que tratavam da atenção de enfermagem às IST, com exceção das revisões de literatura, estudos de caso, notas prévias, resenhas, relatos de experiência, trabalhos em línguas que não sejam Inglês, Português ou Espanhol e os trabalhos repetidos. Para essa etapa de seleção foi realizada a leitura dos títulos e resumos. Ao fim da seleção, totalizaram-se 31 artigos.

4.5. Coleta e organização dos dados

Foram eleitas as seguintes bases de dados para pesquisa: Portal de periódicos CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), sendo utilizados os descritores “assistência” *and* “Enfermagem” *and* “DST” e seus respectivos descritores em inglês (“nursing care” *and* “STD”) e espanhol (“Atención de Enfermería” *and* “Enfermedades de Transmisión Sexual”), para a busca nos periódicos. O descritor DST foi utilizado na busca devido a inexistência do descritor IST nas bases de dados consultadas.

Para a organização e análise da amostra encontrada, foi elaborado um instrumento para coleta de dados, com vistas a buscar informações relevantes ao trabalho, de forma organizada, para posterior categorização e análise dos dados. A partir do instrumento foram coletadas informações sobre o ano de publicação, idioma, origem (região ou país de onde partiu a publicação), categoria ocupacional dos autores, temática abordada, sujeitos da pesquisa, cenário e características metodológicas: tipo de trabalho, abordagem e técnica de coleta. O instrumento sofreu alterações a medida que iam sendo selecionados os artigos. Essas alterações consistiram em acréscimos de novas categorias, como no caso dos participantes da pesquisa (APENDICE A).

Os trabalhos que responderam aos critérios de inclusão foram lidos na íntegra e identificados segundo seus aspectos metodológicos e problemática abordada, categoria ocupacional dos autores, sujeitos da pesquisa e cenário.

4.6. Análise dos dados

A análise quantitativa dos dados foi feita de forma simples, utilizando frequência absoluta

(n) e percentual (%). Os dados foram coletados, categorizados e analisados no período de janeiro a maio de 2016.

Dividiu-se a amostra em grupos por similaridade de conteúdo, a partir dos quais foram construídas categorias temáticas que correspondiam ao objetivo do estudo. Posteriormente, as categorias foram analisadas e discutidas de acordo com a literatura pertinente à temática. As categorias construídas foram:

1 – Educação em Saúde como principal forma de Abordagem às IST

2 – As mulheres como enfoque da atenção de Enfermagem

3 – O preconceito como obstáculo para a qualidade de vida para os indivíduos infectados

4.7. Aspectos éticos

No que concerne à parte legal e ética, o presente trabalho dispensa análise por Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de pesquisa documental, sem participação de seres humanos. Seguiu-se o código de ética dos profissionais de Enfermagem, respeitando os princípios da honestidade e fidedignidade, assim como os direitos autorais na pesquisa, disponibilizando os resultados para o conhecimento da comunidade científica e sociedade em geral (COFEN, 2007).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Perfil dos estudos

A maioria dos estudos selecionados foi desenvolvida no Brasil (77,42%), conforme se verifica na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da produção científica por origem – Brasil 2016

Região do país	n	%
Nordeste	10	33,3
Sudeste	9	26,7
Sul	5	16,7
Norte	-	-
Centroeste	-	-
Outros países	7	23,3
Todos	30	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Esses dados surpreendem, de certo modo, tendo em vista que geralmente a produção científica se concentra nas regiões Sul e Sudeste. Entretanto, o Nordeste brasileiro apresenta indicadores muito piores do que no restante do país, o que pode justificar o interesse dos estudiosos nessa Região. Segundo Kerr (2013), na Região Nordeste, os níveis de conhecimento sobre a doença e suas formas de prevenção, assim como o uso do preservativo e os testes para IST tendem a ser menores que em outras áreas do país, em contrapartida, a transmissão materno-infantil da Aids, especialmente, é maior.

Os trabalhos de origem estrangeira (24,14) foram desenvolvidos em países como Estados Unidos, Chile, Peru e Afeganistão.

Os anos de maior produção dos trabalhos foram os de 2008, 2009 e 2013. A menor frequência ocorreu em 2007 e 2010 e 2011, como mostra a tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição da produção científica por ano – Brasil 2016

Ano	n	%
2007	1	3,3
2008	6	20,0
2009	6	20,0
2010	1	3,3
2011	1	3,3
2012	3	10,0
2013	7	23,3
2014	2	6,7
2015	3	10,0
Todos	30	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

Quanto ao tipo de trabalho, estavam distribuídos em ordem decrescente de frequência em: Artigo Original (75,86%), Dissertação (17,24%) e Teses (6,9%).

Dada a abrangência das atribuições da Enfermagem no que concerne à assistência as IST, não foi surpresa quando a Enfermagem surgiu como a principal categoria profissional responsável pela condução das pesquisas (58,62%).

No que concerne aos cenários de pesquisa, o Hospital foi o mais predominante, com 17,24% dos estudos sendo desenvolvidos nesse ambiente. Muitos trabalhos foram desenvolvidos em centros especializados e as Sedes do Programa Nacional de IST e Aids, que estão incluídos em outros, na tabela 3, onde a distribuição dos cenários está exposta.

Tabela 3 – Distribuição da produção científica por cenário – Brasil, 2016

Cenário	n	%
Hospital	6	20,0
Comunidade	4	13,3
Instituição de Ensino	4	13,3
Clínica	2	6,7
Outro	10	33,3
Não Identificou o Local	1	3,3
Todos	30	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

Quanto à técnica de coleta das pesquisas selecionadas, a mais utilizada foi a Entrevista Individual, que representou 62,07%. Outros trabalhos utilizaram a Observação (24,14%) para coletar os dados da pesquisa. A menor frequência foi de pesquisas com Grupos Focais e pesquisas Documentais (6,90% cada).

A grande maioria dos estudos tinha abordagem qualitativa (62,07%). Os trabalhos com abordagem quantitativa e quantiqualitativa representaram 17,24%, cada um. Quanto à temática, a maioria dos artigos utilizou-se de uma abordagem Sociológica e Compreensiva sobre o tema (58,62%). Os outros 41,38% dos trabalhos abordou o tema focando na Clínica.

Foi observado durante a análise que a principal forma de abordagem nos trabalhos selecionados foi a Educação em Saúde. Essa foi a nossa escolha para desenvolver a primeira categoria do nosso trabalho.

5.2. Educação em Saúde como principal forma de Abordagem às IST

Observou-se que o principal foco de atenção de enfermagem nas IST são as atividades de Educação em Saúde. Como mencionado anteriormente no presente trabalho, a Educação em saúde é vista como uma das principais ferramentas de promoção à saúde de que a Enfermagem dispõe. Beserra, Pinheiro e Barroso (2008) afirmam que a Enfermagem, por ser uma profissão “intimamente ligada ao ser humano”, destaca-se na utilização dessa ferramenta

como forma de empoderar e estimular o pensamento crítico de grupos sociais.

Sousa et al. (2010) corroboram afirmando que a Educação em saúde é uma forma de colocar a população a par de suas responsabilidades e direitos, se enxergando como os principais responsáveis por sua própria saúde e qualidade de vida.

São observadas nos trabalhos selecionados várias formas de atuar na Educação em Saúde, desde trabalhos de prevenção e promoção, até o aconselhamento de usuários dos serviços que já foram diagnosticados com as IST.

Henriques e Lima (2009) fazem uma breve explanação do que seria o aconselhamento e porque seria uma forma de Educação em Saúde:

De modo geral, no aconselhamento são compartilhadas informações sobre a AIDS, sua transmissão, prevenção e tratamento, buscando-se esclarecer de maneira mais personalizada as dúvidas e apreensões do cliente. Além do mais, potencializa a quebra da cadeia de transmissão da AIDS e das outras DSTs, pois permite que o usuário reflita sobre suas práticas sexuais, de modo a torná-lo consciente e sobretudo um sujeito ativo no processo que envolve a prevenção e o autocuidado (Henriques e Lima, 2009, p. 5)

Além disso, é claro o empenho em se utilizar de novas formas de abordagens à comunidade. Barbosa et al. (2013), por exemplo, trabalha a prevenção das IST com deficientes visuais e aponta a necessidade de adequar a linguagem para os diferentes grupos. A enfermeira, para o autor, deve se esforçar para compreender a necessidade do seu público-alvo a fim de que as informações sejam recebidas de maneira compreensiva, utilizando não só a fala unidirecional.

Também Villegas et al. (2014) reconhece essa necessidade de adaptar a informação para o público e se utiliza de novas tecnologias para ter acesso à jovens e mantê-los a par das informações sobre prevenção do HIV, em um trabalho desenvolvido no Chile. Neste trabalho, as intervenções eram realizadas via internet com jovens e mostraram resultados satisfatórios. Essa foi uma forma de levar informações cientificamente embasadas por um meio de comunicação familiar aos adolescentes. O autor ainda aponta outras vantagens do novo método de Educação em Saúde:

O I-STIPI [Internet based STI-HIV Prevention Intervention] tinha várias características descritas na literatura como principais vantagens proporcionadas

pelas intervenções na Internet. Estes incluem a redução do medo de constrangimento, porque o site fornecia privacidade e anonimato, e a oportunidade para acessar a intervenção a partir de qualquer lugar que era conveniente. Além disso, o I-STIPI como uma intervenção internet era mais rentável que intervenções face-a-face. Intervenções face-a-face geralmente exigem a presença do facilitador e dos participantes no mesmo lugar e ao mesmo tempo, e eles têm custos associados com transporte, lanches e o lugar onde as intervenções acontecem, além do tempo que a equipe perde quando os participantes não aparecem (VILLEGAS et al., 2014, p. 9)

Fica clara a importância da Educação em Saúde no âmbito das IST, especialmente em uma época onde somos bombardeados por informações de fontes nem sempre confiáveis a todo instante, como uma forma de levar informações concretas à população. Koerich et al. (2010), alerta que o conhecimento que cada indivíduo trás consigo está atrelado a questões que ultrapassam o âmbito da ciência, mas que engloba aspectos culturais e de gênero, por exemplo, que são transmitidas entre gerações na sociedade. Essas questões podem interferir na percepção dos indivíduos quanto à sua vulnerabilidade frente às IST, abrindo espaço para comportamentos sexuais que favorecem a contaminação.

Fica a cargo da Enfermagem, entre as outras áreas da saúde, a disseminação das informações concretas e a desconstrução dessas concepções, carregadas de preconceitos e mitos. A população também admite a importância da profissão nesse aspecto, reconhecendo que esta tem respaldo na transmissão de informações cientificamente embasadas, como afirma Henriques e Lima (2009). Ou seja, a população tem total confiança na Enfermagem como profissão educadora, acima de tudo.

Entretanto, colocando de lado por um momento a Educação em Saúde, sentiu-se falta de trabalhos que abordassem as outras atribuições da Enfermagem na prática clínica. Britto (2009) trás essa deficiência em seu trabalho, que tratou da representatividade do Enfermeiro em uma sede do Programa Nacional de DST e Aids, com usuários do serviço, onde não há a realização da consulta de Enfermagem. Para ela, ao negar suas atribuições, a Enfermagem acaba perdendo espaço e autonomia.

Isso indica que não somente o usuário é prejudicado com a ausência da assistência em Enfermagem, como principalmente a profissão perde um grande espaço para exercer sua autonomia. As atividades do enfermeiro para os sujeitos da pesquisa estão atreladas à consulta médica com objetivo de auxiliar ao médico, e essa prática

se limita às técnicas executadas pelos técnicos em Enfermagem (BRITTO, 2009, p. 54)

A atuação do enfermeiro na ESF ancora-se na legislação profissional específica e na Política Nacional da Atenção Básica, a qual estabelece as seguintes atribuições:

Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços (BRASIL, 2012).

Quanto à legislação em enfermagem, o Parecer COREN-SP nº 29/2010 esclarece que o enfermeiro realiza a Abordagem Sindrômica (AS), inclusive a solicitação de exames e prescrição medicamentosa, não com o intuito de substituir o profissional médico, mas com o objetivo de romper a cadeia de transmissão das IST e reavaliar a execução da assistência prestada. Tal atribuição deve ser desempenhada por meio da sistematização da assistência de enfermagem que inclui o levantamento de dados (histórico, exame físico) e de problemas (diagnóstico de enfermagem). Essas etapas subsidiarão o direcionamento das condutas conforme preconizado pelo programa de saúde no Brasil. Destacando-se que na atenção às IST o diagnóstico realizado pelo enfermeiro não é clínico, sendo caracterizado como diagnóstico sindrômico, baseado nos sinais e sintomas apresentados pelo usuário (BRASIL, 2010).

Apesar de reconhecer que a consulta de enfermagem associada à aplicação prática da AS para diagnóstico e tratamento das IST, seria essencial para a diminuição da prevalência das IST, apenas um trabalho trouxe à tona essa atribuição da Enfermagem, mais uma vez reforçando a fala de Britto (2009) quando afirma que a Enfermagem acaba ofuscada quando ela se omite às suas atribuições e foca apenas na educação em saúde como arma para o enfrentamento às IST.

Além disso, a aplicação da prática da Enfermagem poderia diminuir custos e otimizar tempo de diagnóstico e tratamento das IST. Oliveira et al. (2013), deixam isso bem claro em sua fala. Para eles, o estabelecimento e uso de protocolos para o tratamento das IST podem garantir que inclusive indivíduos assintomáticos recebam tratamento adequado em menos tempo, com menos riscos de desenvolverem resistência às medicações utilizadas nos seus

tratamentos.

O trabalho da Enfermagem no âmbito da hemoterapia também foi negligenciado nos trabalhos selecionados, apesar de ser da classe a responsabilidade sobre o planejamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação dos procedimentos de hemoterapia, como já mencionado anteriormente no presente trabalho.

Outro ponto facilmente identificado a mais superficial leitura dos trabalhos da nossa seleção, é o foco direcionado às mulheres quando se fala em IST. É disso que vai tratar a segunda categoria da nossa revisão.

5.3. As mulheres como enfoque da atenção de Enfermagem

Com relação aos participantes das pesquisas selecionadas, ficou clara a atenção dada às mulheres. A tabela 4 deixa claro esse dado: quatorze (14), dos trinta (30) trabalhos da seleção, foram realizados exclusivamente com mulheres. Em outros nove (9) trabalhos, as mulheres foram foco, junto com os homens. Em apenas dois (2) trabalhos o público-alvo foi exclusivamente masculino.

Tabela 4 – Distribuição da produção científica por participantes das pesquisas – Brasil 2016

GRUPO	GÊNERO	N	%
ADULTOS		21	70,0
	Ambos	7	
	- Deficientes	1	
	- Soropositivas	4	
	Feminino	12	
	- Profissionais do sexo	1	
	- Gestantes	2	
	- Soropositivas	1	
	- Homossexuais	1	
	Masculino	2	
	- Deficientes	1	
	- Homossexuais	1	
ADOLESCENTES		2	6,7
	Feminino	2	
ADULTOS/ADOLESCENTES		1	3,3
	Ambos	1	
IDOSOS		1	3,3
	Ambos	1	
PROFISSIONAIS		5	16,7
TOTAL		30	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

Esse desenho trás a tona um ponto já bastante discutido na literatura, que seria o fato de

que os homens não são satisfatoriamente adeptos dos serviços de saúde, sendo as mulheres a sua principal demanda, por se mostrarem mais a vontade com o espaço da organização do cuidado. Para Pinheiro e Couto (2013), o desafio na implantação de ações direcionadas à saúde do homem começa justamente na inserção desse no serviço de saúde, especialmente na Atenção Primária, e trás algumas justificativas para esse problema:

[...] essa inserção esbarra em diversas dificuldades, configuradas pelas características culturais da construção das masculinidades, que moldam as formas dos homens lidarem com a saúde; pela atuação dos profissionais de saúde que (re)produzem concepções de gênero, como a ideia de que o corpo masculino é um lócus do não-cuidado; e pela estruturação dos serviços de saúde, onde podemos identificar uma tendência à invisibilidade dos homens como alvo de intervenção em saúde, como usuário que tem dificuldade para acessar os serviços ou para serem acolhidos com suas demandas e como potenciais sujeitos de cuidado. (PINHEIRO E COUTO, 2013, p. 4-5)

Outro fator que fica implícito no fato de as mulheres serem os principais alvos dos trabalhos voltados para as IST, é a responsabilização do gênero feminino quando se trata do adoecer. O fato de as políticas e projetos serem voltados a esse público específico deixa claro que continua sendo delegada à mulher a função de cuidadora na família.

As questões de gênero perpassam também pela vulnerabilidade das mulheres à aquisição de IST, pois a sexualidade tem sido negada às mulheres há séculos, sendo criado um modelo de mulher ideal casta, pura e obediente, o que as coloca em risco para contrair esse grupo de doenças, “por conta da falta de poder de barganha nas relações sexuais e consequentemente a dificuldade em exigir um comportamento sexual seguro de seu parceiro” (SILVA, 2008, p. 30). Henriques e Lima (2009, p. 7), corroboram com a afirmativa de forma mais didática quando afirma que “para muitas mulheres não é confortável exigir de seu parceiro o uso do preservativo, pois compreendem que essa atitude tornará visível a falta de confiança no comportamento sexual do homem”.

Dessa forma, além de trabalhar o empoderamento das mulheres, é de extrema importância incluir os homens no debate sobre as IST, assim como afirma SILVA (2008, p. 31): “é de suma importância a elaboração de estratégias voltadas não só para as mulheres que são o grupo alvo, mas também é necessário envolver os homens em um processo de mudança, já que seu comportamento atinge diretamente a mulher”.

Além dos homens, sentiu-se falta de trabalhos que abordassem outros grupos, como os idosos, por exemplo. Nesse caso apenas um trabalho teve a terceira idade como público-alvo e, mesmo nesse trabalho, é possível verificar a dificuldade em trabalhar o tema com esse grupo. Como aponta Santos et. al (2015), a sexualidade da pessoa idosa ainda é considerada tabu pela sociedade, pelos profissionais e pelos próprios idosos, o que acaba agravando a vulnerabilidade destes àquele grupo de doenças, vulnerabilidade essa que é negada pelos próprios idosos. Apesar de a maioria dos idosos manter a vida sexual ativa, muitos ignoram os riscos de contrair IST e Maschio et al. (2011) atribuem isso ao fato de que as campanhas de informação sobre prevenção são, em sua maioria, direcionadas ao público jovem, o que diminui a consciência sobre a vulnerabilidade da terceira idade.

O fato, a propósito, de as IST serem muito discutidas entre as mulheres jovens, porém quase não discutidas entre as mulheres da terceira idade nos leva a outra discussão pertinente: as pesquisas em saúde continuam focando a mulher como ser reprodutor e, na prática, colocando de lado as mulheres em idade não-fértil. Isso traz à tona mais uma vez a negação da sexualidade da mulher, quando essa não tem finalidade reprodutiva.

5.4. O preconceito como obstáculo para a qualidade de vida dos indivíduos infectados

A Enfermagem tem sido, no âmbito da saúde, a profissão mais próxima dos indivíduos que necessitam de atenção. Da mesma forma acontece com aqueles portadores de IST. Essa proximidade gera um cenário de confiança e afeto entre os indivíduos que recebem seus cuidados. Espera-se da profissão uma assistência respeitosa e compreensiva, ao mesmo tempo em que científica e profissional.

Entretanto, nota-se em alguns trabalhos que ainda há uma abordagem discriminatória na atenção às IST, por parte dos profissionais, que às vezes deixa prevalecer a ideia de “grupos de riscos” em detrimento de “comportamento de risco”.

Sabe-se que hoje toda a população sexualmente ativa está sob risco de adquirir alguma IST, tornando assim o termo “grupo de risco” discriminatório e desatualizado. (NADAL e MANZIONE, 2003) Sendo assim, hoje se preconiza a utilização do termo “comportamento de risco” para tratar de todo aquele que se expõe às IST, seja na prática do sexo desprotegido, na troca de parceiros ou no uso abusivo de drogas. Brasil (2015), apesar de reconhecer que alguns grupos, como os gays, profissionais do sexo e usuários de droga, estejam mais

susceptíveis a adquirir uma IST, deixa claro que um dos principais fatores para o surgimento, disseminação e manutenção desse grupo de doenças são os aspectos comportamentais com que cada indivíduo age.

Silva (2008), por exemplo, aponta uma percepção de que mulheres solteiras estão vulneráveis por haver uma associação dessas à troca de parceiros, à promiscuidade, ao uso de drogas e conseqüente sexo banalizado. Entretanto, já foi visto anteriormente que as mulheres em relacionamento estável estão vulneráveis justamente por acreditarem que essa estabilidade lhes protege da contaminação.

Um ponto importante verificado nos trabalhos é que a discriminação por parte dos profissionais ocorre especialmente na atenção hospitalar. Gomes et al. (2011) aponta que indivíduos hospitalizados esperam ser tratados de forma acolhedora pela equipe de enfermagem, porém se deparam as vezes com um tratamento desumanizado, que apenas enxerga a doença, demonstrando receio ao realizar procedimentos com os indivíduos soropositivos. Isso demonstra despreparo na formação dos profissionais para o manuseio das IST e uma sobreposição dos conceitos e crenças pessoais em detrimento do saber científico adquirido na academia.

Já a Atenção Primária à Saúde aparenta oferecer uma atenção mais pessoal e integral aos indivíduos, tendo uma aceitação maior da população, como aponta Ferreira e Nichiata (2008) em seu trabalho. Para elas, a Atenção Básica trabalha a relação do indivíduo com a doença “em uma perspectiva de ampliação do atendimento que olha o paciente em sua totalidade e realiza o acompanhamento da pessoa e não da doença.” (FERREIRA e NICHATA, 2008, p. 5). Dessa forma, percebe-se que o modelo de atenção holístico, prezado pela reforma sanitária já mencionada, parece ser mais aplicado em serviços de Atenção Básica em detrimento de serviços hospitalares.

A questão da discriminação se põe como uma barreira para a procura do diagnóstico pela comunidade e a adesão ao tratamento quando aquele é confirmado. Isso porque as IST ainda são vistas como doenças relacionadas a estilos de vida desregrados e atos que desviam da conduta imposta pela sociedade. Para Preussler e Eudit (2007), essas infecções enfraquecem a relação dos profissionais com os usuários dos serviços e acabam as isolando ainda mais, diminuindo a sua qualidade de vida e dignidade.

Ferreira e Nichiata (2008) acreditam que o receio de procurar ajuda reside no temor quanto ao julgamento social, o medo da humilhação, o medo da vergonha e o medo da culpa,

tendo em vista que ainda hoje as IST são sinônimo de exclusão social, mesmo entre os profissionais, que deveriam dar suporte aos indivíduos infectados. Para Gomes et al. (2011), esse preconceito é um dos principais fatores para que a vida normal, após o diagnóstico das IST, não seja alcançado.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se, através dessa revisão de literatura, conhecer a abordagem de Enfermagem na atenção às IST de acordo com a produção científica.

Conseguiu-se identificar três pilares da assistência de enfermagem às IST: primeiro, o enfoque na Educação em saúde como principal forma de abordagem. Fica clara a importância dada a esta atribuição da enfermagem quando a maioria dos trabalhos utilizam essa atividade como forma de chegar à população. Entretanto, ficou clara também a omissão da classe quando se trata de uma abordagem prática, que foque do diagnóstico e tratamento das IST. Viu-se que com isso a comunidade e a própria categoria se prejudicam, que acaba perdendo espaço e reconhecimento quando se omite às suas atribuições respaldadas por lei.

Outro ponto identificado foi o enfoque dado as mulheres nos trabalhos selecionados. A grande maioria dos trabalhos focou no gênero feminino na hora de tratar as IST. Mesmo que a maior prevalência desse grupo de doenças seja entre o público masculino, esse foi pouco abordado nos trabalhos. Isso nos remete a discussão dos papéis impostos na sociedade, tanto discutidos, que coloca o homem como ser do não cuidado, enquanto a mulher como ser vulnerável. Além disso, pouco se viu também discutir as IST entre os idosos, apesar de a incidência vir aumentando nos últimos anos, entre esse grupo. Sentiu-se falta também do desenvolvimento de trabalhos que focassem os adolescentes, já que estes são geralmente o maior foco quando se trata de IST. É necessário que a sexualidade deixe de ser vista como tabu, especialmente entre aqueles que produzem ciência na área da saúde. Só assim uma discussão pode ser aberta e resolutiva com esses grupos.

Na última categoria, identificou-se presença ainda de uma abordagem discriminatória por parte dos profissionais da saúde, em especial, da enfermagem, que acaba pondo seus preconceitos acima do seu conhecimento científico, gerando desconforto entre os usuários do serviço de saúde, que vão em busca de uma assistência humanizada e esclarecida, mas que por vezes não encontram.

Ao fim do trabalho, percebeu-se a importância de fazer essa revisão como uma forma de identificar as lacunas que os estudos tem deixado. Fica a sugestão para que novos estudos sejam realizados, incluindo o público que foi tão pouco explorado nos estudos selecionados para o presente trabalho, assim como, espera-se que a Enfermagem busque assumir suas atribuições e que cada vez mais possa se protagonista da assistência em saúde.

7. REFERÊNCIAS

- BARBOSA, GOL. WANDERLEY, LD. REBOUÇAS, CBA. OLIVEIRA, PMP de. PAGLIUCA, LMF. Desenvolvimento de tecnologia assistiva para o deficiente visual: utilização do preservativo masculino. **Rev Esc Enferm USP**. São paulo, SP, 2013; 47(5):1163-9
- BESERRA, EP; PINHEIRO, PNC; BARROSO, MGT. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmete transmissíveis a partir das adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Fortaleza (CE) 2008 set; 12 (3): 522-28.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília. Esplanada dos Ministérios, 2015.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/Aids: Principios e Diretrizes**. Coordenação Nacional de DST/Aids. 1 ed. _ Brasília: MS, 1999.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria 236. Brasília. 1985. Disponível em: <www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2012/51440/portaria_236_1985_pdf_69224.pdf>. Acesso em: 10/08/2015
- _____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.028**. Brasília, MS, 2005. Disponível em <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html> Acesso em: 24/07/2015
- BRITTO, FVS. **Representações sociais da prática do enfermeiro entre usuários do Programa Nacional de DST e Aids**, 2009. Rio de Janeiro, RJ.
- CARVALHO. NS de. **Bioética e Doenlas Sexualmente Transmissíveis**. 2003 Disponível em <<http://www.dst.uff.br/revista15-1-2003/carta%20ao%20editor.pdf>> Acesso em 13 de Julho de 2015.
- COFEN. **Código de Ética em Enfermagem**. Brasília. Conselho Federal de Enfermagem. 2007.
- COREN. Conselho Regional de Enfermagem. Parecer **Coren-SP nº 29/2010**. São Paulo, 2010a.

CROSSETTI, MGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido [editorial]. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):8-9. da mulher e a saúde mental. Em: *Ciência e Saúde Coletiva*, vol.9, n. 4, pp. 1.067-1.078.

FERRAZ, DAS; NEMES, MIB. Avaliação da Implantação de Prevenção de DST/AIDS na AB.Cad. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S240-S250, 2009

FERREIRA, FC. NICHATA, LYI. Mulheres vivendo com Aids e os profissionais do PSF: revelando o diagnóstico. **Rev. Escola de Enfermagem USP**. 2008, 42 (3) 483-9.

GOMES, AMT. OLIVEIRA, DC. SANTOS, EI. SANTO, CCE. VALOIS, BRG. PONTES, APM. As facetas do convívio com o HIV: formas de relações sociais e representações sociais da Aids para pessoas soropositivas hospitalizadas. **Esc. Anna Nery**. 2012 jan-mar; 16 (1), 111-120.

GRANGEIRO A, LAURINDO DA SILVA L, TEIXEIRA PR. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais da reforma sanitária. **Rev Panam Salud Publica**. 2009;26(1):87-94.

HENRIQUES, MERM. LIMA, EAR de. Mulheres expostas ao HIV/Aids: promovendo qualidade de vida na atenção básica. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2009;11(4):952-63. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a21.htm>.

IHME. GBD 2010 **Arrow Diagram**. Disponível em: <<http://vizhub.healthdata.org/irank/arrow.php>> Acesso em 13 de Junho. 2015.

KERR L. **Prevenção e tratamento da Aids são desafio no Nordeste** [entrevista na internet]. Recife (PE): Portal DSS Nordeste; 2013 Out 02. Entrevista concedida a Maira Baracho. Disponível em: <http://dssbr.org/site/entrevistas/prevencao-e-tratamento-da-aids-sao-desafio-no-nordeste/>

KOERICH, MS. BAGGIO, MA. BACKES, MT. BACKES, DS. CARVALHO, JN. MEIRELLES, BHS. ERDMANN, AL. Sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e contracepção: atuação da enfermagem com jovens de periferia. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun; 18(2):265-71.

KOHL, MB. MENDES, GM. ALVES, ICS. MORETTI, ML. WÖSTEHOF. **Do conhecimento surge a prevenção** 2011. Disponível em <<https://periodicos.ifsc.edu.br/index.php/publicacoes/article/view/61>> Acesso em 16 de Junho de 2015

LEITE, MTF et al. Saber e prática contraceptiva e prevenção de DST/HIV/AIDS em universitários da área da saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília v. 60,n. 4,p. 434-438, Aug 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400014&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Aug 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000400014>.

MARQUES, M. C. da C.: .Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil.. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, vol. 9 (suplemento): 41-65, 2002.

MARQUES, Petrônio. **Televisão e aids: análise dos filmes publicitários do Ministério da Saúde dos carnavais de 1996 a 1999.**/ Petrônio Marques -- Marília: UNIMAR, 2008

MASCHIO, MBM, BALBINO AP, De SOUZA PFR, KALINKE LP. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):583-9

MENDES,KDS; SILVEIRA, RCCP; GALVÃO, CM. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

MINAYO, MCS (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais). Resenha.

MONTEIRO, AL. VILLELA, WV. (2009). A criação do programa nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da idéia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. **Psicologia Política**, 9(17), 25-45.

NADAL, SR; MANZIONE, CR. Identificação dos **Grupos de Risco** para as Doenças Sexualmente Transmitidas. *Rev bras Coloproct*, 2003;23(2):128-129. ▽

OLIVEIRA, AS LIMA. TM. CAMPOS, FC. BEZERRA, KC. ORÍÁ, MOB. DAMASCENO, AKC. Avaliação da prevalência de infecções genitais em gestantes atendidas em consultas de enfermagem ginecológica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2013 abr/jun; 21(2):228-33.

PARKER, R. GALVÃO, J.; BESSA, M. 1997 'Introdução: políticas sociais, desenvolvimento econômico e saúde coletiva: o caso da Aids'. Em **Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à Aids no Brasil.** Rio de Janeiro/São Paulo, ABIA/Editora 34.

PEREIRA, AJ; NICHATA, LYI. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 7, p. 3249-3257, July 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800024&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Aug. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800024>.

PINHEIRO, TF COUTO, MT. Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde. **Physis Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 23 (1): 73-92, 2013.

RAMOS, S. (2004). **O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a aids, a saúde.**

SANTOS, LV. COUTINHO, MI. SOUZA, KRS. CARVALHO, AMA. SANTOS, SMP. Aids em pessoas idosas: aspectos da vulnerabilidade. **Anais CIEH** (2015) Vol. 2, N.1

SCHÖNINGER, N; DURO, CLM. Atuação do Enfermeiro em Serviço de Hemoterapia. **Cienc Cuid Saude** 2010 Abr/Jun; 9(2):317-324

SILVA, CM. A percepção de mulheres em relacionamento estável quanto a vulnerabilidade para contrair DST/Aids. 2008. 89 p.

SOUSA, LB. TORRES, CA. PINHEIRO, PNC. PINHEIRO, AKB. Práticas de Educação em saúde no Brasil: A Atuação da Enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, RJ, 2010 jan/mar; 18(1):55-60.

SOUZA, BMB; VASCONCELOS, CC; TENÓRIO, DM; LUCENA, MGA; HOLANDA, RLT. **A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica**. Pernambuco. 2010.

SOUZA, M.T. SILVA, M. D. CARVALHO, R. **Revisão Integrativa: O que é e como fazer?**. Eisten, São Paulo, v. 8, n. 1. Jan/Mar 2010.

VILLEGAS N, SANTISTEBAN D, CIANELLI R, Ferrer L, AMBROSIA T, PERAGALLO N, Lara L. The development, feasibility and acceptability of an Internet-based STI-HIV prevention intervention for young Chilean women. **Int Nurs Rev**. 2014 Mar;61(1):55–63. Doi: 10.1111/inr.12080. <http://europepmc.org/abstract/MED/24512261>.

VILLELA, W V. (1999). Das interfaces entre os níveis governamentais e a sociedade civil. Em: Parker, R; Galvão, J.; Bessa, M. (Orgs.), **Saúde, Desenvolvimento e Política – Respostas frente à AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro, ABIA; São Paulo, Editora 34

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexually Trasmitted Infections (STIs)**, The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health. 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82207/1/WHO_RHR_13.02_eng.pdf?ua=1> Acesso em 13 de julho de 2015

APÊNDICES

Apendice A – Instrumento De Coleta De Dados

NÚMERO	
TÍTULO DO TRABALHO	
BASE DE DADOS	<input type="checkbox"/> PubMed <input type="checkbox"/> Medline <input type="checkbox"/> BVS <input type="checkbox"/> Portal Capes
LINK	
ANO	
IDIOMA	<input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Outro idioma
ORIGEM	<input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Nordeste <input type="checkbox"/> Centro-oeste <input type="checkbox"/> Sudeste <input type="checkbox"/> Sul <input type="checkbox"/> Outro:
CATEGORIA OCUPACIONAL DOS AUTORES	<input type="checkbox"/> Enfermeira <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Assistente social <input type="checkbox"/> Outros
TEMÁTICA	<input type="checkbox"/> Abordagem clínica <input type="checkbox"/> Abordagem etiológica <input type="checkbox"/> Abordagem sindrômica <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Gerenciamento <input type="checkbox"/> Pesquisa

	<input type="checkbox"/> Biossegurança <input type="checkbox"/> Prevenção <input type="checkbox"/> Promoção
	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> IST/HIV/AIDS
SUJEITOS	<input type="checkbox"/> Mulher <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Idoso
CENÁRIO	<input type="checkbox"/> Atenção Básica <input type="checkbox"/> Comunidade <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Instituição de ensino <input type="checkbox"/> Não identifica o local <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____
TIPO DE TRABALHO	<input type="checkbox"/> Tese <input type="checkbox"/> Dissertação <input type="checkbox"/> Publicação periódica <input type="checkbox"/> Estudo multicêntrico - <input type="checkbox"/> Artigo Original. <input type="checkbox"/> Relato de Experiência <input type="checkbox"/> Estudo de revisão. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Análise Reflexiva <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____
ABORDAGEM	<input type="checkbox"/> Abordagem Qualitativa <input type="checkbox"/> Abordagem Quantitativa <input type="checkbox"/> Abordagem Quali quantitativa
TÉCNICA DE COLETA	<input type="checkbox"/> Entrevista individual <input type="checkbox"/> Grupo focal <input type="checkbox"/> Documental <input type="checkbox"/> Observação

<input type="checkbox"/> Outro	
RESULTADOS IMPORTANTES	
ARTIGO INCLUSO NA PESQUISA?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
MOTIVO DA EXCLUSÃO	<input type="checkbox"/> Repetido
	<input type="checkbox"/> Outra língua
	<input type="checkbox"/> Revisão de literatura
	<input type="checkbox"/> Notas prévias
	<input type="checkbox"/> Texto Completo Indisponível