



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGSC
MESTRADO ACADÊMICO

CAROLINE BARRETO FREIRE OLIVEIRA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM
NO ATENDIMENTO DE ADOLESCENTES EM UM SERVIÇO
DE DST EM FEIRA DE SANTANA - BAHIA

FEIRA DE SANTANA - BA

2006

CAROLINE BARRETO FREIRE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM
NO ATENDIMENTO DE ADOLESCENTES EM UM SERVIÇO
DE DST EM FEIRA DE SANTANA - BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Orientador: Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho
Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Conceição Oliveira Costa**

FEIRA DE SANTANA - BA

2006

Ficha Catalográfica

Oliveira, Caroline Barreto Freire
O46a Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no atendimento de
adolescentes em um serviço de DST em Feira de Santana – Bahia / Caroline
Barreto Freire Oliveira. – Feira de Santana, 2006.
102 f. : il.

Orientador: Carlito Lopes Nascimento Sobrinho
Co-Orientadora: Maria Conceição Oliveira Costa

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de
Santana, 2006.

1. Doenças sexualmente transmissíveis (DST) - Adolescentes. 2. Registros
de enfermagem - Avaliação. 3. Serviço de saúde - Qualidade. 4. Centro de
Referência em DST/HIV/AIDS - Atendimento a adolescentes – Feira de
Santana. I. Nascimento Sobrinho, Carlito Lopes. II. Costa, Maria Conceição.
III. Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Departamento de Saúde. V.
Título.

CDU: 616.97

CAROLINE BARRETO FREIRE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM
NO ATENDIMENTO DE ADOLESCENTES EM UM SERVIÇO
DE DST EM FEIRA DE SANTANA - BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, 28 de julho de 2006

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Ceuci de Lima Xavier Nunes
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
1º Examinador

Prof^a Dr^a Rosely Cabral de Carvalho
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS
2º Examinador

Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS
Orientador

“ Se eu tivesse o dom da profecia, se conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, se tivesse toda a fé, aponto de remover montanhas, mas não tivesse amor, eu nada seria”.

(ICOR 13,2)

Aos meus pais, Antonio Carlos e Maria de Lourdes,
pelo carinho e dedicação.

Ao meu esposo, Elvis Aaron, que participou de todas
as etapas da construção de mais um sonho com muito
amor e carinho,

Aos meus irmãos, Patrícia Freire e Marcelo Freire e
amados sobrinhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo Dom da vida,

Aos meus queridos pais, Antonio Carlos e Maria de Lourdes, pela minha existência e pela educação dos verdadeiros valores da vida: respeito ao próximo, união da família e que em todos os momentos da minha vida me mostraram a importância dos meus estudos. Muito obrigada,

Ao meu marido, Elvis Aaron, que soube de forma carinhosa e brilhante compreender os meus momentos mais difíceis, acreditando e torcendo sempre pelo meu sucesso, amor eterno,

Aos meus irmãos, Patrícia Freire e Marcelo Freire, pelo exemplo de união e cumplicidade,

Ao meu orientador Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho pela paciência, respeito, liberdade de transmissão de conhecimento durante esta trajetória. O meu muito obrigada,

À Prof. Dr^a Maria Conceição Costa inicialmente minha orientadora nesta pesquisa, não poderia deixar de prestar meus sinceros agradecimentos por todas as contribuições que deram forma e uma trajetória ao meu trabalho. Muito obrigada,

A todos os maravilhosos colegas do Mestrado de Saúde Coletiva que, em dois anos de convivência, a união, atenção e alegria, mesmo nos momentos difíceis, estiveram sempre presentes. Jamais esquecerei vocês,

A cunhada Camila Freitas pelo apoio sempre,

Ao amigo Valterney Moraes, primeiro a me incentivar quanto a realização deste mestrado e pelo apoio/ compreensão em todos os momentos,

A amiga Aline Mota, pelo apoio e compreensão sempre,

A colega Josele Rodrigues pela amizade e cumplicidade,

Aos estudantes do 2º ano do Curso de Medicina da UEFS, Gustavo Freitas e Dayane Silva pela colaboração na construção do banco de dados,

Às bolsistas do Centro de Referência, Patrícia Argolo, Ana Quézia e Isis pela contribuição e colaboração na coleta de dados,

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS pelo incentivo e sensibilidade de transmitir a riqueza dos conhecimentos para meu crescimento pessoal, em especial Prof^ª Dr^ª Marluce Assis e Prof. Dr^ª Ângela Nascimento,

À Prof. Dr^ª Maria Lúcia Silva Servo pela atenção, disponibilidade e contribuições no processo de qualificação desta pesquisa,

À Prof. Dr^ª Rosely Cabral por ter aceito compor a banca examinadora e por todas as contribuições transmitidas na Disciplina Saúde da Criança e do Adolescente, e no Tirocínio que foi uma experiência maravilhosa,

À Dr^ª Ceuci Xavier pelas contribuições no processo de qualificação desta pesquisa,

A todos os colegas de trabalho Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da Secretaria de Saúde de Feira de Santana,

A Dr^ª Denise Lima Mascarenhas que convidou-me a trabalhar neste programa que tanto identifiquei-me e aprendi a amar,

As colegas do IUNE pela compreensão e colaboração,

A grande família do meu esposo pelo carinho.

RESUMO

Este estudo foi realizado em um Centro de Referência em DST/HIV/AIDS na cidade de Feira de Santana, tendo como objetivo geral, avaliar a qualidade do preenchimento da ficha Histórico do paciente no atendimento de enfermagem a adolescentes no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS. Realizou-se um estudo epidemiológico, descritivo com abordagem quantitativa. A população estudada nesta pesquisa foram os prontuários dos adolescentes (indivíduos de 10 a 19 anos) portadores de alguma DST atendidos por enfermeiros no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS nos anos de 2004 e 2005. Os dados foram analisados descritivamente, permitindo-nos avaliar a qualidade do preenchimento da ficha Histórico do paciente. As variáveis estudadas foram: sócio-demográficas, relacionadas à sexualidade, fatores de risco e relacionadas ao diagnóstico final. Os resultados revelaram que em relação aos aspectos sócio-demográficos o preenchimento ignorado foi mais elevado para a variável ocupação, seguido da escolaridade, estado civil e por fim o sexo nos dois anos estudados. Quanto aos aspectos relacionados à sexualidade o item que apresentou o melhor índice de preenchimento adequado foi o de parceiros nos últimos três meses e o pior foi o método anticoncepcional utilizado, nos dois anos respectivamente. Para os aspectos relacionados aos fatores de risco, no ano de 2004, o preenchimento inadequado foi elevado no item referente ao uso de preservativo e relacionamento com parceiro portador de DST. Em 2005, o preenchimento inadequado foi elevado no item referente a parceiro portador de DST seguido do item referente, a histórico de alguma DST. Quanto ao preenchimento do diagnóstico final, tivemos para o ano de 2004, 30,7% deste dado ignorado e em 2005, 24,7%. Os resultados apontaram na avaliação final, que houve uma alta frequência de inadequação do preenchimento da Ficha Histórico do Paciente. Conclui-se, portanto que há necessidade de sensibilização dos profissionais da importância do preenchimento adequado da ficha, para a produção de informação necessária ao processo de planejamento das ações do Programa Municipal de DST/HIV/AIDS, no sentido da definição de estratégias, mobilização, alocação de recursos, e direcionamento das intervenções de controle.

Palavras chave: DST, adolescente, avaliação, qualidade.

ABSTRACT

This study has been carried out in a Center of Reference in SDT/HIV/AIDS in the city of Feira de Santana, having as general objective, to evaluate the quality of the filling out of the patient formulary in the nursing attendance towards adolescents in the Local Center of Reference in SDT/HIV/AIDS. An epidemiological study has been carried out with descriptive and quantitative approach. The studied population in this research have been those registered in the patient's forms, that is, adolescents at the age of 10-19 years old having some kind of SDT and who have been taken care of by nurses in the Local Center of Reference in SDT/HIV/AIDS in the years 2004 and 2005. The data have been analyzed in a descriptive way, which allowed us to evaluate the quality of the filling out of the patient's forms. The variables studied have been the following: social demographic ones, related to sexuality, factors of risks related to the final diagnosis. The results have pointed out that in relation to the socio-demographic aspects, the ignored filling out of forms had the highest variable as being occupation, followed by schooling, marital status and finally sex gender in the two years of studies. As for aspects related to sexuality, the item that presented the best adequacy of filling out of forms was that of partners in the last three months and the worst one was that related to the contraceptive method used in the two years respectively. As for the aspects related to the risk factors, in the year of 2004, the inadequate filling out of forms was higher in item which is related to the use of condom and relationship with a partner who is a harbor of SDT. In 2005, the inadequate filling out of forms was higher in the item referring to the partner with SDT followed by the item referring to a patient report on some kind of SDT. As to the filling out of forms of the final diagnosis, there was, 30.7% of this ignored data for the year 2004 and in 2005, 24,7%. The results have pointed out to, in the final evaluation, a higher frequency of inadequacy of the filling out of forms of the patients. It is concluded, therefore, that there is a great necessity of awareness by the professionals of the importance of adequate registering and filling out of the patient's forms, in order to produce the necessary information to the process of planning of actions of the Local Program of SDT/HIV/AIDS, in the sense of defined strategies mobilization, the searching of resources, as well as of interventions of control.

Words key: SDT, adolescent, evaluation, quality.

- Tabela 1:** Características sócio-demográficas dos adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2004. -----53
- Tabela 2:** Características sócio-demográficas dos adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005. -----54
- Tabela 3:** Frequência dos aspectos relacionados à sexualidade entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2004.-----55
- Tabela 4:** Frequência dos aspectos relacionados à sexualidade entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2004. -----56
- Tabela 5:** Frequência dos aspectos relacionados à sexualidade entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005. -----57
- Tabela 6:** Frequência dos aspectos relacionados à sexualidade entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005. -----58
- Tabela 7:** Frequência dos aspectos relacionados à sexualidade entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005.-----59
- Tabela 8:** Frequência dos aspectos relacionados aos fatores de risco para DST/HIV/AIDS entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2004. -----60
- Tabela 9:** Frequência dos aspectos relacionados aos fatores de risco para DST/HIV/AIDS entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005. -----61
- Tabela 10:** Frequência dos aspectos relacionados aos fatores de risco para DST/HIV/AIDS entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005. -----62
- Tabela 11:** Frequência dos sinais e sintomas relacionados às DST/HIV/AIDS entre os adolescentes do sexo feminino atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2004. -----63
- Tabela 12:** Frequência dos sinais e sintomas relacionados às DST/HIV/AIDS entre os adolescentes do sexo masculino atendidos por enfermeiro no Centro de

Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba),
2004.-----64

Tabela 13: Frequência dos sinais e sintomas relacionados às DST/HIV/AIDS entre os adolescentes do sexo masculino atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2004. -----65

Tabela 14: Frequência dos sinais e sintomas relacionados às DST/HIV/AIDS entre os adolescentes do sexo feminino atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005. -----66

Tabela 15: Frequência dos sinais e sintomas relacionados às DST/HIV/AIDS entre os adolescentes do sexo feminino atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005. -----67

Tabela 16: Frequência dos sinais e sintomas relacionados às DST/HIV/AIDS entre os adolescentes do sexo masculino atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005. -----68

Tabela 17: Frequência do diagnóstico final das DST entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2004. -----69

Tabela 18: Frequência do diagnóstico final das DST entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005. -----70

Tabela 19: Variáveis numéricas referentes à sexualidade e fatores de risco para as DST/HIV/AIDS entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2004. -----71

Tabela 20: Variáveis numéricas referentes à sexualidade e fatores de risco para as DST/HIV/AIDS entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005. -----72

Tabela 21: Resultado final da avaliação do preenchimento, por enfermeiro, da ficha Histórico do paciente nos seus aspectos sócio-demográficos, da sexualidade, fatores de risco e diagnóstico final no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2004. --73

Tabela 22: Resultado final da avaliação do preenchimento, por enfermeiro, da ficha Histórico do paciente nos seus aspectos sócio-demográficos, da sexualidade, fatores de risco e diagnóstico final no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005. --74

Tabela 23: Resultado final da avaliação do preenchimento, por enfermeiro, da ficha Histórico do paciente no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2004 e 2005. -----75

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE TABELAS

1.	INTRODUÇÃO	17
2.	OBJETIVOS	22
3.	REFERENCIAL TEÓRICO	24
3.1	PROGRAMA DE DST/HIV/AIDS COMO ESTRATÉGIA NAS POLÍTICAS DE SAÚDE	25
3.2	MANEJO ADEQUADO E ABORDAGEM AO PORTADOR DE DST	29
3.3	QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	36
3.4	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	38
3.5	ADOLESCÊNCIA E A VULNERABILIDADE NAS DST/AIDS	40
3.6	O CENTRO DE REFERÊNCIA MUNICIPAL DST/HIVAIDS: Campo do estudo	43
4.	METODOLOGIA	47
4.1	TIPO DE ESTUDO	48
4.2	PERÍODO DE REFERÊNCIA	48
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	48
4.4	TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	49
4.5	TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS	49
4.5.1	Plano de análise	50
4.5.2	Padrão de Referência para avaliação	50
4.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	51
5.	RESULTADOS	52
6.	DISCUSSÃO DOS DADOS	76

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS ----- 81

REFERÊNCIAS ----- 84

APÊNDICES

ANEXOS

INTRODUÇÃO

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) situam-se entre os problemas de saúde que mais afligem a população do mundo. São tão antigas quanto o homem. Sua história se confunde com a história da humanidade (PASSOS, 2005).

Em 1983, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu DST como um grupo de doenças endêmicas, de múltipla expressão, que incluem as doenças venéreas clássicas e um número crescente de síndromes e entidades clínicas que têm como traço comum de importância epidemiológica a transmissão durante a atividade sexual (PASSOS, 2005).

A falta de informação adequada e atualizada prejudica os esforços para o controle das DST. O resultado final da falta de informação é a falta de visibilidade do problema destas doenças, que tem como consequência o desinteresse dos profissionais de saúde e das autoridades de saúde pública (PASSOS, 2005).

A década de 80 foi marcada com a descoberta de uma nova síndrome, a AIDS/SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Devido aos primeiros casos terem sido descritos em homossexuais do sexo masculino e usuários de drogas injetáveis, as primeiras abordagens consideraram esses indivíduos como “grupos de risco” para aquisição da doença o que fortaleceu os preconceitos relacionados à mesma. Hoje se trabalha o enfoque da vulnerabilidade (PASSOS, 1995).

Ao longo dos anos 80 e 90, ocorreram mudanças nas características epidemiológicas da AIDS. Como citado, inicialmente atingia indivíduos que faziam parte de grupos de risco (homossexuais, usuários de drogas), indivíduos de maior renda, habitantes de grandes centros urbanos. Para Nunes (2004), os “grupos de risco” utilizados outrora, foram superados pelo crescimento da epidemia entre as mulheres, especialmente as casadas e muitas delas com único parceiro sexual na vida e, além disso, entre mulheres pobres. Em 1985, para cada caso novo de AIDS envolvendo mulheres havia 30 casos novos em homens, enquanto em 1997 esta relação atingiu 1:2 (feminização da epidemia). Uma outra mudança marcante no perfil epidemiológico da AIDS é a pauperização, que significa o aumento da incidência de infecção pelo HIV (o vírus da AIDS) em populações com menor poder aquisitivo e o baixo nível de escolaridade. Uma outra observação importante é a juvenilização da epidemia. A cada dia cresce os números de crianças e adolescentes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Vem ocorrendo também um aumento no número de casos novos entre pacientes com mais de 65 anos de idade (envelhecimento da epidemia). E por fim, a interiorização, onde habitantes de cidades de pequeno porte e das mais remotas regiões do país estão sendo vítimas da contaminação pelo HIV/AIDS (PASSOS, 2005).

Sendo assim atualmente independente de preferência sexual, raça, estilo de vida, se há multiplicidade de parceiros e possibilidade de troca de secreções que possam estar infectadas pelo vírus, há risco de transmissão do HIV.

As DST são consideradas atualmente o principal fator de facilitação da transmissão do HIV, o vírus da AIDS. Estudos mostraram que pessoas com DST e infecções do trato reprodutivo não ulcerativas têm um risco aumentado em 3 a 10 vezes de se infectar pelo HIV, o que sobe para 18 vezes mais se a doença cursa com úlceras genitais (FLEMING; WASSERHEIT, 1999). Evidências recentes sugerem que o herpes genital pode ser responsável pela maior proporção de novas infecções por HIV (RODRIGUEZ et al., 2002). Sua prevalência é elevada no Brasil, apesar do baixo percentual de indivíduos que relatam sintoma prévio.

A Organização Mundial de Saúde estimou, em 1999, um total de 340 milhões de casos novos por ano de DST curáveis em todo o mundo, entre 15 e 49 anos, 10 a 12 milhões destes casos no Brasil. Outros tantos milhões de DST não curáveis (virais), incluindo o herpes genital (HSV-2), infecções pelo papilomavírus humano (HPV), hepatite B (HBV) e infecção pelo HIV, ocorrem anualmente (WHO, 2005).

Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal estão associados às DST não tratadas em gestantes (GUTMAN, 1999). Oftalmia, pneumonia, herpes neonatal, sífilis congênita. Entre homens, a clamídia também pode causar infertilidade. Outras conseqüências incluem carcinoma de colo uterino, de pênis e de ânus.

No Brasil, a AIDS foi identificada pela primeira vez em 1980, inicialmente restrita a São Paulo e Rio de Janeiro. A partir do litoral Sudeste, a síndrome avançou para as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte. Atualmente, 59% dos 5.507 municípios brasileiros já registraram pelo menos um caso de aids. Os maiores ritmos de crescimento da epidemia acontecem em municípios pequenos, com menos de 50.000 habitantes (BRASIL, 2000 a).

De 1980 a junho de 2005 foram registrados um total de 371.827 casos de AIDS no País. Deste total, 251.979 foram verificados em homens e 118.520 em mulheres. No ano de 2004, foram notificados 30.518 novos casos da doença e, desses, 18.213 homens e 12.305 em mulheres (BRASIL, 2005 a).

No Estado da Bahia até junho de 2005 foram notificados 9.242 casos, que correspondem a 2,5 % dos casos notificados em todo país (BRASIL, 2005 a). O município de Feira de Santana tem uma característica relevante na expansão da doença por ser um

entroncamento rodoviário, onde o fluxo de pessoas é muito grande. Até agosto do ano de 2005 foram notificados 534 casos de AIDS, que corresponde a 5,8% dos casos da Bahia. O primeiro caso surgiu em 1986 em um homem e o primeiro caso em mulheres surgiu em 1989 (2ª Dires, 2003).

Estima-se que, a cada ano, um contingente de 4 milhões de jovens tornam-se sexualmente ativos no Brasil. O início precoce da vida sexual aliado à atividade sexual desprotegida pode ser considerado um agravante para o comportamento de risco frente ao HIV/AIDS. Em todo mundo um entre vinte adolescentes contrai algum tipo de DST a cada ano. Hoje, 10 milhões de adolescentes vivem com o HIV ou estão propensos a desenvolver a AIDS entre os próximos 3 e 15 anos (BRASIL, 1999 b).

No Brasil, pesquisas/estudos abordando DST em adolescentes ainda são escassos. Além disso, as DST de notificação compulsória são AIDS e sífilis congênita, HIV na gestante e criança exposta, e sífilis na gestação. Para as outras DST, não há um sistema de notificação compulsória e a ausência de estudos de base populacional para cálculo de incidência dificulta a visibilidade do problema e a tomada de decisões com implantação de intervenções prioritárias, avaliação de sua efetividade e seu re-direcionamento. É necessário um esforço coletivo para divulgar a situação das DST e capacitar os serviços para atender os clientes. O sistema de saúde precisa estar preparado para implementar estratégias de prevenção e pronto-atendimento com intervenção terapêutica imediata, disponibilização de insumos, mantendo confidencialidade e ausência de discriminação (BRASIL, 2005 b).

Há consenso mundial quanto à importância decisiva na implementação de programas de prevenção para adolescentes, visando a sensibilização desses quanto a iniciação sexual de forma segura.

Diante do exposto, o interesse pelo tema surgiu em decorrência do trabalho como enfermeira em um Programa de DST/HIV/AIDS do município de Feira de Santana desde 2002; no qual são desenvolvidas ações de promoção e prevenção, diagnóstico e assistência para população em geral e grupos específicos, como os adolescentes. É preocupante que a cada dia tem aumentado a incidência das DST/HIV/AIDS neste grupo que hoje está na linha de frente da pandemia da AIDS. Considera-se importante gerar informações que contribuam para a implementação de ações de prevenção às DST/AIDS, que levem em conta os contextos social e cultural em que o risco ocorre no cotidiano de adolescentes em Feira de Santana, e que sirvam também para transformações no âmbito da realidade vigente não só no sentido da qualidade, como também na melhoria das notificações das DST.

Assim, diante desta perspectiva de avaliar a qualidade do atendimento de enfermagem através dos registros na Ficha Histórico do Paciente, foi levantada a seguinte questão: de que forma a qualidade técnico-científica é utilizada no atendimento de enfermagem aos adolescentes no CRM DST/HIV/AIDS de Feira de Santana, em 2004-2005?

Considerando assim, espera-se que esta pesquisa alcance os objetivos propostos, tendo na análise dos seus resultados a determinação da qualidade do atendimento de enfermagem e que possa, indiretamente contribuir com o planejamento de ações que venham beneficiar os adolescentes.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

1. Avaliar a qualidade do preenchimento da ficha Histórico do paciente no atendimento de enfermagem a adolescentes no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS.

2.2 Objetivos Específicos

1. Avaliar o preenchimento dos dados referentes aos aspectos sócio-demográficos, à sexualidade, fatores de risco para aquisição das DST/HIV/AIDS e diagnóstico final dos adolescentes atendidos, presentes na ficha Histórico do paciente, pelo profissional enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS em Feira de Santana, nos anos de 2004 e 2005,

2. Descrever as características sócio-demográficas, os aspectos relacionados à sexualidade, frequência dos fatores de risco para aquisição de DST/AIDS e diagnóstico final dos adolescentes atendidos pelos enfermeiros no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS em Feira de Santana, nos anos de 2004 e 2005.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O PROGRAMA NACIONAL DE DST/HIV/AIDS COMO ESTRATÉGIA NAS POLÍTICAS DE SAÚDE

As políticas de saúde no Brasil, no período de 1980-90, caracterizaram-se pelo seu desenvolvimento no contexto de uma profunda crise econômica e sua coincidência com o processo de redemocratização do país (MENDES, 1995).

Nos anos 80, o modelo médico-assistencial privatista foi substituído por um projeto neoliberal da saúde, ainda que, como projeto contra-hegemônico, conformasse o ideário da reforma sanitária.

Em 1986, ocorre o evento político-sanitário mais importante da década: a VIII Conferência Nacional de Saúde, que constitui o ápice de formatação político-ideológica do projeto da reforma sanitária brasileira (MENDES, 1995).

A Reforma Sanitária é um projeto que somente se corporifica num ambiente democrático onde se encontram a emergência de novos sujeitos políticos, a liberdade do dissenso e o governo dos cidadãos, tendo em sua filosofia três aspectos principais: o conceito abrangente de saúde, saúde como direito de cidadania e dever do Estado e como elemento de caráter estratégico propondo uma profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a instituição de um Sistema Único de Saúde (SUS) que tenha como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular (MENDES, 1995).

A efetiva implantação desse modelo assistencial de saúde depende de vários fatores: organização da rede de serviços por nível de complexidade ascendente, financiamento por esfera de poder (União, Estados e Municípios), recursos humanos capacitados, controle efetivo da sociedade e um adequado sistema de gerência, tanto no aspecto técnico como no político (FREIRE; ASSIS; AGUIAR, 2002).

A formulação e a implementação de políticas estão a cargo das três esferas de governo, sendo que compete ao Ministério da Saúde a regulação e a gestão de todo o sistema. Para isso, existe um número extenso de portarias, normas e regulamentos, dentre as quais chamam a atenção as normas operacionais. Atualmente, está em vigor e em processo de regulamentação a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 à qual todos os estados devem adaptar-se (BRASIL, 2002).

A NOAS-SUS 01/2002 amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos

serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002).

As características territoriais e federativas do Brasil, a ação descentralizada e integrada das três esferas governamentais, além de se constituírem em diretrizes estratégicas do SUS, são imprescindíveis para garantir a equidade e o acesso de toda a população aos diferentes serviços assistenciais e ações preventivas, inclusive em HIV/AIDS e outras DST.

Pela sua magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade de controle, as DST devem ser priorizadas enquanto agravos em saúde pública.

Com relação especificamente à AIDS, o comportamento atual da epidemia, caracterizado pela sua expansão em todas as regiões do país e pelos grupos populacionais que preferencialmente atinge, requer reordenação nas estratégias para seu enfrentamento, reforçando a necessidade de descentralização e desconcentração de responsabilidades e ações, de modo coordenado pelos três níveis governamentais (BRASIL, 2002).

Ainda quanto ao combate à epidemia, dada a complexidade de ações a serem permanentemente desenvolvidas e ofertadas, abrangendo um largo espectro de atividades nas áreas de promoção da saúde, prevenção da doença e dos danos, assistência e tratamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS e portadores de DST e desenvolvimento institucional, o financiamento de ações, através de recursos específicos, mostra-se ainda imprescindível para propiciar o envolvimento dos diferentes níveis governamentais na efetivação de ações estratégicas, de modo a capacitar esses gestores públicos do SUS, garantir novos avanços e dar continuidade ao padrão de qualidade e de resultados que vem sendo alcançado pelo Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de DST e AIDS.

Foi pactuada, entre as três esferas de gestão da saúde, a responsabilidade dos estados e municípios pela provisão integral de medicamentos para DST, estando sob responsabilidade do nível federal o provimento dos medicamentos anti-retrovirais. Cabe aos gestores locais implementá-la integralmente; aos profissionais de saúde, usuários e sociedade civil organizada colaborar na sua implementação e acompanhar sua execução (BRASIL, 2005 b).

As características assumidas pela epidemia da AIDS em nosso país como, a cronificação dos casos decorrente da maior sobrevivência; a expansão em termos numéricos e espaciais; a maior concentração entre as camadas mais pobres; o crescimento diferencial entre as mulheres e o conseqüente aumento das taxas de transmissão vertical, têm reflexos diretos

sobre o perfil de atividades e a capacidade da assistência em responder coerentemente às demandas colocadas. O Programa Brasileiro de DST/AIDS tem buscado enfrentar esses desafios por meio de medidas técnicas, políticas e administrativas que definem as bases de seu perfil tecnológico. A principal diretriz da assistência, o acesso universal ao tratamento específico, é regida por normas clínicas que se renovam anualmente, mediante reunião de consenso entre especialistas e por normas administrativas para distribuição e dispensação. Além disso, a assistência conta com propostas tecnológicas específicas, tais como os mecanismos estabelecidos para captação de casos, o aconselhamento pré e pós-teste, o acolhimento de pacientes e os grupos de adesão. Procura-se viabilizar essas proposições com a inclusão de incentivos financeiros para formação de equipes multiprofissionais e a oferta extensiva de treinamento. Todo o discurso do programa enfatiza a questão ética traduzida nas normatizações acerca do sigilo profissional e na exigência de consentimento para a realização de quaisquer procedimentos, bem como na intensa disseminação dos códigos da linguagem politicamente correta do campo da AIDS (NEMES et al, 2004).

O Programa Brasileiro de DST/HIV/AIDS tem como características a abrangência e a resolutividade crescentes, baseando sua dinâmica no perfil epidemiológico da epidemia. Nesse sentido, a rede de serviços de diagnóstico e tratamento sofre permanente descentralização e qualificação.

A assistência às DST deve ser realizada de forma integrada entre os diversos serviços de saúde como, o Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e serviços de referência regionalizados.

Os serviços de atendimento às DST contam com 1126 unidades de saúde distribuídas por todo o país nos diversos níveis de complexidade do SUS. Segundo a CN-DST/AIDS, estas unidades dispõem de profissionais de saúde capacitados que devem efetuar o diagnóstico etiológico, prover assistência clínica e o tratamento adequado das DST, estimulando também a prevenção, através do fornecimento de preservativos e do aconselhamento para testagem do HIV. Já os SAE - Serviços de Assistência Especializada – são unidades ambulatoriais de referência, compostas por uma equipe multidisciplinar que deve acompanhar os pacientes e seus familiares de forma integral. Ao todo, existem 381 unidades de SAE espalhadas pelo Brasil. Os HD - Hospitais-Dia – por sua vez, são uma modalidade alternativa de atendimento para pacientes que não requerem internação, mas necessitam de procedimentos de diagnóstico e/ou terapêuticos – como medicação assistida, biópsias e pequenos procedimentos cirúrgicos – os quais são geralmente realizados em ambiente hospitalar. Atualmente, há 79 unidades de HD em todo país. As 53 unidades de

ADT – Assistência Domiciliar Terapêutica – constam como alternativas à internação hospitalar uma vez que estimulam a redução da demanda e do tempo de internação do paciente, tratando-o em seu próprio lar e proporcionando a humanização do atendimento. (BRASIL, 2003).

Os objetivos de formulação de propostas específicas de sustentabilidade financeira e de estímulo ao desenvolvimento de ações de controle de HIV/AIDS estão basicamente relacionados à própria sustentabilidade da Política Nacional de DST e AIDS, à necessidade de expansão e à continuidade da capacitação de estados e municípios no enfrentamento da epidemia, com ações adequadas, eficazes e eficientes, de modo que se possa alcançar com sucesso o seu controle.

Novos projetos das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde são regularmente encaminhados e financiados pelo PN-DST/HIV/AIDS.

As organizações da sociedade civil também participam da assistência ao portador de HIV/AIDS por meio de projetos financiados pelo Programa Nacional, prestando atendimento em outras modalidades, como casas de apoio, casas de passagem, grupos de adesão ao tratamento (PASSOS, 2005).

Para Souto (2003), a construção de políticas de DST/HIV/AIDS pela Coordenação Nacional e por diversos outros atores inseridos no contexto do SUS exige, portanto, constante reflexão acerca do risco e da vulnerabilidade individual e social às DST/HIV/AIDS, visando sua prevenção e a promoção da saúde por meio do estímulo a comportamentos e práticas mais seguras e da ampliação da oferta de serviços assistenciais e de dispositivos preventivos direcionados a segmentos populacionais definidos, sobretudo em nível local.

Enfim, o Programa Nacional de DST/HIV/AIDS possui os seguintes objetivos: reduzir a incidência da infecção pelo HIV/AIDS e outras DST; ampliar o acesso e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência aos portadores do HIV/AIDS e outras DST e fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST/HIV/AIDS (PASSOS, 2005).

3.2 MANEJO ADEQUADO E ABORDAGEM AO PORTADOR DE DST

Os portadores de DST devem receber atendimento e tratamento imediato. Este atendimento não deve ser apenas uma ação curativa, mas também uma ação preventiva da transmissão do HIV e outras complicações.

Para que se faça um manejo adequado ao paciente portador de DST, é necessário que se faça uma triagem por profissionais de saúde devidamente preparados para esta finalidade. A espera é outro fator importante neste manejo, sendo que este tempo de espera deverá ser o menor possível e aproveitado para ações de educação em saúde. A consulta clínica é o momento da avaliação pela anamnese e exame clínico, onde aplica-se a abordagem sindrômica isolada, que será explicada mais adiante, ou associada à coleta de material para exames laboratoriais. O aconselhamento deve ocorrer em todo o atendimento; é necessário que o profissional tenha habilidade e a sensibilidade para abordar de forma não preconceituosa a questão da intimidade e saber respeitar a sexualidade de cada um, assim como a opção pelo uso de drogas. E enfim, a comunicação ou convocação aos parceiros sexuais; serão considerados parceiros os indivíduos com quem o paciente relacionou-se sexualmente nos últimos 30 dias (BRASIL, 2005 b).

O atendimento ao portador de DST tem algumas particularidades. Tem o objetivo de interromper a cadeia de transmissão de forma efetiva e imediata, evitando as complicações provenientes das DST e a cessação imediata dos sintomas.

O profissional responsável pelo atendimento deve em uma única consulta prover o diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados.

Fluxogramas específicos, desenvolvidos e testados nacional e internacionalmente, são instrumentos que ajudarão o profissional que realiza o atendimento na tomada de decisões. Seguindo os passos do fluxograma, o profissional estará habilitado a determinar um diagnóstico sindrômico, implementar o tratamento imediato, aconselhar adesão ao tratamento, orientação e tratamento dos parceiros e um outro fator de extrema importância, incentivar a prática do sexo seguro com o uso do preservativo de forma correta (BRASIL, 2005 b).

Os fluxogramas são apresentados por cada síndrome clínica: úlcera genital, corrimento uretral masculino, corrimento feminino e dor pélvica:

Síndrome	DST	Agente	Tipo	Transmissão Sexual	Curavel
Úlcera Genital	Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>	bactéria	sim	sim
	Crancro Mole	<i>Haemophilus ducreyi</i>	bactéria	sim	sim
	Herpes	<i>Herpes simplex</i> vírus (HSV-2)	vírus	sim	não
	Donovanose	<i>Klebsiella granulomatis</i>	bactéria	sim	sim
	Linfogranuloma venéreo	<i>Chlamydia trachomatis</i>	bactéria	sim	sim
Corrimentos	Vaginose bacteriana	múltiplos	bactéria	não	sim
	Candidíase	<i>Candida albicans</i>	fungo	não	sim
	Gonorréia	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	bactéria	sim	sim
	Clamídia	<i>Chlamydia trachomatis</i>	bactéria	sim	sim
	Tricomoniase	<i>Trichomonas vaginalis</i>	protozoário	sim	sim
Outros	Verrugas genitais	<i>Papilomavírus humano</i>	vírus	sim	não

FONTE: Manual de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 2005.

Os fluxogramas contêm as informações básicas necessárias ao manejo dos pacientes. Para usá-lo, 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 por cada síndrome são oferecidas imediatamente após as notas de esclarecimento de cada fluxograma (BRASIL, 2005 b).

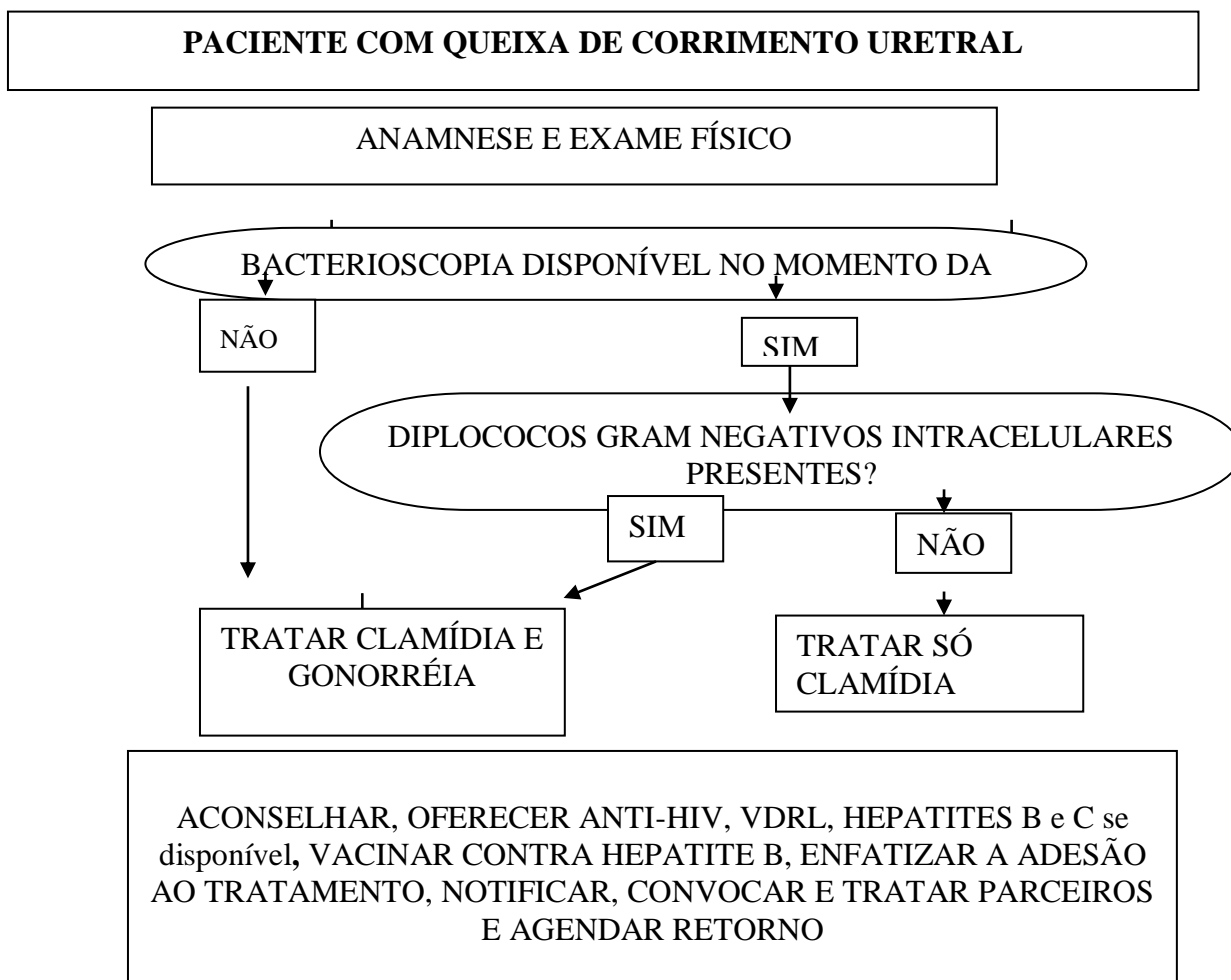
No atendimento motivado por DST, os profissionais de saúde devem conhecer anatomia e fisiologia do trato genital masculino e feminino e um exame clínico e genital minuciosos são recomendados. Durante o exame físico, devem ser feitas as coletas das

secreções e material de lesões para exame laboratorial, sempre que disponíveis, incluindo o material para a colpocitologia oncológica.

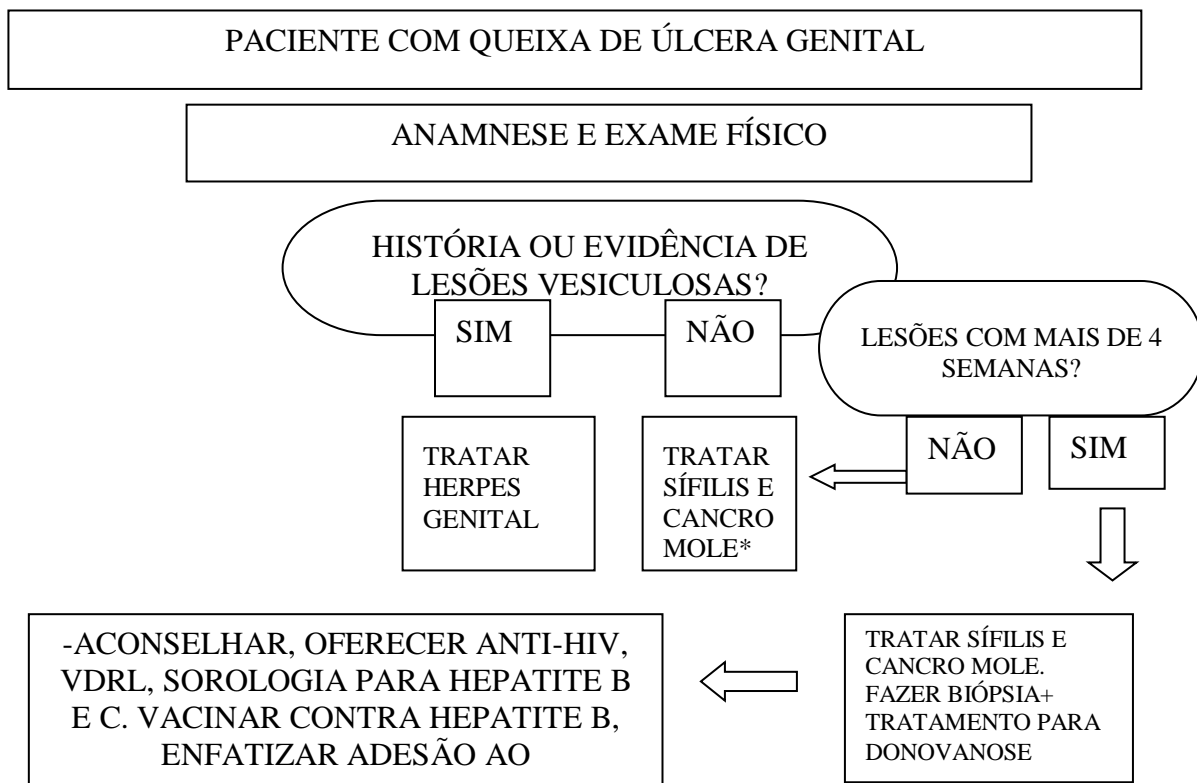
A consulta clínica se completa com a prescrição e orientação para tratamento, as ações complementares (oferta e realização da triagem sorológica para sífilis, HIV, além de hepatite B e C se possível, precedidas de aconselhamento) e o seguimento. Nas ações complementares, recomenda-se a vacinação contra hepatite B para indivíduos abaixo de 30 anos (idade limitada pela redução da resposta imunogênica). Para as regiões endêmicas, como a região Norte, recomenda-se a sorologia para hepatite B prévia e vacinação dos suscetíveis. A vacina está disponível nas unidades básicas de saúde. O aconselhamento para redução de risco, as intervenções para adesão ao tratamento e a estratégia de comunicação e tratamento de parceiros complementam as ações (BRASIL, 2005 b).

Segue os fluxogramas para abordagem sindrômica das DST, padronizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005 b):

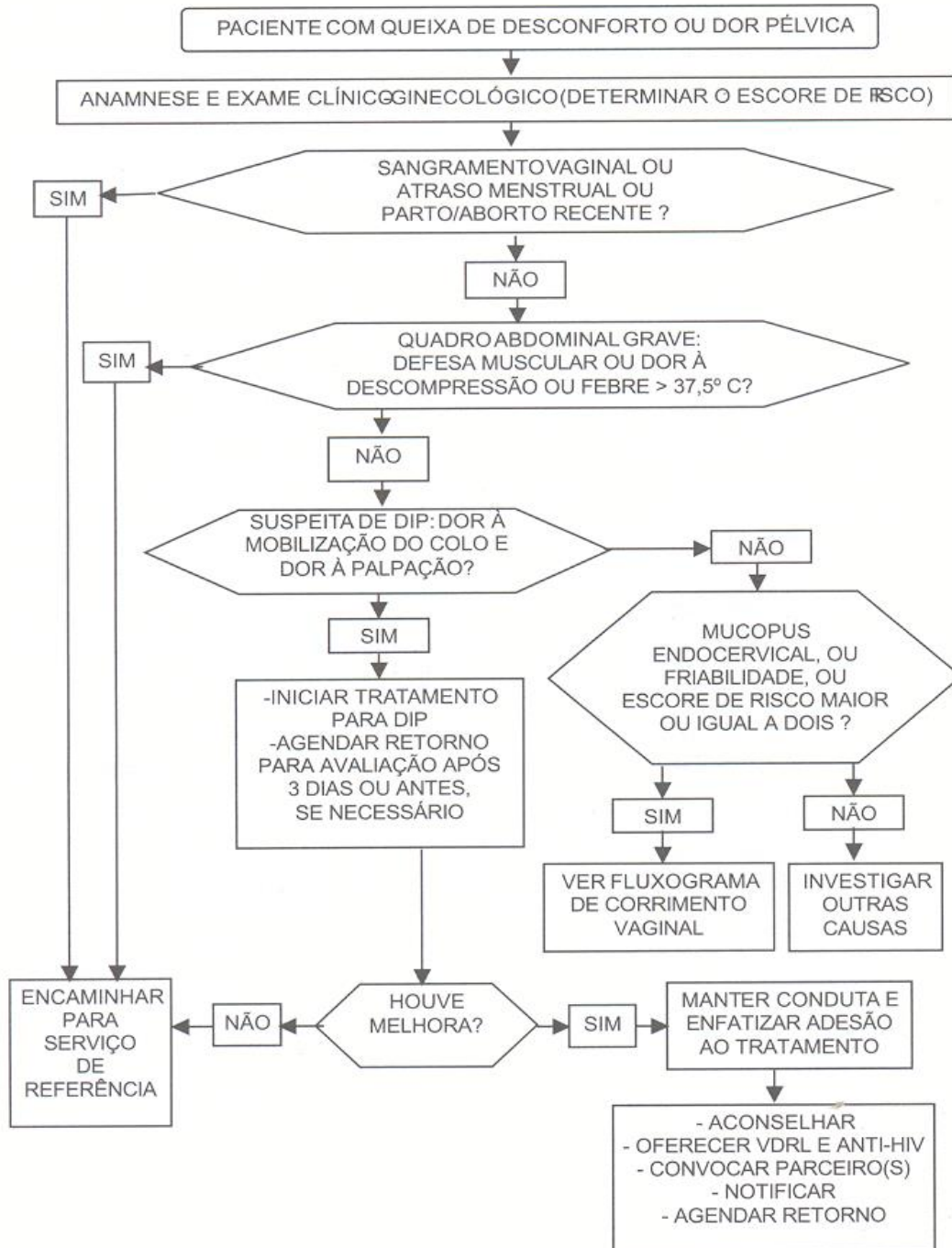
Corrimento uretral



Úlceras genitais

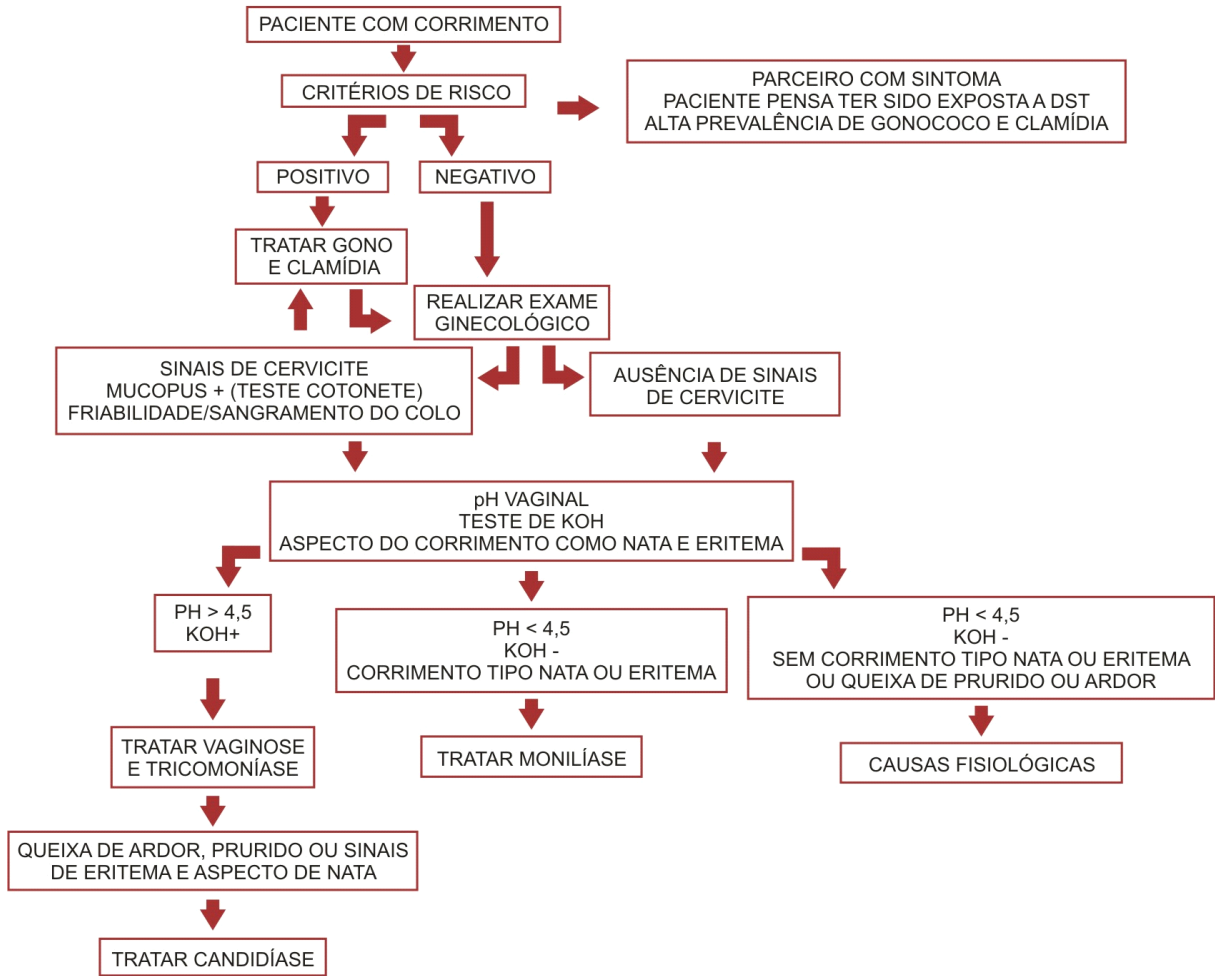


Dor pélvica

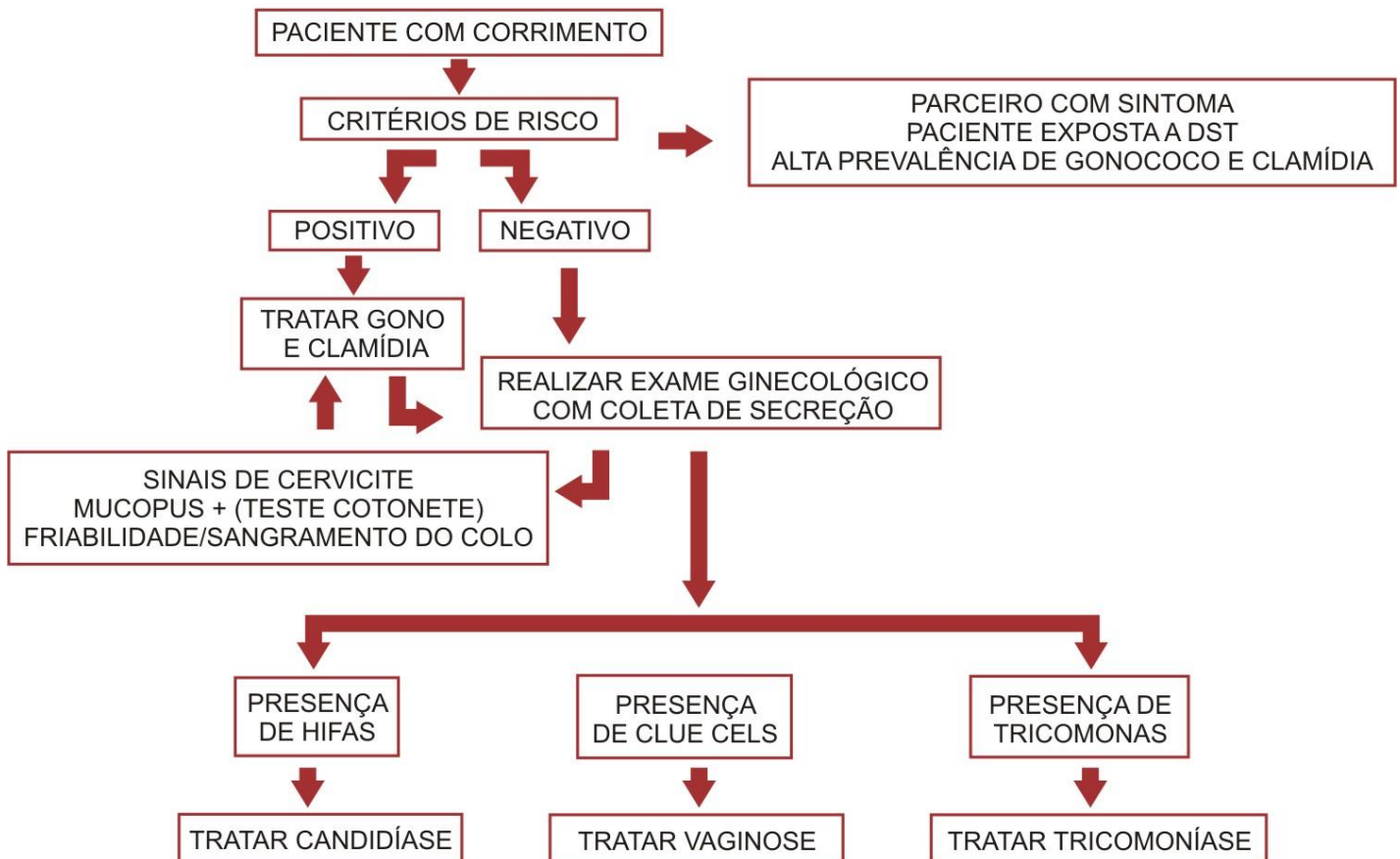


Corrimento vaginal e Cervicite

SEM MICROSCOPIA



COM MICROSCOPIA



Para qualquer atendimento de uma DST (das quais se excluem os casos de corrimento vaginal por vaginose bacteriana e candidíase se perfil epidemiológico de baixo risco para DST), deve ser oferecido um conjunto de ações essenciais complementares.

Incluem as seguintes medidas gerais:

- Aconselhar e oferecer sorologias anti-HIV, VDRL, hepatite B e C se disponíveis;
- Vacinar contra hepatite B, se a idade for < 30 anos (restrito por disponibilidade da vacina);
- Enfatizar a adesão ao tratamento;
- Orientar para que a pessoa conclua o tratamento mesmo se os sintomas ou sinais tiverem desaparecidos;
- Interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas;
- Oferecer preservativos, orientando sobre as técnicas de uso;

- Encorajar o paciente a comunicar a todos os seus parceiros (as) sexuais do último mês, para que possam ser atendidos e tratados. Fornecer ao paciente cartões de convocação para parceiros(as) devidamente preenchidos;
- Notificar o caso no formulário apropriado;
- Marcar o retorno para conhecimento dos resultados dos exames solicitados e para o controle de cura em 7 dias;
- Recomendar o retorno ao serviço de saúde se voltar a ter problemas genitais;
- Após a cura, usar preservativo em todas as relações sexuais, caso não exista o desejo de engravidar, ou adotar outras formas de sexo mais seguro.

3.3 – QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Existem vários conceitos para o termo qualidade e explicá-la não é fácil devido à subjetividade do termo. De acordo com Vuori (1991), "o termo qualidade geralmente denota um grande espectro de características desejáveis de cuidados que incluem a efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica". Portanto, avaliar a qualidade da assistência é um procedimento complexo, que demanda, por vezes, conhecimentos ainda não disponíveis e que precisam ser desenvolvidos.

Vuori (1989) alerta que, ao se abordar a dimensão "qualidade", seria necessário especificar qual aspecto da qualidade deseja-se levar em conta, quem define qualidade, e quem seria o beneficiário desta qualidade. Exemplificando, planejadores poderiam estar interessados em enfatizar aspectos relativos à equidade na distribuição dos serviços; administradores procurariam formas eficientes de provisão; médicos estariam interessados nos resultados das suas condutas; e usuários dariam atenção a aspectos ligados ao acesso ao cuidado e ao tratamento por parte dos profissionais de saúde.

Etimologicamente, a palavra qualidade vem do latim *qualitas* tendo muitos significados, Carvalho e Tonet (1994) a enunciam como hábitos ou disposições que distinguem um ser do outro, capacidade ou incapacidade natural.

Segundo Pereira (1995), os Estados Unidos são pioneiros em matéria de sistematização da qualidade nos serviços de saúde. Talvez a primeira sistematização contemporânea de um mecanismo de avaliação do ensino — e, por consequência, da prática médica — tenha sido o conhecido relatório Flexner, publicado em 1910, sob o patrocínio da

Fundação Carnegie. Neste relatório, Flexner atenta para a necessidade de controle do exercício profissional, ao avaliar a educação médica e denunciar, de maneira muito enfática, as precárias condições da prática profissional (REIS et al, 1990).

Em 1916, os estudos de Codman apresentaram uma proposta de método para avaliação do estado de saúde dos pacientes para estabelecer os resultados finais das intervenções médicas, o que teve importante influência sobre a Escola Americana de Cirurgiões que estabelece padrões mínimos de funcionamento para os hospitais e assume a responsabilidade pela avaliação da qualidade das práticas cirúrgicas e dos hospitais (FERNANDES, 2002). Realizou, então, um famoso estudo, no qual registra que, entre os aproximadamente 800 hospitais examinados com mais de 100 leitos, menos de 135 tinham grau razoável de qualidade. Como consequência deste trabalho e dos estudos desenvolvidos por Codman, criou-se, em 1928, o Hospital Standardization Program, que é o embrião da Joint Commission of Accreditation of Hospitals (JCAH).

Nas últimas duas décadas, os estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde têm-se baseado em uma ou mais categorias propostas por Donabedian. Utilizando as experiências de avaliação desenvolvidas por Flexner e Codman e tendo como referencial a teoria dos sistemas, este autor sistematizou a avaliação qualitativa de atenção médica em três aspectos: estrutura, processo e resultado. A "estrutura" corresponderia às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais; o "processo" corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os "resultados" seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio. Também poderiam ser considerados como resultados mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado (SILVA; FORMIGLI, 1994).

A qualidade é vista, com frequência, como o aspecto central a ser considerado para a avaliação em saúde (DONABEDIAN, 1980; VUORI, 1982). A abrangência deste termo impõe que a sua definição resulte, frequentemente, de uma composição a partir de outras características do objeto a ser avaliado.

Existem várias propostas de agregação dos estudos de avaliação dos serviços de saúde. Por exemplo: Sonis e Paganini (1984) propõem que os métodos de avaliação podem se dar através de avaliações administrativas, sem estudo especial, ou através de investigações avaliativas. Nas duas abordagens, as possibilidades de estudo são ainda aquelas apontadas anteriormente, ou seja: estrutura, processo e resultado. Enquanto os estudos de estrutura se

desenvolvem, fundamentalmente, nos níveis institucionais e dos sistemas de atenção à saúde, os estudos de processo e resultado podem ter como referência o indivíduo, grupos de usuários ou toda a população (REIS et al, 1990).

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) define qualidade como “a totalidade de propriedades e características de um produto ou serviço, que confere sua habilidade em satisfazer necessidades explícitas e implícitas” (MEFP/IPEA, 1991)

Qualidade também pode ser entendida como “a contribuição do serviço para o êxito do tratamento, do resultado clínico ou de qualquer forma de desfecho dos problemas de saúde dos pacientes” (HORNBROOK, 1985).

Assim, verificou-se que existem vários conceitos para o termo qualidade, mas existe um consenso de que o termo significa o grau de adequação ou excelência alcançado na execução das ações e serviços, medido através de comparação com parâmetros apropriados (PEREIRA, 1995).

3.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O termo “avaliar” significa determinar, apreciar ou fazer julgamentos. Tem o sentido de determinar o valor ou a quantidade de alguma coisa, e comparar os resultados com normas ou outros valores e quantidades, que sirvam como parâmetros, tais como os obtidos por consenso ou verificados em um grupo controle (PEREIRA, 1995).

Para Novaes (1999), nos últimos anos, a diversidade de enfoques do modelo industrial, em lugar de esclarecer, muitas vezes, confunde o setor saúde pela variedade de conceitos sobre “questões de qualidade” ou “iniciativa de qualidade”.

Ishikawa (1993) definiu avaliação da qualidade dos serviços, como métodos de garantia para o controle de processo e a ênfase no desenvolvimento de novos produtos.

No Brasil, a preocupação com a qualidade dos serviços de saúde era ainda incipiente no final dos anos vinte e início dos anos trinta. Associava-se às decisões políticas frente ao serviço sanitário nacional, como a necessidade de controlar as endemias que assolavam a sociedade (FERNANDES, 2002).

Com vistas a manutenção de interesses econômicos e políticos, que se seguiam em sucessivos governos, as ações de saúde como forma de contribuição à qualidade dos serviços, necessitavam de formas sistemáticas de avaliação (FERNANDES, 2002).

No campo da Saúde Pública, a avaliação de serviços é área de extrema relevância, já que viabiliza escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade.

A avaliação pode, segundo as funções que deve cumprir, ser classificada em "somativa" ou "formativa" (AGUILAR; ANDER-EGG, 1995; ROSSI et al., 1999). A avaliação "formativa" visa fornecer informações para adequar e superar aspectos problemáticos do programa durante o seu andamento, enquanto a avaliação do tipo "somativa" fornece julgamentos sumários sobre aspectos fundamentais do programa, sendo freqüentemente utilizada para deliberar sobre a continuidade ou o encerramento de um programa baseando-se na especificação de até que ponto os objetivos propostos foram atingidos.

A existência de muitos critérios, a serem considerados na avaliação da qualidade, tem o importante papel de destacar que a qualidade não pode ser traduzida por apenas um deles. Segue os seguintes critérios do conceito de qualidade e seus significados, segundo Vuori (1991): eficácia é a capacidade de produzir o efeito desejado, quando o serviço é colocado em "condições ideais de uso"; efetividade, capacidade de produzir o efeito desejado, quando em "uso rotineiro"; é a relação entre o impacto real e o impacto potencial; eficiência, relação entre o impacto real e o custo das ações; equidade, distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população; acesso, remoção de obstáculos à utilização dos serviços disponíveis, adequação, suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda, aceitação é o fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais, sociais e de outra natureza, e com as expectativas dos usuários em potencial e qualidade técnico-científica é a aplicação das ações em acordo com o conhecimento e a tecnologia disponível.

Para Donabedian (1992), a avaliação da qualidade técnico-científica está voltada para a análise do processo, pois engloba as atividades ou os procedimentos empregados pelos profissionais de saúde para transformar os recursos em resultados. Isto é, a análise processual está direcionada a identificar os procedimentos "necessários" para o manejo dos casos atendidos e verificar se eles realmente foram aplicados apropriadamente.

Akerman e Nadanovsky (1992) concluem que avaliação, contudo, não seria considerada um fim em si mesma, mas um processo onde um julgamento explícito é

elaborado, e a partir daí desencadear-se-ia um movimento de transformação na direção da qualidade previamente desejada.

A presente investigação optou pelo estudo da qualidade em saúde, com enfoque nas ações de enfermagem para a qualidade dos registros de enfermagem, que tem a importância de gerar indicadores importantes sobre a saúde dos grupos populacionais.

3.5 ADOLESCÊNCIA E VULNERABILIDADE NAS DST/AIDS

**“Entre a pergunta e a resposta, o silêncio significativo;
entre a criança e o adulto, o intervalo significativo da construção do ser: a
adolescência.”**

Maria de Lourdes de Oliveira

A adolescência é um período de grandes mudanças, de crise, sinaliza um processo importante de amadurecimento, passagem por mudanças corporais, intelectuais e sociais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adolescência como o período do desenvolvimento humano que se estende aproximadamente dos 10 aos 19 anos de idade, caracterizado por uma revolução biopsicosocial, onde tudo é vivido intensamente (PARAGUASSÚ, 2003).

A história comprova que a adolescência sempre existiu e as manifestações da adolescência são freqüentes nos relatos dos filósofos e dos humanistas. No mundo ocidental, somente no século XIX é que a adolescência foi realmente reconhecida como faixa etária específica do desenvolvimento (SOUZA, 1999).

Como questão de Saúde Pública, o adolescente emergiu após a 2ª Guerra Mundial, quando as DST começaram a ser controladas e se intensificaram as enfermidades crônicas, os problemas psicossociais de dependências de drogas e a gravidez na adolescência. No século XX, obteve espaço social e político, chegando no final desta era como importante foco de atenção publicitária (SOUZA, 1999).

A adolescência é caracterizada por uma maior exposição aos riscos, em virtude do processo natural do jovem em querer saber sobre todas as coisas que a vida tem a oferecer,

tornando-o um curioso emergente em potencial. O adolescente é visto no âmbito das políticas públicas e programas DST/AIDS através da percepção de vulnerabilidade (MORAES et al; 2001).

Segundo Ayres (1996), a noção de vulnerabilidade busca estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político - institucionais e comportamentais, associadas às diferentes susceptibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até mesmo nações, à infecção pelo HIV e suas conseqüências indesejáveis.

O termo “vulnerabilidade” origina-se da reflexão sobre os direitos humanos, indicando a fragilização política e/ou jurídica dos indivíduos decorrentes de falhas na garantia de seus direitos de cidadania. O conceito encontra espaço na discussão sobre a epidemia da AIDS a partir da década de 90, trazendo uma nova visão sobre como lidar com o problema de maneira mais justa e eficiente.

A situação dos adolescentes como grupo vulnerável ilustra bem o papel do contexto social e institucional. Há pelo menos três aspectos da vulnerabilidade que os atingem de maneira especial: (1) não obstante haver informação, a comunicação sobre o tema é escassa; (2) há barreiras materiais e culturais que limitam o seu acesso aos meios de proteção e; (3) a escassez de alternativas faz com que os adolescentes, especialmente nos estratos sociais mais baixos, tenham que escolher entre não satisfazer suas necessidades ou correr o risco de infectar-se ao satisfazê-las.

A vulnerabilidade das camadas jovens da população à infecção pelo HIV vem aumentando muito e se explica pela maior exposição desse grupo a situações de risco, como as relações sexuais desprotegidas e o compartilhar de seringas e agulhas contaminadas. A tendência a explorar o que é novo, a suscetibilidade às pressões do grupo e a sensação de onipotência estão muitas vezes presentes nas ações dos jovens.

Alguns adolescentes são mais vulneráveis do que outros, pois além de vivenciarem as mudanças próprias da idade, ainda se deparam com mudanças relacionadas com a estrutura familiar e condições de vida, como pobreza, desemprego, baixa escolaridade e violência, além de falta de acesso amplo aos meios de comunicação, serviços de saúde e aos meios de prevenção - preservativos e seringas descartáveis (BRASIL, 1999 b).

Suplicy (1995) afirma que muitos obstáculos culturais e emocionais envolvem a AIDS na adolescência e em outras etapas da vida humana. Entre os “obstáculos culturais” merecem destaque: o mito da fidelidade; a passividade feminina; o preconceito contra o portador de HIV; o preconceito do uso de preservativos; a idealização dos companheiros como seres

perfeitos e saudáveis; a negação, evitam pensar em morte e por isso, preferem negar a existência da AIDS e assumem comportamentos de risco.

Ainda em relação a AIDS entre adolescentes, sabe-se que tem sido uma das mais sérias ameaças à saúde em todo o mundo, o número de infectados tem aumentado de forma rápida. Os infectados e assintomáticos podem permanecer durante anos infectando outras pessoas e desenvolver os sintomas da doença em outra faixa etária, cerca de cinco a sete anos após (COSTA; SOUZA, 2002).

Faz-se mister assinalar ainda que, a infecção pelo HIV está se tornando uma patologia freqüente em mulheres jovens, em idade reprodutiva e estas mães constituem a principal fonte de infecção em crianças e jovens contaminados. A AIDS pediátrica adquirida por transmissão vertical modificou-se de agravo com alta letalidade para enfermidade crônica, devido ao advento da terapia anti-retroviral e o acesso ao tratamento. Estudos têm mostrado que a expectativa de vida aumentou e houve uma melhora na qualidade de vida das crianças e jovens HIV+ (LEDLIE, 2001; MIALKY, VAGNONI E RUTSTEIN, 2001).

Estima-se que, a cada ano, um contingente de 4 milhões de jovens tornam-se sexualmente ativos no Brasil. O início precoce da vida sexual pode ser considerado um agravante para o comportamento de risco¹ frente ao HIV/AIDS (BRASIL, 1999 b).

Em 1998, um estudo realizado pela Coordenação Nacional DST/AIDS do Ministério da Saúde mostrou que entre os indivíduos que afirmaram que eram sexualmente ativos, aproximadamente 76% não utilizam o preservativo nas suas relações sexuais. Para jovens entre 16 e 25 anos, de ambos os sexos, esse percentual desce para 56%, porém ainda considerado preocupante. Dentre os entrevistados, 31,3% são desinformados quanto ao uso de camisinha e 21,5% quanto ao sexo oral. Com relação ao tipo de relacionamento sexual, mais de 25% são desinformados quanto ao risco de casais homossexuais e 46,5% quanto aos casais heterossexuais (BRASIL, 2000 b).

Atualmente, no que diz respeito às DST e à AIDS, é imprescindível que a prevenção seja o enfoque prioritário, sobretudo se o público-alvo dos programas é a população jovem.

Desse modo, entendemos que a educação em saúde é uma ação básica que objetiva capacitar indivíduos e/ou grupos para ajudarem para melhoria das condições de saúde deles próprios e seus grupos. É um processo dinâmico em que a pessoa aceita ou rejeita as novas informações frente aos problemas de saúde, tornando o acompanhamento dos portadores de

¹ A expressão comportamento de risco pode ser definida como participação em atividades que possam comprometer a saúde física e mental do adolescente (FEIJÓ; OLIVEIRA, 2001).

uma doença, trabalho necessário para que o indivíduo passe a se cuidar e viver melhor com a doença.

Esse processo educativo é uma ação básica do atendimento de enfermagem. Portanto, para Travelbee (1979), a enfermeira é uma “facilitadora” interessada em ajudar outros a ajudar-se a si mesmos – tanto na prevenção da enfermidade, como na promoção da saúde – ajudar aqueles que estão incapazes de se ajudar a si mesmos. Para essa autora a relação interpessoal só acontece quando cada participante se percebe como ser humano único e transcende seus papéis, vendo o outro apenas como diferente de si e não como inferior ou superior. A equipe interdisciplinar deve estar articulada e comprometida com a comunidade e a família dos adolescentes, estimulando debates, reflexões e estudos com o intuito de aprimorar e fixar métodos e regras de atendimento ao adolescente.

O sucesso dos programas educacionais em saúde pode estar relacionado com um planejamento cuidadoso das ações a serem executadas envolvendo sempre o público-alvo. É fundamental a credibilidade e o envolvimento do educador e o profissional enfermeiro tem se destacado no cuidado dispensado à saúde das pessoas, devido a frequência e ao contato contínuo com a clientela (SOUZA, 2004).

3.6 O CENTRO DE REFERÊNCIA MUNICIPAL DST/HIV/AIDS: campo do estudo

O estudo foi realizado no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS situado no município de Feira de Santana (BA).

A cidade de Feira de Santana surgiu no século XVIII, por volta do ano de 1732. Foi originada da Fazenda Santana dos Olhos D'água, onde passava uma estrada de boiadas. Formou-se no local uma feira de gado, onde também eram comercializadas outras mercadorias, dando origem ao povoado de Santana da Feira, que cresceu e tornou-se vila em 1833. O processo de ocupação da região se deu em terras próximas a vales e mananciais, por serem adequados para a agricultura e a pecuária, principais atividades econômicas do município, até meados dos anos 50 (DIAGNÓSTICO DO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA, 1998).

Situado a 108 Km da capital do Estado da Bahia, o município de Feira de Santana localiza-se na região do semi-árido baiano, com uma população de 511.153 habitantes, entre

os quais 100.437 crianças e 114.905 adolescentes, que juntos representam 42,13% do total (DATASUS, 2004).

Pela importância de sua localização geo-econômica, a cidade de Feira de Santana é conhecida por ser um entroncamento rodoviário. É cortada pelas BR-101, 116 e 324 (rodovias federais) e pelas BR-052, 502, 503 e 504 (rodovias estaduais), favorecendo uma corrente concentração de fluxo de população, dinheiro e mercadoria (ALMEIDA, 1997).

O município tem sua base econômica no comércio, pecuária, agricultura e indústria. A área industrial desenvolveu-se significativamente nos últimos anos, através do Centro Industrial do Subaé (CIS), que ocupa uma área compreendida entre o bairro do Tomba e a BR-324, abrigando mais de 100 indústrias de diversos produtos (ALMEIDA, 1997).

Entre as atividades econômicas destaca-se o comércio de gado, sendo de grande importância para o desenvolvimento da pecuária na região.

Com relação aos serviços de referência no tratamento às DST, a cidade conta com 02 unidades: um Centro de Referência Estadual e outro Municipal, neste encontra-se a população estudada.

A história do Programa DST/HIV/AIDS de Feira de Santana – BA iniciou-se em 1999 através de um convênio com o Ministério da Saúde, visando desenvolver atividades de prevenção, promoção, proteção da saúde.

A primeira equipe do Programa foi composta por: 01 coordenador, 02 enfermeiros, 01 psicólogo, 01 assistente financeiro, 01 secretária, 01 motorista e 01 serviços gerais.

A sede inicial do Programa funcionou em uma sala no prédio da Secretaria Municipal de Saúde. No ano de 2000 foi alugada uma casa para a instalação do Centro Municipal de Planejamento Familiar e DST/AIDS - Dr. Emygdio Barros Fonseca, onde o Programa ocupou algumas salas para o atendimento aos portadores de DST. Neste ano, houve a contratação de uma médica ginecologista para atendimento aos portadores de DST e foi equipado no Hospital Inácia Pinto dos Santos (HIPS) o Laboratório de Referência para realizar exames diagnósticos de DST/AIDS. A partir de então, o programa iniciou a expansão de suas áreas de atuação, desenvolvendo atividades desde a prevenção até diagnóstico/tratamento.

Em 2001 o Programa passou a funcionar nas instalações da Secretaria Municipal de Saúde, onde atualmente funciona o Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS.

O Programa Municipal de DST/AIDS, no ano de 2002, alcançou muitas metas através da realização das campanhas educativas, sensibilização, treinamentos, aperfeiçoamento da assistência e parcerias estabelecidas com Organizações da Sociedade Civil (OSC) e Organizações Não-Governamentais (ONG).

Em 2003 foi implementado neste Centro a realização de triagens para marcação de consultas, com o intuito de selecionar os usuários que serão atendidos, tendo assim um maior tempo para atendimento às pessoas portadoras de DST/HIV/AIDS, com tratamento e realização de pequenas cirurgias e biópsias.

Salientamos que foram implantados três serviços em agosto de 2003:

- *CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento)*: este serviço oferece testagem para HIV I e II, e VDRL. Os usuários participam de um aconselhamento coletivo e são encaminhados para o pré-teste, coleta do material para os exames e os resultados são entregues no prazo de 15 dias úteis;
- *SAE (Serviço de Assistência Especializada)*: neste, os usuários soropositivos recebem tratamento adequado e acompanhamento de toda equipe multiprofissional: infectologista, enfermeiro, psicólogo, assistente social, farmacêutico;
- *Laboratório Municipal de DST/HIV/AIDS*: onde são realizados os testes Elisa para HIV I e II + Western Blot (confirmatório), como também VDRL para diagnóstico da sífilis e marcadores sorológicos de hepatites B e C;

A demanda para realização da testagem para HIV e Sífilis aumentou no ano de 2004, como também o número de consultas no serviço de DST e SAE (este foi contemplado com a chegada de uma infectologista, totalizando dois médicos). Além destes, foi implantado no Centro, o grupo de adesão terapêutica coordenado por psicólogo que atua no Programa. Nas reuniões do grupo são abordados diversos temas sugeridos pelos próprios clientes. Neste mesmo ano, foi aprovado pelo Programa Nacional a continuidade do Projeto “ Profissionais do sexo multiplicadores da prevenção das DST/AIDS em Feira de Santana”, onde o Programa com a verba destinada pelo Projeto contratou uma psicóloga e quatro facilitadores para atuarem nas atividades com as profissionais do sexo do município.

Uma grande conquista para o Programa Municipal foi a aprovação do Plano de Ações e Metas (PAM) 2003, 2004/2005 e 2006. Neste relatório, são traçadas várias atividades com metas a serem alcançadas visando uma melhor qualidade na assistência prestada aos usuários. Além da aprovação do PAM onde o município recebe uma verba durante 12 meses (por cada ano de aprovação do PAM) para atuar com as DST/AIDS, foi aprovado pelo Programa Nacional um outro projeto para implantação do Hospital Dia (HD), que destina-se ao atendimento de portadores do HIV/AIDS, onde estes poderão permanecer em observação por um período de 12 hs e fazer uso de medicações antiretrovirais endovenosas prescritas pelos infectologistas, e vem a contribuir na redução do número de internações destes pacientes.

Atualmente, a equipe do Centro de Referência é composta por:

- 01 coordenador, 01 supervisora, 04 enfermeiros, 05 médicas (duas ginecologistas, dois infectologistas e 01 pediatra), 02 psicólogos, 01 bioquímico, 01 farmacêutico, 01 assistente social, 02 técnicas de laboratório, 06 técnicas de enfermagem, 06 assistentes administrativos, 01 auxiliar de higienização, 01 motorista e 03 bolsistas para realização de pesquisas.

O serviço de DST do CRM DST/HIV/AIDS funciona de segunda à sexta das 7 às 18 hs, atendendo indivíduos com suspeita de DST que procuram o serviço por conta própria (demanda espontânea) ou encaminhados por alguma unidade de saúde do município. Inicialmente o paciente é atendido por um enfermeiro que realiza uma consulta de triagem para investigar se o mesmo está com queixa relacionada a uma DST ou não. Durante esta triagem, se confirmado a suspeita, o enfermeiro realizará a consulta para tratamento ou encaminhará para o médico, como também para outros profissionais da equipe, a depender da necessidade do paciente.

Com relação a composição do prontuário no atendimento do serviço de DST, tem-se a ficha Histórico do paciente que é preenchida nas consultas médicas e de enfermagem. Esta ficha foi elaborada com base na ficha de notificação de DST (vigilância aprimorada), do Ministério da Saúde e traz várias informações importantes para o acompanhamento destes agravos. A vigilância aprimorada tem o objetivo de monitorar a incidência e/ou prevalência das DST nos diversos serviços.

4. METODOLOGIA

Polit e Hungler (1995) designam a pesquisa quantitativa como aquela que abrange uma coleta ordenada de informações numéricas, geralmente mediante condições de muito controle, sendo analisadas através de processos estatísticos.

A metodologia é a descrição do caminho a ser seguido para a realização de um trabalho. O delineamento da metodologia está relacionado com a realização do estudo. Quando se define a metodologia, há a maior probabilidade de que as etapas da pesquisa fluam com maior segurança e sem muitos imprevistos. Entretanto, desenhar antecipadamente a metodologia, não garante que durante a realização da pesquisa não ocorram algumas modificações no que se havia planejado (ARAÚJO, 2001).

Diante do exposto, optou-se pelo método quantitativo, caracterizando-se pelo emprego da quantificação dos dados através de técnicas estatísticas.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, onde foram estudados os prontuários dos adolescentes atendidos no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS no ano de 2004 e 2005. Este tipo de estudo tem o propósito de informar “como” os eventos variam, na população. Faz parte do processo de diagnóstico epidemiológico a organização de dados, de maneira a evidenciar as freqüências do evento, em diversos subgrupos da população (PEREIRA, 1995).

4.2 PERÍODO DE REFERÊNCIA

O estudo foi realizado no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2005.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população estudada nesta pesquisa foram os prontuários dos adolescentes (indivíduos de 10 à 19 anos) portadores de alguma DST atendidos por enfermeiros no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS em Feira de Santana.

Somente foram estudados prontuários de adolescentes admitidos na Unidade, que ultrapassaram o processo de triagem, ou seja, suspeitos de serem portador de alguma DST.

4.4 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Neste estudo foram utilizados dados secundários, coletados pela própria pesquisadora e três bolsistas do Centro de Referência que foram treinadas pela pesquisadora, através de um instrumento específico (Apêndice A) elaborado com base na ficha denominada de Histórico do paciente (Anexo A) que faz parte do prontuário do Serviço de DST e no livro de registro deste serviço do Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS. O Histórico do paciente, impresso que faz parte do prontuário do serviço de DST, foi elaborado com base na ficha de notificação de DST (vigilância aprimorada) do Ministério da Saúde (Anexo B).

Inicialmente seriam selecionados aleatoriamente 01 mês a cada trimestre do ano de 2004 para a coleta das informações nos prontuários. Porém, após início da coleta, percebeu-se que o universo seria insuficiente, pois o número de adolescentes atendidos por enfermeiro era pequeno. Com isso, estendeu-se o período de coleta para o ano de 2005, sem seleção aleatória de meses, ou seja, todos os prontuários de adolescentes atendidos por enfermeiro no período de 2004-2005 foram estudados.

4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram processados eletronicamente utilizando-se o programa SPSS 9.0 para Windows (SPSS, 1991) e as variáveis estudadas foram:

- Variáveis sócio-demográficos: sexo, idade, grau de escolaridade, situação conjugal, ocupação;
- Variáveis relacionadas à sexualidade: idade da 1ª relação sexual, tem relações sexuais, frequência das relações sexuais, como se define sexualmente, parceiros nos últimos 3 meses, esta grávida, método anticoncepcional, teve algum parto ou aborto nos últimos 40 dias;
- Variáveis relacionadas aos fatores de risco: faz uso de preservativo; DST; usuário de droga injetável; transfusão de sangue; parceiro (a) com DST;
- Variáveis relacionadas ao diagnóstico e diagnóstico complementar: sinais e sintomas para o sexo feminino e masculino, e diagnóstico final.

4.5.1. Plano de Análise

Foram avaliados separadamente os aspectos referentes às variáveis sócio-demográficas, sexualidade, fatores de risco e diagnóstico final.

Considerou-se adequado a ficha preenchida completamente em todos os itens da sua composição. Considerou-se inadequada a ficha em que pelo menos 01 (um) dos itens ficou sem registro (ignorado²) nos quatro aspectos estudados.

Para avaliação geral considerou-se como preenchimento adequado as fichas que o enfermeiro registrou todos os itens referentes aos aspectos sócio-demográficos, à sexualidade, fatores de risco e diagnóstico final. E considerou-se como preenchimento inadequado as fichas que o enfermeiro não registrou todos os itens referentes aos aspectos sócio-demográficos, à sexualidade, fatores de risco e diagnóstico final.

Faz-se mister ressaltar, que optou-se em não avaliar quanto ao preenchimento o item diagnóstico referente aos sinais e sintomas, e diagnóstico complementar - achados dos exames diretos, cultura e Sorologia/Elisa/Imunofluorescência. Na Unidade não são realizados exames direto e nem cultura, apenas sorologia para HIV I e II, VDRL, AgHbs (sorologia para Hepatite B) e AntiHCV (sorologia para Hepatite C), e mesmo estes são solicitados, geralmente, na 1ª consulta médica ou de enfermagem; sendo assim como o histórico do paciente é preenchido nesta 1ª consulta, não encontramos registros destes exames, estes dados são registrados posteriormente na ficha de evolução do prontuário.

Foi descrito também a população de adolescentes estudada segundo idade, sexo, escolaridade, situação conjugal, DST diagnosticada e fatores de risco apresentados.

Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas, a média, a moda e o desvio padrão das variáveis numéricas. Os dados analisados foram apresentados em tabelas.

4.5.2 Padrão de Referência para Avaliação

Foi utilizado a Ficha de Notificação de DST (vigilância aprimorada) do Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 1999 a).

² Ignorado: refere-se a informação não preenchida pelo profissional enfermeiro na ficha de Histórico do paciente.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo utilizou dados secundários, ou seja, aqueles já existentes em registros de atendimentos (prontuários), estes são relacionados com seres humanos. Desse modo, observando-se a orientação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), os pesquisadores comprometeram-se com o sigilo e confidencialidade dos dados coletados. Foi também solicitado a Coordenação do Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana a autorização (Apêndice B) para acesso aos dados, só sendo iniciada a investigação após consentimento desta instituição (Anexo C).

5. RESULTADOS

Tabela 1: Características sócio-demográficas dos adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2004.

VARIÁVEIS		N	%
SEXO			
	FEMININO	37	59.7
	MASCULINO	23	37.1
	IGNORADO	2	3.2
	TOTAL	62	100.0
ESTADO CIVIL			
	SOLTEIRO (A)	49	79.0
	CASADO (A)/CONCUBINATO(A)	9	14.5
	IGNORADO	4	6.5
	TOTAL	62	100.0
ESCOLARIDADE			
	NÃO ALFABETIZADO	1	1.6
	1º GRAU INCOMPLETO	24	38.7
	1º GRAU COMPLETO	6	9.7
	2º GRAU INCOMPLETO	17	27.4
	2º GRAU COMPLETO	6	9.7
	IGNORADO	8	12.9
	TOTAL	62	100.0
OCUPAÇÃO			
	EMPREGADO (A) DE EMPRESA PRIVADA	2	3.2
	DESEMPREGADO (a)	1	1.6
	EMPREGADA DO LAR	5	8.1
	ESTUDANTE	24	38.7
	AUTÔNOMO (A)	6	9.7
	OUTROS	6	9.7
	IGNORADO	18	29.0
	TOTAL	62	100.0

Do total de adolescentes (n = 62) atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS no ano de 2004, 59,7% (n=37) eram do sexo feminino, 37,1% (n=23) do sexo masculino e 3,2% (n=2) não tiveram o sexo registrado no prontuário.

Em relação a variável estado civil, 79% (n=49) dos adolescentes eram solteiros e 14,5% (n=9) eram casados/concubinato. Neste item, foram ignorados 6,5% (n=4) dos prontuários.

Quanto à escolaridade, 38,7% (n=24) dos adolescentes possuíam o 1º grau incompleto, 27,4% (n=17) possuíam o 2º grau incompleto e 12,9 % (n=8) dos dados foram ignorados.

No que se refere à ocupação 38,7% (n=24) eram estudantes e 29% (n=18) deste dado foi ignorado.

Tabela 2: Características sócio-demográficas dos adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005.

VARIÁVEIS		N	%
SEXO			
	FEMININO	49	60.5
	MASCULINO	31	38.3
	IGNORADO	1	1.2
	TOTAL	81	100.0
ESTADO CIVIL			
	SOLTEIRO (A)	62	76.6
	CASADO (A) / CONCUBINATO (A)	15	18.5
	PREENCHIMENTO INCORRETO	1	1.2
	IGNORADO	3	3.7
	TOTAL	81	100.0
ESCOLARIDADE			
	1º GRAU INCOMPLETO	32	39.5
	1º GRAU COMPLETO	2	2.4
	2º GRAU INCOMPLETO	34	42.0
	2º GRAU COMPLETO	8	9.9
	IGNORADO	5	6.2
	TOTAL	81	100.0
OCUPAÇÃO			
	EMPREGADO (A) DE EMPRESA PRIVADA	4	4.9
	DESEMPREGADO (a)	1	1.2
	EMPREGADA DO LAR	8	9.9
	ESTUDANTE	40	49.4
	AUTÔNOMO (A)	7	8.6
	EMPREGADO (A) DE ONG/ENTIDADE DA SOCIEDADE CIVIL	10	12.4
	IGNORADO	11	13.6
	TOTAL	81	100.0

Do total de adolescentes (n = 81) atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS no ano de 2005, 60,5% (n=49) eram do sexo feminino, 38,3% (n=31) do sexo masculino e 1,2% (n=1) não tiveram o sexo registrado no prontuário.

Em relação a variável estado civil, 76,6% (n=62) dos adolescentes eram solteiros, 18,5% (n=15) eram casados/concubinato e 3,7% (n=3) não tiveram o estado civil registrado no prontuário. E ainda, 1,2% (n=1) apresentou preenchimento incorreto, o profissional atendeu um adolescente do sexo masculino e registrou como sexo feminino.

Quanto à escolaridade, 42% (n=34) dos adolescentes possuíam o 2º grau incompleto, 39,5% (n=32) possuíam o 1º grau incompleto, 9,9% (n=8) o 2º grau completo e 6,2 % (n=5) dos dados foram ignorados.

No que se refere à ocupação 49,4% (n=40) eram estudantes e 13,6% (n=11) deste dado foi ignorado.

Tabela 3: Frequência dos aspectos relacionados à sexualidade entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2004.

VARIÁVEIS		N	%
TEM RELAÇÕES SEXUAIS			
	SIM	42	67.7
	NÃO	9	14.6
	IGNORADO	11	17.7
	TOTAL	62	100.0
INATIVIDADE SEXUAL			
	SIM	11	17.8
	NÃO	41	66.1
	AMBÍGUO	1	1.6
	IGNORADO	9	14.5
	TOTAL	62	100.0
FREQUÊNCIA DAS RELAÇÕES SEXUAIS			
	DIARIAMENTE	12	19.3
	SEMANALMENTE	36	58.1
	MENSALMENTE	1	1.6
	IGNORADO	13	21.0
	TOTAL	62	100.0
COMO SE DEFINE SEXUALMENTE			
	HETEROSSEXUAL	50	80.7
	HOMOSSEXUAL	1	1.6
	BISSEXUAL	2	3.2
	IGNORADO	9	14.5
	TOTAL	62	100.0
PARCEIROS NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES			
	NÃO TEM	9	14.5
	FIXO	35	56.4
	EVENTUAL	9	14.5
	FIXO E EVENTUAL	4	6.5
	IGNORADO	5	8.1
	TOTAL	62	100.0

No que se refere a variável relação sexual 67,7% (n=42) dos adolescentes atendidos afirmaram ter relação sexual e 17,7% (n=11) deste dado foi ignorado no registro de enfermagem

Quanto ao tempo de inatividade sexual, 17,8% (n=11) dos adolescentes afirmaram inatividade sexual, 66,1% (n=41) estavam com vida sexual ativa, 1,6% (n=1) apresentou ambigüidade no registro de enfermagem, ou seja, estava registrado vida sexual ativa e inatividade sexual; e 14,5% (n=9) dos dados foram ignorados.

Em relação à frequência das relações sexuais, 58,1% (n=36) informaram semanalmente, 19,3% (n=12) diariamente, 1,6% (n=1) mensalmente e 21% (n=13) foi ignorado.

No que se refere à variável de como se define sexualmente, 80,7% (n=50) das respostas marcadas pelos enfermeiros nas consultas com os adolescentes foram heterossexuais, 3,2% (n=2) bissexuais, 1,6% (n=1) homossexuais e 14,5% (n=9) deste dado foi ignorado.

Quanto à variável parceiros nos últimos três meses, 56,4% (n=35) dos adolescentes possuíam parceiro fixo, 14,5% (n=9) possuíam parceiro eventual, 14,5% (n=9) não tinham parceiro, 6,5% (n=4) possuem parceiro fixo e eventual e 8,1% (n=5) deste dado foi ignorado.

Tabela 4: Frequência dos aspectos relacionados à sexualidade entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2004.

VARIÁVEIS	N	%
ESTÁ GRÁVIDA		
SIM	10	27.0
NÃO	20	54.1
IGNORADO	7	18.9
TOTAL	37*	100.0
QUANTAS VEZES ESTEVE GRÁVIDA		
PREENCHIMENTO INADEQUADO	1	2.7
1 GESTAÇÃO	2	5.4
IGNORADO	34	91.9
TOTAL	37*	100.0
QUANTAS VEZES PARIU		
IGNORADO	37*	100.0
QUANTAS VEZES ABORTOU		
1 ABORTO	2	5.4
IGNORADO	35	94.6
TOTAL	37*	100.0
MÉTODO ANTICONCEPCIONAL		
PÍLULA	11	17.7
PRESERVATIVO	3	4.9
NENHUM	11	17.7
OUTROS	1	1.6
IGNORADO	36	58.1
TOTAL	62	100.0
TEVE ALGUM PARTO OU ABORTO NOS ÚLTIMOS 40 DIAS		
SIM	1	2.7
NÃO	27	73.0
IGNORADO	9	24.3
TOTAL	37*	100.0

* O n = 37 refere-se aos dados de gravidez, parto e aborto apenas ao sexo feminino.

Com relação à variável gravidez, 54,1% (n=20) das adolescentes informaram que não estavam grávidas, 27% (n=10) afirmaram estar grávidas e 18,9% (n=7) deste dado foi ignorado.

Em relação ao número de vezes que estiveram grávida, 5,4% (n=2) informaram 01 gestação, 2,7% (n=1) apresentou preenchimento inadequado e 91,9% (n=34) foi ignorado.

Quanto ao número de partos, 100% (n=37) deste dado foi ignorado.

Em relação a variável aborto, 5,4% (n=2) das adolescentes informaram 01 aborto e 94,6% (n=35) deste dado foi ignorado.

Quanto aos métodos anticoncepcionais 17,7% (n=11) dos adolescentes usavam pílula, 17,7% (n=11) não utilizavam nenhum método anticoncepcional, 4,9% (n=3) utilizavam o preservativo, 1,6% (n=1) utilizavam outros métodos e 58,1% (n=36) deste dado foi ignorado.

Quanto à variável referente a parto ou aborto nos últimos 40 dias, 2,7% (n=1) informaram que sim, 73% (n=27) informaram que não e 24,3% (n=9) deste dado foi ignorado.

Tabela 5: Frequência dos aspectos relacionados à sexualidade entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005.

VARIÁVEIS		N	%
TEM RELAÇÕES SEXUAIS			
	SIM	59	72.8
	NÃO	6	7.4
	IGNORADO	16	19.8
	TOTAL	81	100.0
INATIVIDADE SEXUAL			
	SIM	12	14.8
	NÃO	59	72.8
	AMBÍGUO	2	2.5
	IGNORADO	8	9.9
	TOTAL	81	100.0
FREQUÊNCIA DAS RELAÇÕES SEXUAIS			
	DIARIAMENTE	3	3.7
	SEMANALMENTE	54	66.7
	MENSALMENTE	6	7.4
	IGNORADO	18	22.2
	TOTAL	81	100.0
COMO SE DEFINE SEXUALMENTE			
	HETEROSSEXUAL	72	88.9
	HOMOSSEXUAL	3	3.7
	BISSEXUAL	1	1.2
	NÃO SE ADEQUA	2	2.5
	IGNORADO	3	3.7
	TOTAL	81	100.0

No que se refere a variável relação sexual 72,8% (n=59) dos adolescentes atendidos afirmaram ter relação sexual e 19,8% (n=16) deste dado foi ignorado no registro de enfermagem

Quanto ao tempo de inatividade sexual, 14,8% (n=12) dos adolescentes informaram estar em inatividade sexual, 72,8% (n=59) estavam com vida sexual ativa, 2,5% (n=2) apresentou ambigüidade no registro de enfermagem, ou seja, estava registrado vida sexual ativa e inatividade sexual; e 9,9% (n=8) dos dados foram ignorados.

Em relação à freqüência das relações sexuais, 66,7% (n=54) informaram semanalmente, 7,4% (n=6) mensalmente, 3,7% (n=3) diariamente, e 22,2% (n=18) foi ignorado.

No que se refere à variável de como se define sexualmente, 88,9% (n=72) das respostas marcadas pelos enfermeiros nas consultas com os adolescentes foram heterossexuais, 3,7% (n=3) homossexuais, 1,2% (n=1) bissexuais, 2,5% (n=2) foi registrado na ficha como não se adequa e 3,7% (n=3) deste dado foi ignorado.

Tabela 6: Freqüência dos aspectos relacionados à sexualidade entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005.

VARIÁVEIS	N	%
PARCEIROS NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES		
NÃO TEM	13	16.0
FIXO	48	59.3
EVENTUAL	11	13.6
FIXO E EVENTUAL	4	4.9
AMBÍGUO	2	2.5
IGNORADO	3	3.7
TOTAL	81	100.0
ESTÁ GRÁVIDA		
SIM	10	20.4
NÃO	27	55.1
IGNORADO	12	24.5
TOTAL	49*	100.0
QUANTAS VEZES ESTEVE GRÁVIDA		
1 GESTAÇÃO	2	4.1
2 GESTAÇÕES	1	2.0
IGNORADO	46	93.9
TOTAL	49*	100.0

* O n = 49 utilizado nos dados de gravidez, parto e aborto refere-se apenas a pacientes do sexo feminino.

Quanto à variável parceiros nos últimos três meses, 59,3% (n=48) dos adolescentes possuíam parceiro fixo, 16% (n=13) não tinham parceiro, 13,6% (n=11) possuíam parceiro eventual, 4,9% (n=4) possuíam parceiro fixo e eventual, 2,5% (n=2) apresentou ambigüidade no registro de enfermagem, ou seja, estava registrado que tinha parceiro fixo e que não tinha parceiro e 3,7% (n=3) deste dado foi ignorado.

Com relação à variável gravidez, 55,1% (n=27) das adolescentes informaram que não estavam grávidas, 20,4% (n=10) afirmaram estar grávidas e 24,5% (n=12) deste dado foi ignorado.

Em relação ao número de vezes que estiveram grávida, 4,1% (n=2) informaram 01 gestação, 2% (n=1) informaram 2 gestações e 93,9% (n=46) foi ignorado.

Tabela 7: Frequência dos aspectos relacionados à sexualidade entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005.

VARIÁVEIS		N	%
QUANTAS VEZES PARIU			
	1 PARTO	2	4.1
	IGNORADO	47	95.9
	TOTAL	49*	100.0
QUANTAS VEZES ABORTOU			
	IGNORADO	49*	100.0
MÉTODO ANTICONCEPCIONAL			
	PÍLULA	11	13.6
	PRESERVATIVO	12	14.8
	NENHUM	10	12.4
	OUTROS	1	1.2
	PRESERVATIVO E PÍLULA	4	4.9
	IGNORADO	43	53.1
	TOTAL	81	100.0
TEVE ALGUM PARTO OU ABORTO NOS ÚLTIMOS 40 DIAS			
	NÃO	36	73.5
	NÃO SABE	1	2.0
	IGNORADO	12	24.5
	TOTAL	49*	100.0

* O n = 49 utilizado nos dados de gravidez, parto e aborto refere-se apenas a pacientes do sexo feminino.

Quanto ao número de partos, 4,1% (n=2) já tiveram 01 parto e 95,9% (n=47) deste dado foi ignorado.

Em relação a variável aborto, 100% (n=49) deste dado foi ignorado.

Quanto aos métodos anticoncepcionais, 14,8% (n=12) utilizavam o preservativo, 13,6% (n=11) dos adolescentes usavam pílula, 12,4% (n=10) não utilizavam nenhum método

anticoncepcional, , 4,9% (n=4) utilizavam preservativo e pílula, 1,2% (n=1) utilizavam outros métodos e 53,1% (n=43) deste dado foi ignorado.

Quanto à variável referente a parto ou aborto nos últimos 40 dias, 73,5% (n=36) informaram que não, 2% (n=1) não sabiam informar e 24,5% (n=12) deste dado foi ignorado.

Tabela 8: Frequência dos aspectos relacionados aos fatores de risco para DST/HIV/AIDS entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2004.

VARIÁVEIS		N	%
FAZ USO DE PRESERVATIVO			
	SEMPRE	5	8.1
	ÀS VEZES	23	37.1
	NÃO USA	19	30.6
	NÃO SE ADEQUA	4	6.5
	IGNORADO	11	17.7
	TOTAL	62	100.0
JÁ TEVE DST			
	SIM	8	12.9
	NÃO	45	72.6
	IGNORADO	9	14.5
	TOTAL	62	100.0
USUÁRIO DE DROGA INJETÁVEL			
	NÃO	59	95.2
	IGNORADO	3	4.8
	TOTAL	62	100.0
REALIZOU TRANSFUSÃO DE SANGUE			
	SIM	2	3.2
	NÃO	56	90.3
	IGNORADO	4	6.5
	TOTAL	62	100.0
PARCEIROS COM DST			
	SIM	7	11.3
	NÃO	25	40.3
	NÃO SABE	19	30.6
	IGNORADO	11	17.7
	TOTAL	62	100.0

Com relação às variáveis referentes aos fatores de risco para DST/HIV/AIDS entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no ano de 2004, 37,1% (n=23) informaram que às vezes usavam o preservativo nas relações sexuais, 30,6% (n=19) não faziam uso do

preservativo, 8,1% (n=5) utilizavam o preservativo em todas as relações sexuais, 6,5% (n=4) dos dados foram registrado pelo enfermeiro a opção não se adequa e 17,7% (n=11) deste dado foi ignorado.

Referente à variável se o adolescente já teve alguma DST, 72,6% (n=45) disseram que não, 12,9% (n=8) afirmaram que sim e 14,5% (n=9) deste dado foi ignorado.

Quanto ao uso de droga injetável, 95,2% (n=59) responderam que não e 4,8% (n=3) deste dado foi ignorado.

Quanto a transfusão sanguínea, 90,3% (n=56) disseram que nunca haviam realizado, 3,2% (n=2) afirmaram a realização e 6,5% (n=4) do dado foi ignorado.

No que se refere à variável parceiro com DST, 40,3% (n=25) informaram que o parceiro não teve DST, 30,6% (n=19) não sabem se o parceiro já teve DST, 11,3% (n=7) afirmaram que o parceiro já teve DST e 17,7% (n=11) deste dado foi ignorado.

Tabela 9: Frequência dos aspectos relacionados aos fatores de risco para DST/HIV/AIDS entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005.

VARIÁVEIS	N	%
FAZ USO DE PRESERVATIVO		
SEMPRE	9	11.1
ÀS VEZES	45	55.6
NÃO USA	20	24.7
NÃO SE ADEQUA	2	2.5
IGNORADO	5	6.2
TOTAL	81	100.0
JÁ TEVE DST		
SIM	4	4.9
NÃO	71	87.7
IGNORADO	6	7.4
TOTAL	81	100.0

Com relação às variáveis referentes aos fatores de risco para DST/HIV/AIDS entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no ano de 2005, 55,6% (n=45) informaram que às vezes usavam o preservativo nas relações sexuais, 24,7% (n=20) não faziam uso do preservativo, 11,1% (n=9) utilizavam o preservativo em todas as relações sexuais, 2,5% (n=2) dos dados foram registrado pelo enfermeiro a opção não se adequa e 6,2% (n=5) deste dado foi ignorado.

Referente à variável se o adolescente já teve alguma DST, 87,7% (n=71) disseram que não, 4,9% (n=4) afirmaram que sim e 7,4% (n=6) deste dado foi ignorado.

Tabela 10: Frequência dos aspectos relacionados aos fatores de risco para DST/HIV/AIDS entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005.

VARIÁVEIS	N	%
USUÁRIO DE DROGA INJETÁVEL		
SIM	1	1.2
NÃO	77	95.1
IGNORADO	3	3.7
TOTAL	81	100.0
REALIZOU TRANSFUÇÃO DE SANGUE		
SIM	1	1.2
NÃO	78	96.3
IGNORADO	2	2.5
TOTAL	81	100.0
PARCEIROS COM DST		
SIM	12	14.8
NÃO	34	42.0
NÃO SABE	28	34.6
IGNORADO	7	8.6
TOTAL	81	100.0

Quanto ao uso de droga injetável, 95,1% (n=77) responderam que não, 1,2% (n=1) eram usuário e 3,7% (n=3) deste dado foi ignorado.

Quanto à transfusão sanguínea, 96,3% (n=78) disseram que nunca haviam realizado, 1,2% (n=1) afirmaram a realização e 2,5% (n=2) do dado foi ignorado.

No que se refere à variável parceiro com DST, 42% (n=34) informaram que o parceiro não teve DST, 34,6% (n=28) não sabem se o parceiro já teve DST, 14,8% (n=12) afirmaram que o parceiro já teve DST e 8,6% (n=7) deste dado foi ignorado.

Tabela 11: Frequência dos sinais e sintomas relacionados às DST/HIV/AIDS entre os adolescentes do sexo feminino atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2004.

VARIÁVEIS	N	%
CORRIMENTO VAGINAL		
PRESENTE	26	70.3
AUSENTE	11	29.7
TOTAL	37	100.0
VERRUGAS		
PRESENTE	9	24.3
AUSENTE	28	75.7
TOTAL	37	100.0
ÚLCERA GENITAL		
AUSENTE	37	100.0
DOR PÉLVICA		
PRESENTE	11	29.7
AUSENTE	26	70.3
TOTAL	37	100.0
ARDÊNCIA VULVAR/PRURIDO		
PRESENTE	12	32.4
AUSENTE	25	67.6
TOTAL	37	100.0
LESÕES ACETO BRANCAS		
AUSENTE	37	100.0
GÂNGLIOS		
AUSENTE	37	100.0
DOR NA RELAÇÃO SEXUAL		
PRESENTE	17	45.9
AUSENTE	20	54.1
TOTAL	37	100.0
VESÍCULAS GENITAIS		
PRESENTE	4	10.8
AUSENTE	33	89.2
TOTAL	37	100.0
HEMORRAGIA		
AUSENTE	37	100.0
MUCOPUSCERVICAL		
PRESENTE	1	2.7
AUSENTE	36	97.3
TOTAL	37	100.0
OUTROS SINAIS E SINTOMAS		
PRESENTE	3	8.1
AUSENTE	34	91.9
TOTAL	37	100.0

Quanto aos sinais e sintomas relacionados às DST/HIV/AIDS entre os adolescentes do sexo feminino em 2004, 70,3% (n=26) tiveram corrimento vaginal, 45,9% (n=17) apresentaram dor à relação sexual, 32,4% (n=12) ardência vulvar/prurido, 29,7% (n=11) dor pélvica, 24,3% (n=9) verrugas na região genital, 10,8% (n=4) vesículas genitais e 2,7 % (n=1) mucopuscervical.

Tabela 12: Frequência dos sinais e sintomas relacionados às DST/HIV/AIDS entre os adolescentes do sexo masculino atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2004.

VARIÁVEIS	N	%
CORRIMENTO URETRAL		
PRESENTE	3	13.0
AUSENTE	20	87.0
TOTAL	23	100.0
VERRUGAS		
PRESENTE	2	8.7
AUSENTE	21	91.3
TOTAL	23	100.0
ÚLCERA GENITAL		
PRESENTE	1	4.3
AUSENTE	22	95.7
TOTAL	23	100.0
ARDÊNCIA MICCIONAL		
PRESENTE	6	26.1
AUSENTE	17	73.9
TOTAL	23	100.0
LESÕES ACETO BRANCAS		
AUSENTE	23	100.0

Tabela 13: Frequência dos sinais e sintomas relacionados às DST/HIV/AIDS entre os adolescentes do sexo masculino atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2004.

VARIÁVEIS	N	%
GÂNGLIOS		
PRESENTE	3	13.0
AUSENTE	20	87.0
TOTAL	23	100.0
PRURIDO URETRAL		
PRESENTE	2	8.7
AUSENTE	21	91.3
TOTAL	23	100.0
VESÍCULAS GENITAIS		
PRESENTE	1	4.3
AUSENTE	22	95.7
TOTAL	23	100.0
LESÕES EXTRA GENITAIS		
AUSENTE	23	100.0
OUTROS SINAIS E SINTOMAS		
PRESENTE	9	39.1
AUSENTE	14	60.9
TOTAL	23	100.0

Quanto aos sinais e sintomas relacionados às DST/HIV/AIDS entre os adolescentes do sexo masculino em 2004, 26,1% (n=6) queixavam-se de ardência miccional, 13% (n=3) apresentavam corrimento uretral, 13% (n=3) gânglios, 8,7% (n=2) verrugas genitais, 8,7% (n=2) prurido uretral, 4,3% (n=1) úlcera genital e 4,3% (n=1) vesículas genitais. Vale salientar que 01 ficha estava preenchida incorretamente, onde estava registrado corrimento vaginal como sinal e sintoma para um adolescente do sexo masculino.

Tabela 14: Freqüência dos sinais e sintomas relacionados às DST/HIV/AIDS entre os adolescentes do sexo feminino atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005.

VARIÁVEIS	N	%
CORRIMENTO VAGINAL		
PRESENTE	32	65.3
AUSENTE	17	34.7
TOTAL	49	100.0
VERRUGAS		
PRESENTE	18	36.7
AUSENTE	31	63.3
TOTAL	49	100.0
ÚLCERA GENITAL		
PRESENTE	1	2.0
AUSENTE	48	98.0
TOTAL	49	100.0
DOR PÉLVICA		
PRESENTE	14	28.6
AUSENTE	35	71.4
TOTAL	49	100.0
ARDÊNCIA VULVAR/PRURIDO		
PRESENTE	22	44.9
AUSENTE	27	55.1
TOTAL	49	100.0

Tabela 15: Frequência dos sinais e sintomas relacionados às DST/HIV/AIDS entre os adolescentes do sexo feminino atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005.

VARIÁVEIS	N	%
LESÕES ACETO BRANCAS		
AUSENTE	49	100.0
GÂNGLIOS		
PRESENTE	1	2.0
AUSENTE	48	98.0
TOTAL	49	100.0
DOR NA RELAÇÃO SEXUAL		
PRESENTE	10	20.4
AUSENTE	39	79.6
TOTAL	49	100.0
VESÍCULAS GENITAIS		
PRESENTE	2	4.1
AUSENTE	47	95.9
TOTAL	49	100.0
HEMORRAGIA		
AUSENTE	49	100.0
MUCOPUSCERVICAL		
AUSENTE	49	100.0
OUTROS SINAIS E SINTOMAS		
PRESENTE	1	2.0
AUSENTE	48	98.0
TOTAL	49	100.0

Quanto aos sinais e sintomas relacionados às DST/HIV/AIDS entre os adolescentes do sexo feminino em 2005, 65,3% (n=32) tiveram corrimento vaginal, 44,9% (n=22) ardência vulvar/prurido, 36,7% (n=18) verrugas na região genital, 28,6% (n=14) dor pélvica, 20,4% (n=10) apresentaram dor à relação sexual, 4,1% (n=2) vesículas genitais, 2 % (n=1) gânglios e 2 % (n=1) úlcera genital.

Tabela 16: Frequência dos sinais e sintomas relacionados às DST/HIV/AIDS entre os adolescentes do sexo masculino atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005.

VARIÁVEIS	N	%
CORRIMENTO URETRAL		
PRESENTE	4	12.9
AUSENTE	27	87.1
TOTAL	31	100.0
VERRUGAS		
PRESENTE	4	12.9
AUSENTE	27	87.1
TOTAL	31	100.0
ÚLCERA GENITAL		
PRESENTE	5	16.1
AUSENTE	26	83.9
TOTAL	31	100.0
ARDÊNCIA MICCIONAL		
PRESENTE	5	16.1
AUSENTE	26	83.9
TOTAL	31	100.0
LESÕES ACETO BRANCAS		
PRESENTE	1	3.2
AUSENTE	30	96.8
TOTAL	31	100.0
GÂNGLIOS		
PRESENTE	3	9.7
AUSENTE	28	90.3
TOTAL	31	100.0
PRURIDO URETRAL		
PRESENTE	1	3.2
AUSENTE	30	96.8
TOTAL	31	100.0
VESÍCULAS GENITAIS		
PRESENTE	2	6.5
AUSENTE	29	93.5
TOTAL	31	100.0
LESÕES EXTRA GENITAIS		
PRESENTE	1	3.2
AUSENTE	30	96.8
TOTAL	31	100.0
OUTROS SINAIS E SINTOMAS		
PRESENTE	4	12.9
AUSENTE	27	87.1
TOTAL	31	100.0

Quanto aos sinais e sintomas relacionados às DST/HIV/AIDS entre os adolescentes do sexo masculino em 2005, 16,1% (n=5) tiveram ardência miccional, 16,1% (n=5) úlcera genital, 12,9% (n=4) corrimento uretral, 12,9% (n=4) verrugas na região genital, 9,7% (n=3) gânglios, 6,5% (n=2) vesículas genitais, 3,2% (n=1) lesões aceto-brancas, 3,2% (n=1) prurido uretral.

Tabela 17: Frequência do diagnóstico final das DST entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2004.

VARIÁVEIS	N	%
SÍFILIS TARDIA	2	3.2
HERPES GENITAL	1	1.6
SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL	5	8.1
SÍNDROME DO CORRIMENTO CERVICAL	1	1.6
CANDIDÍASE	5	8.1
HPV/CONDILOMA ACUMINADO	8	12.9
SÍNDROME DO CORRIMENTO VAGINAL	11	17.7
INFECÇÃO SUBCLÍNICA HPV + SÍNDROME DO CORRIMENTO VAGINAL	5	8.1
SÍNDROME DO DESCONFORTO OU DOR PÉLVICA + SÍNDROME DO CORRIMENTO VAGINAL	1	1.6
HERPES GENITAL + SÍNDROME DO CORRIMENTO VAGINAL	1	1.6
HERPES GEN + HPV/CONDILOMA ACUMINADO + CANDIDÍASE	1	1.6
CANDIDÍASE + VAGINOSE	1	1.6
OUTROS	1	1.6
IGNORADO	19	30.7
TOTAL	62	100.0

Quanto à frequência do diagnóstico final para o ano de 2004 foram registrados que 17,7% (n=11) foi diagnosticado síndrome do corrimento vaginal, 12,9% (n=8) HPV/condiloma acuminado, 8,1% (n=5) síndrome do corrimento uretral, 8,1% (n=5) candidíase, 8,1% (n=5) infecção subclínica HPV associado a síndrome do corrimento vaginal e 30,7% (n=19) deste dado foi ignorado.

Tabela 18: Frequência do diagnóstico final das DST entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005.

VARIÁVEIS	N	%
INFECÇÃO GONOCÓCICA	1	1.2
SÍFILIS INDETERMINADA	2	2.5
HERPES GENITAL	4	4.9
SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL	4	4.9
CANDIDÍASE	2	2.5
SÍNDROME DA ÚLCERA GENITAL MASCULINA	1	1.2
HPV/CONDILOMA ACUMINADO	19	23.5
SÍNDROME DO CORRIMENTO VAGINAL	12	14.8
CANDIDÍASE + SÍNDROME DO CORRIMENTO VAGINAL	2	2.5
SÍNDROME DO DESCONFORTO OU DOR PÉLVICA + SÍNDROME DO CORRIMENTO VAGINAL	1	1.2
HERPES GENITAL + SÍNDROME DO CORRIMENTO VAGINAL	1	1.2
CANDIDÍASE + HPV/CONDILOMA ACUMINADO	2	2.5
HERPES GENITAL + HPV/CONDILOMA ACUMINADO + CANDIDÍASE	1	1.2
HPV/CONDILOMA ACUMINADO + SÍNDROME DO CORRIMENTO VAGINAL	1	1.2
HERPES GENITAL + HPV/CONDILOMA ACUMINADO	1	1.2
VAGINOSE BACTERIANA + SÍNDROME DO CORRIMENTO VAGINAL	1	1.2
OUTROS	5	6.2
PREENCHIMENTO INADEQUADO	1	1.2
IGNORADO	20	24.7
TOTAL	81	100.0

Quanto à frequência do diagnóstico final para o ano de 2005 foram registrados que 23,5% (n=19) do diagnóstico refere-se a HPV/condiloma acuminado, 14,8% (n=12) síndrome do corrimento vaginal, 4,9% (n=4) herpes genital, 4,9% (n=4) síndrome do corrimento uretral, 2,5% (n=2) sífilis indeterminada, 2,5% (n=2) candidíase associada a HPV/condiloma acuminado e 24,7% (n=20) deste dado foi ignorado.

Tabela 19: Variáveis numéricas referentes à sexualidade e fatores de risco para as DST/HIV/AIDS entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2004.

VARIÁVEIS	N	MÉDIA	MODA	DESVIO-PADRÃO
IDADE	62	17.3	18.0	1.6
IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL	57	15.0	16.0	2.1
TEMPO DE INATIVIDADE SEXUAL	53	1.8	2.0	0.4
TEMPO QUE ESTÁ COM PARCEIRO FIXO (MESES)	38	19.5	6.0	17.6
Nº DE PARCEIROS EVENTUAIS NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES	13	3.7	1.0	5.2
HÁ QUANTO TEMPO TEVE DST	4	14.3	3.0	12.5
HÁ QUANTO TEMPO UTILIZOU DROGA INJETÁVEL (SEMANAS)	0	0.0	0.0	0.0
HÁ QUANTO TEMPO REALIZOU A TRANSFUSÃO (SEMANAS)	2	10.0	2.0	11.3

A idade média dos adolescentes atendidos por enfermeiro no CRM DST/HIV/AIDS no ano de 2004 foi de 17,3 anos, a moda de 18 anos e o desvio padrão igual a 1,6.

Em relação a idade da primeira relação sexual, a média foi de 15 anos, a moda 16 anos e o desvio padrão igual a 2,1.

A variável tempo de inatividade sexual, obteve a média de 1,8 semanas, a moda 2 semanas e o desvio padrão 0,4.

Quanto a variável tempo que está com o parceiro fixo, calculada em meses, a média foi de 19,5 meses, a moda 6 meses e o desvio padrão igual a 17,6.

No que se refere ao número de parceiros eventuais nos últimos três meses, 3,7 foi a média, 1 parceiro foi a moda e 5,2 o desvio padrão.

Quanto ao tempo (em semanas) em que o adolescente teve alguma DST, a média foi 14,3 semanas, a moda 3 semanas e o desvio padrão 12,5.

Em relação ao tempo referente a última transfusão sanguínea realizada, a média foi de 10 anos, a moda 2 anos e o desvio padrão igual a 11,3 anos.

Tabela 20: Variáveis numéricas referentes à sexualidade e fatores de risco para as DST/HIV/AIDS entre os adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005.

VARIÁVEIS	N	MÉDIA	MODA	DESVIO-PADRÃO
IDADE	81	17.8	19.0	1.4
IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL	76	14.8	15.0	1.9
TEMPO DE INATIVIDADE SEXUAL	73	1.9	2.0	0.4
TEMPO QUE ESTÁ COM PARCEIRO FIXO (MESES)	53	15.4	12.0	15.1
Nº DE PARCEIROS EVENTUAIS NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES	17	3.1	1.0	2.8
HÁ QUANTO TEMPO TEVE DST	3	5.7	3.0	2.5
HÁ QUANTO TEMPO UTILIZOU DROGA INJETÁVEL (SEMANAS)	1	8.0	8.0	—
HÁ QUANTO TEMPO REALIZOU A TRANSFUSÃO (ANOS)	1	12.0	12.0	—

Quanto à idade dos adolescentes atendidos por enfermeiro no CRM DST/HIV/AIDS em 2005, tivemos como idade média 17,8 anos, a moda de 19 anos e o desvio padrão de 1,4.

No que refere-se a idade da primeira relação sexual, a idade média foi de 14,8 anos, a moda 15 anos e o desvio padrão de 1,9.

A variável tempo de inatividade sexual, obteve a média de 1,9 semanas, a moda 2 semanas e o desvio padrão 0,4.

Quanto a variável tempo que está com o parceiro fixo, calculada em meses, a média foi de 15,4 meses, a moda 12 meses e o desvio padrão igual a 15,1.

No que se refere ao número de parceiros eventuais nos últimos três meses, 3,1 foi a média, 1 parceiro foi a moda e 2,8 o desvio padrão.

Quanto ao tempo (em semanas) em que o adolescente teve alguma DST, a média foi 5,7 semanas, a moda 3 semanas e o desvio padrão 2,5.

No se refere a variável há quanto tempo (em semanas) o adolescente utilizou droga injetável, a média foi de 8 semanas e a moda 8 semanas.

Em relação ao tempo referente a última transfusão sanguínea realizada, a média foi de 12 anos e a moda 12 anos.

Tabela 21: Resultado final da avaliação do preenchimento, por enfermeiro, da ficha Histórico do paciente nos seus aspectos sócio-demográficos, da sexualidade, fatores de risco e diagnóstico final no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2004.

VARIÁVEIS	N	%
SOCIODEMOGRÁFICAS		
PREENCHIMENTO ADEQUADO	34	54.8
PREENCHIMENTO INADEQUADO	28	45.2
TOTAL	62	100.0
SEXUALIDADE		
PARA O SEXO MASCULINO		
PREENCHIMENTO ADEQUADO	0	0.0
PREENCHIMENTO INADEQUADO	23	100.0
TOTAL	23	100.0
PARA O SEXO FEMININO		
PREENCHIMENTO ADEQUADO	0	0.0
PREENCHIMENTO INADEQUADO	37	100.0
TOTAL	37	100.0
FATORES DE RISCO		
PREENCHIMENTO ADEQUADO	0	0.0
PREENCHIMENTO INADEQUADO	62	100.0
TOTAL	62	100.0
DIAGNÓSTICO FINAL		
PREENCHIMENTO ADEQUADO	43	69.4
PREENCHIMENTO INADEQUADO	19	30.6
TOTAL	62	100.0

Quanto ao preenchimento das variáveis sócio-demográficas no ano de 2004, 54,8% (n=34) das fichas tiveram todos os itens referentes a esta característica preenchidos adequadamente e 45,2% (n=28) foram inadequados.

No aspecto relacionado a sexualidade 0% das fichas tiveram os itens preenchidos completamente; 100% foram preenchidas inadequadamente. Este mesmo percentual tivemos para as variáveis referentes aos fatores de risco.

Quanto ao preenchimento da ficha no item diagnóstico final, 69,4% (n=43) das fichas tiveram o preenchimento adequado e 30,6% (n=19) foram inadequados.

Tabela 22: Resultado final da avaliação do preenchimento, por enfermeiro, da ficha Histórico do paciente nos seus aspectos sócio-demográficos, da sexualidade, fatores de risco e diagnóstico final no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2005.

VARIÁVEIS	N	%
SOCIODEMOGRÁFICAS		
PREENCHIMENTO ADEQUADO	62	76.5
PREENCHIMENTO INADEQUADO	19	23.5
TOTAL	81	100.0
SEXUALIDADE		
PARA O SEXO MASCULINO		
PREENCHIMENTO ADEQUADO	0	0.0
PREENCHIMENTO INADEQUADO	31	100.0
TOTAL	31	100.0
PARA O SEXO FEMININO		
PREENCHIMENTO ADEQUADO	0	0.0
PREENCHIMENTO INADEQUADO	49	100.0
TOTAL	49	100.0
FATORES DE RISCO		
PREENCHIMENTO ADEQUADO	0	0.0
PREENCHIMENTO INADEQUADO	81	100.0
TOTAL	81	100.0
DIAGNÓSTICO FINAL		
PREENCHIMENTO ADEQUADO	61	75.3
PREENCHIMENTO INADEQUADO	20	24.7
TOTAL	62	100.0

Quanto ao preenchimento das variáveis sócio-demográficas no ano de 2005, 76,5% (n=62) das fichas tiveram todos os itens referentes a esta característica preenchidos adequadamente e 23,5% (n=19) foram inadequados.

No aspecto relacionado a sexualidade 0% das fichas tiveram os itens preenchidos completamente; 100% foram preenchidas inadequadamente. Este mesmo percentual tivemos para as variáveis referentes aos fatores de risco.

Quanto ao preenchimento da ficha no item diagnóstico final, 75,3% (n=61) das fichas tiveram o preenchimento adequado e 24,7% (n=20) foram inadequados.

Tabela 23: Resultado final da avaliação do preenchimento, por enfermeiro, da ficha Histórico do paciente no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana (Ba), 2004 e 2005.

VARIÁVEIS	N	%
RESULTADO FINAL (ANO DE 2004)		
PREENCHIMENTO ADEQUADO	0	0.0
PREENCHIMENTO INADEQUADO	62	100
TOTAL	62	100.0
RESULTADO FINAL (ANO DE 2005)		
PREENCHIMENTO ADEQUADO	0	0.0
PREENCHIMENTO INADEQUADO	81	100.0
TOTAL	81	100.0

Quanto a avaliação final do preenchimento dos quatro aspectos estudados, tivemos 100% de inadequação no preenchimento das fichas para o ano de 2004 e 2005.

6. DISCUSSÃO DOS DADOS

Esta primeira parte da discussão refere-se às características sócio-demográficas, da sexualidade, fatores de risco para as DST, diagnóstico final dos adolescentes atendidos por enfermeiro no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS da cidade de Feira de Santana nos anos de 2004 e 2005.

Nos dois anos estudados (2004/2005), segundo os registros de enfermagem, observou-se um atendimento maior de adolescentes do sexo feminino. Com relação ao estado civil a maioria dos adolescentes era solteiro. Em relação à escolaridade e ocupação constatou-se no estudo que a maioria dos adolescentes possuíam 1º e 2º graus incompletos; e eram estudantes (tabelas 1 e 2).

Para o ano de 2004, a idade média de iniciação sexual entre os adolescentes foi de 15 anos e em 2005, 14 anos (tabelas 19 e 20). Segundo a BENFAM, a idade média da primeira relação sexual, para os homens, é de 14 anos e para as mulheres 15 anos. O início precoce da vida sexual pode ser considerado um agravante para o comportamento de risco frente ao HIV/AIDS (BRASIL, 1999 b).

No tocante aos aspectos relacionados a sexualidades dos adolescentes atendidos, a maioria destes jovens já haviam tido relação sexual e informaram ser heterossexuais. Estima-se que, a cada ano, um contingente de quatro (04) milhões de jovens tornam-se sexualmente ativos no Brasil (BRASIL 1999 b).

Os resultados indicaram que a maior parte dos adolescentes atendidos apresentavam parceiro fixo, nos últimos três meses.

Entre os adolescentes do sexo feminino, o índice de gravidez foi significativo. Os adolescentes estudados informaram, com uma elevada frequência, o não uso de método contraceptivo, respectivamente, 10 e 11% nos anos de 2004 e 2005. Diversos estudos realizados com adolescentes revelaram que são muitos os fatores que podem levar a uma gravidez na adolescência, dentre eles destacam-se a precocidade da menarca e da iniciação sexual, associado ao desconhecimento e/ou pouco uso de métodos contraceptivos, assim como, mudanças sociais e culturais. Ressalta-se também o desconhecimento dos adolescentes sobre sexualidade e saúde reprodutiva, por falta de orientação da família, escola e profissionais de saúde (PARAGUASSÚ, 2003).

No tocante aos aspectos relacionados aos fatores de risco para DST, os resultados indicaram uma frequência elevada do uso irregular do preservativo, nos anos de 2004 e 2005. Para Villela (2005), apesar do aumento progressivo do uso do condom masculino, e da boa aceitabilidade do condom feminino no Brasil, as taxas de uso consistente ainda estão abaixo do ideal, do ponto de vista quantitativo e qualitativo. Sendo um método masculino, o condom

é mais usado por homens, ficando as mulheres, que têm as maiores prevalências de DST, na dependência de que seu parceiro deseje ou não fazer sexo (seguro ou) protegido. Além da decisão racional de uma ou das duas pessoas envolvidas na relação sobre o uso do preservativo, as diferenças de poder no interior das relações, ao lado de questões afetivas e emocionais são imperiosos obstáculos a seu uso.

Com relação ao uso de droga injetável, os maiores percentuais registrados nas fichas referem-se à resposta negativa. No tocante a transfusão de sangue foram poucos os registros com a resposta positiva e em relação ao contato com parceiro (a) portador (a) de DST, a maioria das respostas foram negativas.

O diagnóstico final mais freqüente entre os adolescentes atendidos no ano de 2004 foi à síndrome do corrimento vaginal, seguido do condiloma acuminado e síndrome do corrimento uretral. Para o ano de 2005, tivemos o condiloma acuminado em primeiro seguido da síndrome do corrimento vaginal, herpes genital e síndrome do corrimento uretral. Estudos epidemiológicos têm demonstrado que a infecção pelo HIV está associada às DST que determinam ulceração genital e conseqüente descontinuidade epitelial, representando uma porta de entrada ao HIV (PASSOS, 2005). Além disso, a presença de uma DST também aumenta a probabilidade de que uma pessoa co-infectada transmita o HIV. Existem diversos estudos que discutem esta interação DST e HIV. Um estudo mostrou que pessoas com DST e infecções do trato reprodutivo não ulcerativas têm um risco aumentado em 3 a 10 vezes de se infectar pelo HIV (FLEMING; WASSERHEIT, 1999). Um outro estudo mostrou que úlceras genitais, em regiões de alta prevalência de HIV, poderia aumentar esse risco em até 18 vezes (SIMONSEN et al, 1988).

Os profissionais de saúde devem estar atento ao diagnóstico das DST e devem lembrar que algumas destas doenças, podem causar sérias complicações à saúde como infecções, infertilidade, aborto, entre outras.

Após avaliação das variáveis referentes às características sócio-demográficas, sexualidade, fatores de risco e diagnóstico final, serão discutidos os aspectos mais relevantes deste trabalho referentes à avaliação do preenchimento adequado, necessário para obtenção de uma boa qualidade da assistência de enfermagem.

Discorrendo sobre o preenchimento dos aspectos sócio-demográficos para o ano de 2004, o resultado ignorado foi mais elevado para a variável ocupação, seguido da escolaridade, estado civil e finalmente o sexo. Este resultado reduziu-se no ano de 2005, entretanto, permaneceu alta a frequência de preenchimento do ignorado. Portanto, neste

aspecto, a variável que teve o melhor desempenho no preenchimento foi o sexo do paciente e a que obteve o pior resultado foi a ocupação nos dois anos estudados.

Constatou-se nos aspectos relacionados à sexualidade para ambos os sexos e anos estudados, que o resultado ignorado foi mais elevado para o uso de métodos anticoncepcionais, seguido da frequência das relações sexuais e início da vida sexual. O item que teve o melhor preenchimento neste aspecto foi à existência de parceiros nos últimos três meses.

Nas variáveis dos aspectos da sexualidade, no sexo feminino, observou-se uma elevada frequência de ignorados no número de gestações, parto e aborto nos registros de 2004 e 2005.

Na análise do preenchimento dos aspectos relacionados aos fatores de risco para as DST, constatou-se que o resultado ignorado foi maior no item apresentar parceiros com DST, do uso de preservativo, seguido do item existência de DST anteriormente, transfusão sanguínea e fazer uso de droga injetável. Para o ano de 2005, o registro ignorado foi maior no item parceiros com DST, seguido do item antecedentes de DST, uso de preservativo, uso de droga injetável e transfusão de sangue. Observou-se uma melhora no preenchimento das fichas do ano de 2005.

Constatou-se no preenchimento do diagnóstico final, frequência elevada do registro ignorado nos dois anos estudados.

Através de uma avaliação global de todas as variáveis dos quatro aspectos estudados, concluímos que os aspectos que obtiveram melhores percentuais de preenchimento adequado nos dois anos foram; os sócio-demográficos e o diagnóstico final. Os aspectos referentes à sexualidade e fatores de risco tiveram 100% de inadequação no preenchimento.

Por fim, ao avaliarmos o resultado final do preenchimento para 2004 e 2005, consideramos 100% inadequado, ou seja, não foi encontrada nenhuma ficha completamente preenchida em todos os aspectos estudados.

Existem diversos fatores que podem estar contribuindo para esta inadequação. Um deles pode estar relacionado à falta de sensibilização ou desconhecimento dos profissionais quanto à importância do registro para a Vigilância às DST. Um outro é o tempo disponibilizado para as consultas e a quantidade de atendimentos. Em um serviço destinado ao atendimento às DST deve ser criado um ambiente acolhedor onde o paciente possa sentir-se confiante para expor seus problemas e suas práticas sexuais, sem que para isto necessite passar por constrangimentos ou discriminação. O enfermeiro que atua neste serviço deverá estar devidamente qualificado para tal, caso contrário consequências negativas poderão

ocorrer, como omissão de informação, reduzir ou aumentar a real gravidade da doença, causando dessa forma angústia desnecessária ou até mesmo desajuste conjugal (PASSOS, 2005).

Um outro fator importante é que o enfermeiro não realiza apenas consulta de DST no serviço, realizam também aconselhamentos coletivos e individuais para HIV, palestras externas, organizam e participam de treinamentos promovidos pela coordenação, além das atividades burocráticas de relatórios, mapas de controle, supervisão da equipe de enfermagem, controle de material necessário para assistência. Ou seja, a superposição de tarefas pode prejudicar a qualidade do atendimento nas consultas de enfermagem.

Deve-se ressaltar, que a avaliação do preenchimento foi rigorosa, ao estabelecer-se como critério de adequação o preenchimento de todas as variáveis contidas na ficha.

Observou-se que houve uma melhora no preenchimento dos dados das fichas, em todos os critérios estudados, no ano de 2005 em relação ao ano de 2004. Entretanto, poderia ter sido feita a comparação entre os anos de 2004 e 2005, calculando-se a significância estatística dos resultados obtidos. Esta análise poderia ampliar a consistência dos resultados.

Verificou-se também que poderia ter sido estudado a Ficha Histórico desde a sua implantação no CRM DST/HIV/AIDS, em 2002, para obtenção de uma série histórica, buscando-se observar uma tendência de melhora ou piora da qualidade do preenchimento. Tal fato explica-se pela impressão inicial de que o volume de fichas de atendimento superaria a capacidade da pesquisadora e das bolsistas para coleta de dados, já que o instrumento de coleta possuía 72 variáveis a serem pesquisadas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu avaliar a qualidade do preenchimento da ficha Histórico do paciente no atendimento de enfermagem a adolescentes no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS, buscando dessa forma, alcançar os objetivos propostos para esta pesquisa. Propiciou também, a oportunidade de uma descrição das características sócio-demográficas, os aspectos relacionados à sexualidade, frequência dos fatores de risco para aquisição de DST/AIDS e diagnóstico final dos adolescentes atendidos pelos enfermeiros no CRM DST/HIV/AIDS em Feira de Santana, nos anos de 2004 e 2005.

Os resultados apresentados evidenciaram a alta frequência de inadequação do preenchimento. Vale ressaltar que não significa que as perguntas não foram feitas no momento da consulta, mas o que podemos afirmar é que não estavam registradas, o que prejudica a qualidade da assistência prestada ao adolescente e o fluxo da informação no Serviço de DST do CRM DST/HIV/AIDS.

O melhor resultado encontrado quanto ao preenchimento foi no aspecto referente às variáveis sócio-demográficas e diagnóstico final. E o pior preenchimento foi referente às variáveis sexualidade e fatores de risco, que consideramos fundamentais na abordagem das DST. O conhecimento destes dados gera informações para o planejamento de ações de controle destas doenças.

Falhas decorrentes da inadequação no preenchimento podem estar associadas a uma inadequação da própria ficha Histórico do paciente. Esta apresenta diversos aspectos de formatação inadequados e as fichas são utilizadas para ambos os sexos.

Diante dos resultados apresentados nesta pesquisa recomendam-se algumas sugestões visando melhoria da qualidade do preenchimento da ficha Histórico e conseqüentemente melhoria do serviço.

Sugere-se a reformatação da ficha para facilitar o preenchimento, bem como a elaboração de uma ficha para o sexo masculino (Apêndice C) e outra para o sexo feminino (Apêndice D), respeitando-se as diferenças entre os sexos.

Para melhoria do preenchimento da ficha que é um fator que influencia na qualidade, sugerimos treinamento da equipe, especificamente os enfermeiros, buscando o esclarecimento da importância deste preenchimento adequado, fonte de informação indispensável à vigilância das DST e para a produção de informação necessária ao processo de planejamento das ações do Programa Municipal de DST/HIV/AIDS, no sentido da definição de estratégias, mobilização, alocação de recursos, e direcionamento das intervenções de controle.

Sabe-se que a busca constante pela qualidade dos serviços deve constituir-se em um objetivo, para tal, a sensibilização dos profissionais e o comprometimento com a qualidade

são imprescindíveis para a manutenção do processo. A elaboração de estratégias voltadas para este foco facilitará o desenvolvimento de sua implementação.

Vale ressaltar a riqueza de dados da ficha Histórico, que permite construir o perfil da clientela e com isso, a elaboração de estratégias de assistência e acompanhamento dos pacientes.

Espera-se que este estudo venha contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento prestado às pessoas portadoras de DST no Serviço de Referência estudado.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, JM; ANDER-EGG, E., 1995. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Ed. Vozes. Petrópolis, 312 p.

AKERMAN, M; NADANOVSKY, P. **Avaliação dos Serviços de Saúde – Avaliar o quê?** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 8 (4): 361-365, out/dez, 1992.

ALMEIDA, MDR. **Organização e avaliação da comunidade do Distrito de Bonfim de Feira através do PACS**. Feira de Santana, 1997. 51 p. (Digitado).

ARAÚJO, DAG. **Sexo e AIDS: o pensar e o agir dos adolescentes de uma escola pública estadual do município de Feira de Santana – Ba**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS, Feira de Santana, 2001.

AYRES, JRC. **Vulnerabilidade e Avaliação de Ações Preventivas**. Editora eletrônica casa de Edição, SP 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: resolução 196/96**, do Conselho Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1999 a. 142 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de Atenção à Saúde do Adolescente. **Cadernos – Juventude, Saúde e Desenvolvimento**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999 b. 300 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Brasileiro de DST e Aids**. 1 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000 a.

BRASIL, Ministério da Saúde – CEBRAP. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000 b. Disponível em <http://www.aids.gov.br>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência a Saúde**. 2003. Disponível em - 2003. www.aids.gov.br/assistência.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002**. Disponível no site: www.aids.gov.br/incentivo/manual/noas_2002.doc. Capturado em 02/06/04.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**, ano II, nº 01; 01ª a 26ª semanas epidemiológicas. Janeiro à junho de 2005, ISSN 1517 1159, lançado em Dezembro de 2005 a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 b. 114 p.

CARVALHO, MSMV; TONET, HC. Qualidade na administração pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 137-52, abr./jul. 1994.

COSTA, MCO; SOUZA, RP et al. **Adolescência**: aspectos clínicos e psicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DATASUS. Ministério da Saúde. **População Residente – Bahia**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cgl.exe?ibge/cnv/poba.det>. Acesso em: 3 set. 2004.

DIAGNÓSTICO DO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA. **Série Desenvolvimento Regional 90**.1998. v. 2, 289 p.

DONABEDIAN, A. **Evaluación de la calidad de la atención médica**. In: White KL, editor. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 382-404. (Publicacion Científica 534).

DONABEDIAN, A. The definition of quality: A conceptual exploration. In: **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**, 1980, vol. I, pp. 3-31, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.

FEIJÓ, RB; OLIVEIRA, EA. Comportamento de risco na adolescência. **Jornal de pediatria**, 2001; 77 (2): 125-134.

FERNANDES, MCFL. **Indicadores de qualidade no gerenciamento do cuidado em enfermagem**. 89 p., 2002. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Bahia – Salvador.

FLEMING, DT; WASSERHEIT, JN. **From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection**. Sex Transm Infect. 1999 Feb;75(1):3-17.

FREIRE, CB; ASSIS, MMA; AGUIAR, MGG. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) indicadores de Vigilância à Saúde em crianças de 0 a 2 anos, Feira de Santana, BA, 1999. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, Feira de Santana, 2002; 1 (1): 113-120.

GUTMAN, L. **Gonococcal diseases in infants and children**. In: Holmes et al., eds. Sexually transmitted diseases. New York: McGraw-Hill Inc, 1999: 1146,Table 82-1.

HORNBROOK, MC. **Techniques for assessing hospital case mix**. Annual Review of Public Health, 1985; 6:295-324.

ISHIKAWA, K. **Controle de qualidade total à maneira japonesa**. Rio de Janeiro: campus, 1993.

LEDLIE, SW. The psychosocial issues of children with perinatally acquired HIV disease becoming adolescents: A growing challenge for providers. **AIDS Patient Care and STDs**, 2001, 15, 231-236.

MEFP/IPEA. **Crítérios para geração de indicadores da qualidade e produtividade no serviço público**. Brasília: Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade, 1991, 15p.

MENDES, EV (Org). **Distrito Sanitário**. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

MIALKY, E; VAGNONI, J; RUTSTEIN, R. School-age children with perinatally acquired HIV infection: Medical and psychosocial issues in a Philadelphia cohort. **AIDS Patient Care and STDs**, 2001, 15, 575-579.

MORAES, VO et al. Doenças sexualmente transmissíveis e abuso de substâncias psicoativas na adolescência. **Jornal de pediatria**, 2001; 77 (2): 190-204.

NEMES, MIB; CASTANHEIRA, ERL; MELCHIOR, R et al. **Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil**. Cad. Saúde Pública, 2004, vol.20 supl.2, p.310-321. ISSN 0102-311X.

NOVAES, HM. Será que os hospitais latino-americanos e do Caribe já estão em fase de re-engenharia. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo, v. 1, n. 4, p. 3, jun. 1999.

NUNES, CLX. Aspectos bioéticos relacionados à infecção pelo HIV em um grupo de mulheres em Salvador – Bahia. **Revista baiana de Saúde Pública**, 2004; 28 (2): 180-190.

PARAGUASSÚ, ALCB. **Maternidade na adolescência**: aspectos sócio demográficos e de saúde reprodutiva pré e pós gestacional. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Ba; 2003.100 p.

PASSOS, MRL. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1995. 552 p.

PASSOS, MRL (Org). **Deesetologia, DST 5**. 5. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005. 1104 p.; il.

PEREIRA, MG. **Epidemiologia teoria e prática**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. 596 p.

POLIT, FD; HUNGLER, PB. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

REIS, EJFB; SANTOS, FP; CAMPOS, FE *et al*. **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas**. Cad. Saúde Pública, 1990, vol.6, no.1, p.50-61. ISSN 0102-311X.

RODRIGUEZ, MDM; OBASI, A; MOSHA, F; TODD, J; BROWN, D; CHANGALUCHA, J; MABEY, D; ROSS, D; GROSSKURTH, H; HAYES, R. **Herpes simplex vírus type 2 infection increses HIV incidence: a prospective study in rural Tanzânia**. AIDS, 2002; 16:451-462.

ROSSI, PH; FREEMAN, HE; LIPSEY, MW. **Evaluation: a systematic approach**. Sage Publications, Thousand Oaks, 1999, 500 p.

SEGUNDA DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE. **Vigilância Epidemiológica**. Feira de Santana. 2003.

SILVA, LV; FORMIGLI, VLA. **Avaliação em saúde: limites e perspectivas**. Cad. Saúde Pública, jan./mar. 1994, vol.10, no.1, p.80-91. ISSN 0102-311X.

SIMONSEN, JN; CAMERON, DW; GAKINYA, MN *et al*: **Human immunodeficiency virus infection among men with STD**. N Engl J Méd, 319: 274-78, 1988.

SONIS, A e cols. **Atención de la Salud. Parte II**, cap. 4, Editorial "El Ateneo". Buenos Aires, 1984.

SOUTO, MC. **Projeto AIDS II: implementação das ações de prevenção do HIV/AIDS no estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.169 p.

SOUZA, MM *et al*. A abordagem de adolescentes em grupos: o contexto da educação em saúde e prevenção de DST. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 2004. 16 (2):18-21.

SOUZA, RP. **O adolescente do terceiro milênio**. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1999.

SPSS INC. SPSS Base 9.0 – **Applications Guide**. Chicago, EUA; 1991.

SUPLICY, M. **Sexo se aprende na escola**. São Paulo: Olho d' Água, 1995.

TRAVELBEE, J. **Intervencion em enfermiera psquiatica: el processo de la relación de persona a persona**. Cali (CO): Carvajal; 1979.

VILLELA, WV. Saúde sexual e saúde reprodutiva como direitos humanos. In: PASSOS, MRL (Org). **Deesetologia, DST 5**. 5. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005. 1104 p.; il.

VUORI, H. **A qualidade da saúde**. Londrina, divulgação em Saúde para Debate, Cadernos de Ciência e Tecnologia Nº 1, CEBES, 1991: 17-25.

VUORI, H. **Quality Assurance of Health Services. Concepts and Methodology**. Copenhagen: WHO, Regional office for Europe, 1982.

VUORI, H. Research needs in quality assurance. **Quality Assurance in Health Care**, 1: 147-159. 1989.

WHO - Sexually Transmitted and Other reproductive tract infections. **A guide to essential practice**. 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Ficha de Coleta de Dados

Universidade estadual de feira de Santana

Departamento de saúde

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – PPGSC

Tema da pesquisa: “Avaliação da qualidade do atendimento de enfermagem a adolescentes no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS em Feira de Santana”

ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:

Idade: _____	Sexo: F () M ()
Estado civil: () solteiro(a) () divorciado(a)/separado(a) () casado(a)/concubinato(a) () viúvo(a)	
Escolaridade: () não alfabetizado () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo () 3º grau incompleto () 3º grau completo	ocupação _____

ASPECTOS REFERENTES À SEXUALIDADE

Idade da 1ª relação sexual: _____	Tem relações sexuais: () sim () não () inativo há _____
Frequência das relações sexuais: () diariamente () semanalmente () mensalmente	
Como se define sexualmente: () heterossexual () homossexual () bissexual () não se adequa	
Parceiros nos últimos três meses: () não tem () fixo há _____ () eventual	quantos: _____
Está grávida: () sim () não () gravidez _____ () pariu _____ () abortou _____	
Método anticoncepcional: () calendário () pílula () preservativo () DIU () nenhum () outros _____	
Teve algum parto ou aborto nos últimos 40 dias? () sim () não () não sabe	

FATORES DE RISCO

Faz uso de preservativos: () sempre () às vezes () não usa () não se adequa	
Tem alguma DST: () sim () não	Qual? _____ Quando? _____
Usuário de droga injetável: () sim () não	Quando? _____
Transusão de sangue: () sim () não	Quando? _____
Parceiro (a) com DST: () não () não sabe () sim	Qual? _____ Foi tratado: () sim () não

DIAGNÓSTICO

Sinais e sintomas:
Para o sexo masculino: () corrimento uretral () verrugas () úlcera genital () ardência miccional () lesões acetobranças () gânglios () prurido uretral () vesículas genitais () lesões extragenitais () outros _____
Para o sexo feminino: () corrimento vaginal () verrugas () úlcera genital () dor pélvica () ardência vulvar/prurido () lesões acetobranças () gânglios () dor à relação () vesículas genitais () hemorragia () mucopuscervical () outros _____

DIAGNÓSTICO COMPLEMENTAR

Achados dos exames diretos () diplococos gram negativos intracelulares () mais de 5 piócitos por campo () bacilos gram negativos () treponema palidum () clamidia trachomatis () trichomonas vaginalis () “clue cells” () leveduras () células gigantes (tzanck) () corpúsculos de donovan () pH () outros _____
Cultura () gonococo () ureaplasma urealyticum () mycoplasma homin () outros _____
Sorologia/Elisa/IF () VDRL: título: _____ () anti-HIV I e II () TPHA/MHATp () FTA-ABS () Elisa clamídia () Imunofluorescência clamídia () AgHbs () outra _____
Diagnóstico final () infecção gonocócica () cancro mole () infecção latente por HPV () infecção por clamídia () donovanose () infecção por micoplasma urogenitais () sífilis recente 1ª () sífilis recente 2ª () sífilis latente () sífilis tardia () sífilis indeterminada () tricomoníase () herpes genital () Síndrome da úlcera genital feminina () síndrome do corrimento uretral () síndrome do corrimento cervical () candidíase () Síndrome da úlcera genital masculina () HPV/condiloma acuminado () infecção subclínica HPV () linfogranuloma venéreo () vaginose bacteriana () síndrome do desconforto ou dor pélvica () síndrome do corrimento vaginal

APÊNDICE B – Solicitação de Autorização Para Realização da Pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Feira de Santana, 22 de novembro de 2005

De: Caroline Barreto Freire
Aluna mestrado de Saúde Coletiva

Para: Dr. Valterney de Oliveira Moraes
Coordenador do Programa Municipal DST/HIV/AIDS

Estamos encaminhando o Projeto de Pesquisa “Avaliação da qualidade do atendimento de enfermagem a adolescentes no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS em Feira de Santana” relacionado a uma das linhas de pesquisa do mestrado de saúde coletiva. Este projeto tem com objetivo geral avaliar a qualidade técnico-científica do atendimento de enfermagem a adolescentes portadores de DST no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS a fim de subsidiar ações e intervenções no município.

As informações serão coletadas em dados secundários e mantidas em sigilo e os resultados estarão disponíveis em relatórios que permitirão aos pesquisadores e comunidade a análise da realidade e ações de prevenção.

Para tanto, solicito de VS^a autorização para realização desta pesquisa nesta Unidade de Saúde.

Colocando-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Caroline Barreto Freire
Universidade Estadual de Feira de Santana – Núcleo de Estudos e Pesquisas na
Infância e Adolescência
Telefone: (75) 3226-1839
E-mail: carolinebfreire@ig.com.br


Caroline Barreto Freire


Dr. Valterney de Oliveira Moraes
Coordenador do Programa DST / AIDS
25/11/05

de droga injetável _____

6. Prole menor que 5 anos

sim Quantos: _____ não

7. Queixa atual

Data do início dos sintomas: _____

Sinais e sintomas:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> corrimento uretral | <input type="checkbox"/> lesões acetobranças | <input type="checkbox"/> lesões extragenitais |
| <input type="checkbox"/> ardência miccional | <input type="checkbox"/> vesículas genitais | <input type="checkbox"/> outros _____ |
| <input type="checkbox"/> prurido uretral | <input type="checkbox"/> úlcera genital | |
| <input type="checkbox"/> verrugas | <input type="checkbox"/> gânglios | |

Usou medicamentos: sim não ignorado

Quem indicou: médico balconista da farmácia outra pessoa ignorado

8. Dados de laboratório

Exame direto

- | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> a fresco | <input type="checkbox"/> campo escuro | <input type="checkbox"/> citologia oncótica | Teste do pH |
| <input type="checkbox"/> gram | <input type="checkbox"/> citologia (giemsa) | <input type="checkbox"/> teste de amina | <input type="checkbox"/> outro: _____ |

Achados dos exames diretos

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> diplococos gram negativos intracelulares | <input type="checkbox"/> mais de 5 piócitos por campo |
| <input type="checkbox"/> bacilos gram negativos | <input type="checkbox"/> treponema palidum |
| <input type="checkbox"/> clamídia trachomatis | <input type="checkbox"/> trichomonas vaginalis |
| <input type="checkbox"/> "clue cells" | <input type="checkbox"/> leveduras |
| <input type="checkbox"/> células gigantes (tzanck) | <input type="checkbox"/> corpúsculos de donovan |
| <input type="checkbox"/> pH | <input type="checkbox"/> outros _____ |

Cultura

- gonococo ureaplasma urealyticum mycoplasma homin outros _____

Sorologia/Elisa/IF

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> VDRL: título: _____ | <input type="checkbox"/> anti-HIV I | <input type="checkbox"/> anti-HIV II |
| <input type="checkbox"/> TPHA/MHATp | <input type="checkbox"/> FTA-ABS | <input type="checkbox"/> Elisa clamídia |
| <input type="checkbox"/> Imunoflorescência clamídia | <input type="checkbox"/> AgHbs | <input type="checkbox"/> outra _____ |

9. Diagnóstico final

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> infecção gonocócica | <input type="checkbox"/> cancro mole |
| <input type="checkbox"/> infecção latente por HPV | <input type="checkbox"/> infecção por clamídia |
| <input type="checkbox"/> donovanose | <input type="checkbox"/> infecção por micoplasma urogenitais |

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> sífilis recente 1ª | <input type="checkbox"/> sífilis recente 2ª |
| <input type="checkbox"/> sífilis latente | <input type="checkbox"/> candidíase |
| <input type="checkbox"/> sífilis tardia | <input type="checkbox"/> Síndrome da úlcera genital masculina |
| <input type="checkbox"/> sífilis indeterminada | <input type="checkbox"/> HPV/condiloma acuminado |
| <input type="checkbox"/> tricomoníase | <input type="checkbox"/> infecção subclínica HPV |
| <input type="checkbox"/> herpes genital | <input type="checkbox"/> linfogranuloma venéreo |
| <input type="checkbox"/> síndrome do corrimento uretral | <input type="checkbox"/> síndrome do desconforto ou dor pélvica |

10. Origem do encaminhamento:

Responsável:

Data: _____

APÊNDICE D – Proposta da Ficha Histórico do Paciente Para o Sexo Feminino
Histórico do paciente (Sexo feminino)

Registro: _____

1. Identificação

Nome: _____			
Idade: _____		Telefone: _____	
Responsável: _____			
Profissão/Ocupação: _____			
Endereço: _____			
Ponto de referência: _____			
Estado civil: () solteiro(a) () divorciado(a)/separado(a) () casado(a)/concubinato(a) () viúvo(a)			
Escolaridade: () não alfabetizado () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo () 3º grau incompleto () 3º grau completo			

2. Motivo da consulta

3. ASPECTOS REFERENTES À SEXUALIDADE

Idade da 1ª relação sexual: _____			
Tem relações sexuais: () sim () não () inativo há _____			
Freqüência das relações sexuais: () diariamente () semanalmente () mensalmente			
Como se define sexualmente: () heterossexual () homossexual () bissexual () não se adequa			
Parceiros nos últimos três meses: () não tem () fixo há _____ () eventual quantos: _____			
Está grávida: () sim () não () gravidez _____ () pariu _____ () abortou _____			
Método anticoncepcional: () calendário () pílula () preservativo () DIU () nenhum () outros _____			
Teve algum parto ou aborto nos últimos 40 dias? () sim () não () não sabe			

4. FATORES DE RISCO

Faz uso de preservativo: () sempre () às vezes () não usa () não se adequa			
Teve alguma DST: () sim () não		Qual? _____	Quando? _____
Fez tratamento? () sim () não		Qual? _____	
Usuário de droga injetável: () sim () não		Quando? _____	
Partilha seringa: () sim () não			
Pais soropositivos: () sim () não		Quando? _____	
Transusão de sangue: () sim () não		Quando? _____	
Acidente com pérfuro-cortante: () sim () não		Quando? _____	

5. Parceria

Parceiro(a) com DST: () sim Qual? _____ () não () não sabe			
---	--	--	--

Foi convocado(a):	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	Foi tratado(a):	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não
Parceiro(a) usuário(a) de droga injetável	<input type="checkbox"/> sim	Qual? _____	Quando? _____	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não sabe

6. Prole menor que 5 anos

<input type="checkbox"/> sim	Quantos: _____	<input type="checkbox"/> não
------------------------------	-----------------------	------------------------------

7. Queixa atual

Data do início dos sintomas: _____

Sinais e sintomas:

<input type="checkbox"/> corrimento vaginal	<input type="checkbox"/> verrugas	<input type="checkbox"/> úlcera genital
<input type="checkbox"/> dor pélvica	<input type="checkbox"/> ardência vulvar/prurido	<input type="checkbox"/> lesões acetobranças
<input type="checkbox"/> gânglios	<input type="checkbox"/> dor à relação	<input type="checkbox"/> vesículas genitais
<input type="checkbox"/> hemorragia	<input type="checkbox"/> mucopuscervical	<input type="checkbox"/> _____ outros

Usou medicamentos: sim não

Alergia a medicamentos: sim não

Quem indicou: médico balconista da farmácia outra pessoa

8. Dados de laboratório

Exame direto

<input type="checkbox"/> a fresco	<input type="checkbox"/> campo escuro	<input type="checkbox"/> citologia oncótica	Teste do pH
<input type="checkbox"/> gram	<input type="checkbox"/> citologia (giemsa)	<input type="checkbox"/> teste de amina	<input type="checkbox"/> outro: _____

Achados dos exames diretos

<input type="checkbox"/> diplococos gram negativos intracelulares	<input type="checkbox"/> mais de 5 piócitos por campo
<input type="checkbox"/> bacilos gram negativos	<input type="checkbox"/> treponema palidum
<input type="checkbox"/> clamídia trachomatis	<input type="checkbox"/> trichomonas vaginalis
<input type="checkbox"/> "clue cells"	<input type="checkbox"/> leveduras
<input type="checkbox"/> células gigantes (tzanck)	<input type="checkbox"/> corpúsculos de donovan
<input type="checkbox"/> pH	<input type="checkbox"/> outros _____

Cultura

gonococo ureaplasma urealyticum mycoplasma homin outros _____

Sorologia/Elisa/IF

<input type="checkbox"/> VDRL: título: _____	<input type="checkbox"/> anti-HIV I	<input type="checkbox"/> anti-HIV II
<input type="checkbox"/> TPHA/MHATp	<input type="checkbox"/> FTA-ABS	<input type="checkbox"/> Elisa clamídia
<input type="checkbox"/> Imunofluorescência clamídia	<input type="checkbox"/> AgHbs	<input type="checkbox"/> outra _____

9. Diagnóstico final

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> infecção gonocócica | <input type="checkbox"/> cancro mole |
| <input type="checkbox"/> infecção latente por HPV | <input type="checkbox"/> infecção por clamídia |
| <input type="checkbox"/> donovanose | <input type="checkbox"/> infecção por micoplasma urogenitais |
| <input type="checkbox"/> sífilis recente 1ª | <input type="checkbox"/> sífilis recente 2ª |
| <input type="checkbox"/> sífilis latente | <input type="checkbox"/> candidíase |
| <input type="checkbox"/> sífilis tardia | <input type="checkbox"/> Síndrome da úlcera genital masculina |
| <input type="checkbox"/> sífilis indeterminada | <input type="checkbox"/> HPV/condiloma acuminado |
| <input type="checkbox"/> tricomoníase | <input type="checkbox"/> infecção subclínica HPV |
| <input type="checkbox"/> herpes genital | <input type="checkbox"/> linfogranuloma venéreo |
| <input type="checkbox"/> Síndrome da úlcera genital feminina | <input type="checkbox"/> vaginose bacteriana |
| <input type="checkbox"/> síndrome do corrimento uretral | <input type="checkbox"/> síndrome do desconforto ou dor pélvica |
| <input type="checkbox"/> síndrome do corrimento cervical | <input type="checkbox"/> síndrome do corrimento vaginal |

10. Origem do encaminhamento:

Responsável:

Data: _____

ANEXO A



Secretaria Municipal de Saúde

COORDENAÇÃO MUNICIPAL DST / HIV / AIDS

HISTÓRICO DO PACIENTE

REGISTRO:

1-IDENTIFICAÇÃO

Nome _____ Idade _____
 Sexo _____ Telefone _____
 Responsável _____ Profissão/Ocupação _____
 Endereço _____
 Ponto de Referência _____

Estado Civil Solteiro (a) Divorciado(a)/Separado(a)
 Casado(a)/Concubinato(a) Viúvo(a)

ESCOLARIDADE Não Alfabetizado 2º Grau Incompleto 3º Grau Incompleto
 1º Grau Incompleto 2º Grau Completo 3º Completo
 1º Grau Completo

2-MOTIVO DA CONSULTA _____

3-CONTEXTO SEXUAL

A. Idade da 1ª Relação Sexual: _____

B. Tem Relações Sexuais:
 Sim Não Inativo há _____

C. Frequência das Relações Sexuais: _____

D. Como se define sexualmente: Heterossexual Homossexual
 Bissexual Não se adequa

E. Parceiros nos últimos 3 meses
 Não tem Fixo há _____ Eventual. Quantos? _____ Anteriores _____

4-HISTÓRIA DE RISCO

Faz uso de preservativo Sempre Às vezes Não usa Não se adequa
Última situação de risco Quando? _____ Qual? _____
 Quando? _____ Qual? _____
D.S.T. Não Sim Qual? _____ Quando? _____
Fez tratamento Sim Não Qual? _____

Usuário de droga injetável Não Sim Quando? _____
 Partilha Seringa Sim Não
 Pais Soropositivos Não Sim Não Sabe
 Transfusão de sangue Não Sim Quando? _____
 Acidente com perfuro-cortante Não Sim Quando? _____
 Alergia a medicamentos: Não Sim Qual? _____

5-PARceria

A. História de Parceiro(a) com DST Não Não sabe
 Sim Qual? _____

B. Foi convocado? Sim Não

C. Foi tratado? Sim Não

D. Parceiro(a) usuário(a) de droga injetável Não Não sabe
 Sim Qual? _____ Quando? _____

6- PROLE (MENOR DE 05 ANOS) Sim Quantos? _____ Não

7-ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO: _____

_____ DATA ____/____/____
 RESPONSÁVEL

8- QUEIXA ATUAL: DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS _____

• PARA O SEXO MASCULINO:

<input type="checkbox"/> Corrimento Uretral	<input type="checkbox"/> Úlcera Genital	<input type="checkbox"/> Vesículas Genitais
<input type="checkbox"/> Verrugas	<input type="checkbox"/> Gânglios	<input type="checkbox"/> Lesões Extra Genitais
<input type="checkbox"/> Ardência Miccional	<input type="checkbox"/> Prurido Uretral	<input type="checkbox"/> Assintomático
<input type="checkbox"/> Lesões Aceto Brancas	<input type="checkbox"/> Outros _____	

Usou medicamento para o problema atual?

Sim Não Ignorado

Quem indicou?

Médico Outra pessoa
 Balconista de Farmácia Ignorado

• PARA O SEXO FEMININO:

DATA DO INÍCIO DOS SINTOMAS _____

<input type="checkbox"/> Corrimento Vaginal	<input type="checkbox"/> Vesículas Genitais	<input type="checkbox"/> Dor Pélvica
<input type="checkbox"/> Verrugas	<input type="checkbox"/> Dispareunia	<input type="checkbox"/> Hemorragia

- Prurido/Ardência vulvar Úlcera genital Gânglios
 Assintomático Lesões Aceto Brancas
 Mucopuscervical Outros _____

Usou medicamentos?

- Sim Não Ignorado

Quem indicou?

- Médico Outra pessoa
 Balconista de Farmácia Ignorado

Data da última menstruação? _____

Está Grávida? Sim Não Gravidez _____ Pariu _____ Abortou _____

Método Anticoncepcional

- Calendário Pílula Preservativo Diu Nenhum Outros _____

Teve algum parto ou aborto nos últimos 40 dias?

- Sim Não Não sabe

DADOS DE LABORATÓRIO

EXAME DIRETO:

<input type="checkbox"/> A FRESCO GRAM	<input type="checkbox"/> CAMPO ESCURO CITOLOGIA (GIEMSA)	<input type="checkbox"/> CITOLOGIA ONCÓTICA TESTE DE AMINA	<input type="checkbox"/> TESTE DO PH OUTRO: _____
---	---	---	--

ACHADOS DOS EXAMES DIRETOS:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> DIPLOCOCOS GRAM NEGATIVOS INTRACELULARES | <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis | <input type="checkbox"/> CÉLULAS GIGANTES (TZANCK) |
| <input type="checkbox"/> MAIS DE 5 PIÓCITOS POR CAMPO | <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis | <input type="checkbox"/> CORPÚSCULOS DE DONOVAN |
| <input type="checkbox"/> BACILOS GRAM NEGATIVOS (SUGESTIVOS DE Heamophilus ducreyl) | <input type="checkbox"/> "CLUE CELLS" | <input type="checkbox"/> pH |
| <input type="checkbox"/> Treponema pallidum | <input type="checkbox"/> LEVEDURAS | <input type="checkbox"/> OUTRO: _____ |

CULTURA:

<input type="checkbox"/> GONOCOCCO	<input type="checkbox"/> Ureaplasma Urealyticum	<input type="checkbox"/> Mycoplasma hominis	<input type="checkbox"/> OUTRO: _____
------------------------------------	---	---	---------------------------------------

SOROLOGIA/ELISA/IF:

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> VDRL: Título | <input type="checkbox"/> FTA - ABS | <input type="checkbox"/> OUTRA: _____ |
| <input type="checkbox"/> ANTI - HIV I | <input type="checkbox"/> ELISA CLAMÍDIA | <input type="checkbox"/> OUTRA: _____ |
| <input type="checkbox"/> ANTI - HIV II | <input type="checkbox"/> IMUNOFLORESCÊNCIA CLAMÍDIA | |
| <input type="checkbox"/> TPHA/MHATp | <input type="checkbox"/> AgHBS | |

DIAGNÓSTICO FINAL:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> INFECÇÃO GONOCÓCICA | <input type="checkbox"/> SÍFILIS LATENTE |
| <input type="checkbox"/> CANCRO MOLE | <input type="checkbox"/> CANDIDÍASE |
| <input type="checkbox"/> INFECÇÃO LATENTE HPV <input type="checkbox"/> DST NÃO ESPECIFICADA | <input type="checkbox"/> SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL MASCULINA |
| <input type="checkbox"/> INFECÇÃO POR CLAMÍDIA | <input type="checkbox"/> SÍFILIS TARDIA |
| <input type="checkbox"/> DONOVANOSE | <input type="checkbox"/> HPV/CONDILOMA ACUMINADO |
| <input type="checkbox"/> INFECÇÃO POR MICOPLASMA UROGENITAIS | <input type="checkbox"/> INFECÇÃO SUB-CLÍNICA HPV |
| <input type="checkbox"/> SÍFILIS RECENTE 1* | <input type="checkbox"/> SÍFILIS INDETERMINADA |
| <input type="checkbox"/> TRICOMONÍASE | <input type="checkbox"/> LINFOGRANULOMA VENÉREO |
| <input type="checkbox"/> SÍFILIS RECENTE 2* | <input type="checkbox"/> SÍFILIS CONGÊNITA |
| <input type="checkbox"/> HERPES GENITAL | <input type="checkbox"/> VAGINOSE BACTERIANA |
| <input type="checkbox"/> SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL FEMININA | <input type="checkbox"/> SÍNDROME DE DESCONFORTO OU DOR PÉLVICA |
| <input type="checkbox"/> SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL | <input type="checkbox"/> SÍNDROME DO CORRIMENTO VAGINAL |
| <input type="checkbox"/> SÍNDROME DO CORRIMENTO CERVICAL | |
| <input type="checkbox"/> OUTRA: _____ | |

RESPONSÁVEL: _____

DATA: / /

ANEXO C



Secretaria Municipal de Saúde
COORDENAÇÃO MUNICIPAL DST / HIV / AIDS

Feira de Santana, 12 de dezembro de 2005.

Ilm.^a

Caroline Barreto Freire

Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS

DECLARAÇÃO

Declaro que a aluna **Caroline Barreto Freire**, estudante do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, está autorizada a realizar o trabalho de pesquisa intitulado: “Avaliação da qualidade do atendimento de Enfermagem a Adolescentes no Centro de Referência Municipal DST/HIV/AIDS de Feira de Santana”.


Dr. Valter de Oliveira Morais
Coordenador do Programa Municipal DST/HIV/AIDS