

Consulta de Enfermagem à mulher: perspectivas sobre sua aplicabilidade
Nursing Consultation for women: perspectives on its applicability
Consulta de Enfermería para las mujeres: perspectivas sobre su aplicabilidad

Jéssica Heinrich Schneider¹

Márcia Maria Ribera Lopes Spessoto²

RESUMO

A consulta de enfermagem à mulher constitui-se como importante instrumento na avaliação das condições de saúde, bem como respalda as ações do enfermeiro. O objetivo geral deste estudo foi conhecer as facilidades e dificuldades encontradas pelo enfermeiro para a realização da consulta de enfermagem à mulher. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa. Foram entrevistados 7 enfermeiros que atuam nas Equipes de Saúde da Família (ESF) no município de Dourados/MS. A coleta de dados foi realizada mediante entrevistas que foram gravadas e posteriormente transcritas. A análise dos dados teve por base a análise de conteúdo. A pesquisa foi aprovada pelo Parecer N. 136.826/2012- Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, e também aprovada pela Secretaria Municipal de Saude de Dourados -MS. Para a realização das entrevistas os enfermeiros foram esclarecidos sobre o teor do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A maioria dos enfermeiros relatam facilidades no embasamento teórico prático. Entre as dificuldades citadas há destaque para a estrutura física das unidades. No entanto alguns enfermeiros desconhecem o que seja a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Estes dados apontam necessidade de maior discussão a respeito da utilização do processo de enfermagem para a realização da consulta de enfermagem.

Palavras-Chave: Consulta de Enfermagem; Mulher; Sistematização da assistência.

ABSTRACT

Nursing consultation to women constitutes an important tool in the evaluation of health conditions, as well as supports the actions of the nurse. The aim of this study is to know the advantages and difficulties encountered by the nurse to the consultation to nursing women. This is an exploratory, descriptive, qualitative approach. We interviewed seven nurses working in Family Health Teams (FHT) in Dourados / MS. Data collection was conducted through interviews that were recorded and later transcribed. Data analysis will be based on content analysis. The study was approved by Opinion No. 136.826/2012- Federal University of Mato Grosso do Sul, and also approved by the Municipal Health. For the interview nurses were informed about the content of the study and signed an informed consent form. Most nurses reported theoretical grounding in practical facilities. Among the difficulties mentioned there highlighting the physical structure of the units. However some nurses do not know what is the systematization Nursing Care. These data indicate the need for further discussion about the use of the nursing process to perform the nursing consultation.

Descriptors: Nursing Consultation; Women; Assistance Systematization

RESUMEN

Consulta de enfermería a la mujer constituye una herramienta importante en la evaluación de las condiciones de salud, como también a soportar las acciones de la

¹Estudante do Curso de Enfermagem da UEMS, Unidade Universitária de Dourados; Email: jessica.heinrich@hotmail.com, **Participante do Programa de Iniciação Científica Bolsista - UEMS.**

²Orientadora Professora Mestre do Curso de Enfermagem da UEMS, Unidade Universitária de Dourados; Email: marciam@uems.br

[Digite texto]

enfermera. El objetivo de este estudio es conocer las ventajas y las dificultades encontradas por la enfermera de la consulta a las mujeres lactantes. Se trata de un enfoque exploratorio, descriptivo y cualitativo. Entrevistamos a siete enfermeras que trabajan en los Equipos de Salud Familiar (ESF) en Dourados / MS. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas que fueron grabadas y posteriormente transcritas. El análisis de datos se basará en el análisis de contenido. El estudio fue aprobado por el Dictamen N ° Universidad Federal 136.826/2012- de Mato Grosso do Sul, y aprobado por la Salud Municipal. Para la entrevista enfermeras fueron informados sobre el contenido del estudio y firmaron un consentimiento informado. La mayoría de las enfermeras informaron de base teórica en las instalaciones de prácticas. Entre las dificultades mencionadas allí destacando la estructura física de las unidades. Sin embargo, algunas enfermeras no saben lo que es el cuidado de enfermería sistematización. Estos datos indican la necesidad de una mayor discusión sobre el uso del proceso de enfermería para realizar la consulta de enfermería

Descriptor: Consulta de Enfermería; Mujer; sistematización de la asistencia.

1. INTRODUÇÃO

A história da saúde da mulher no Brasil se iniciou com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi criado pelo Ministério da Saúde em 1983 e implantado a partir de 1984. Este programa buscava integrar a saúde da mulher, quebrando a visão da mulher simplesmente restrita ao seu ciclo reprodutivo, trazendo a proposta da assistência integral à saúde da mulher. Deixando de ver apenas o lado materno-infantil, e olhando a mulher e a sua saúde em si, o PAISM incluía além de assistência clínico-ginecológica, pré-natal, parto, puerpério, também ações de prevenção, tratamento, recuperação, no climatério, infecção sexualmente transmissível (IST), câncer de colo de útero e de mama, tendo uma visão da mulher em todas as partes da sua vida, desde a sua adolescência até a terceira idade (BRASIL, 2005).

O PAISM seria uma abordagem diferenciada a mulher, propondo um atendimento não mais de ações isoladas de planejamento familiar. A partir disso imediatamente surgiram movimentos de mulheres que passaram a lutar por sua implementação. Uma resposta satisfatória a saúde da mulher descentralizando o cuidado materno-infantil e dando reconhecimento dos direitos reprodutivos da mulher (BRASIL, 2005).

Desde a sua criação, o PAISM teve relação com o Sistema Único de Saúde (SUS), pois estava embasado nos ideais das diretrizes do SUS, criado em 1988, que já havia sido defendido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, além de, posteriormente, apresentar estreita relação com a Saúde da Família (BRASIL, 2009).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) surgiu em 1994, com o intuito da implementação da atenção primária em saúde, afim de não tratar somente as doenças, mas sim, prevenir, tratar e promover a saúde e reabilitação do paciente. As ESF são

[Digite texto]

compostas por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além de dentista, técnico ou auxiliar em saúde bucal (COFEN, 2013).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 2001 atualizou a regulamentação da assistência considerando os avanços obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente da consolidação e aprimoramento do SUS. Veio para fortalecer a capacidade de planejamento, a organização dos sistemas estaduais e integrando os sistemas municipais, desencadeando uma descentralização, transferindo para os estados e principalmente para os municípios, a responsabilidade pela saúde dos cidadãos, antes concentrada no nível federal. Desta forma o PAISM também foi assumido como uma das responsabilidades dos gestores municipais, no que tange à saúde da mulher (BRASIL, 2001).

Surge, então uma nova proposta de assistência integral a saúde da mulher, com novidades no campo de políticas de saúde, a Política Nacional Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), que se fundamenta nos princípios doutrinários do SUS, integralidade, universalidade, equidade. O correndo uma maior abrangência de atendimento a mulheres com doenças crônicas, negras, trabalhadoras rurais, portadoras de Vírus da imunodeficiência humana (HIV), Violência Doméstica e Sexual, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), mulheres na adolescência, climatério, menopausa, em todas as faixas estarias.

Cabe o enfermeiro dentro da ESF, atender aos pacientes, realizando a consulta de enfermagem, atividades educativas em grupos, atividades educativas com sua equipe, assistência, gerenciamento da unidade e da sua equipe e planejamento. A consulta de enfermagem realizada pelo enfermeiro possibilita a assistência de enfermagem, momento de educação em saúde, visão integral, sistematizada, sequência dinâmica de etapas, processo de enfermagem, conduta, orientações, prescrição e encaminhamentos (BRASIL, 2013).

O processo de enfermagem é o meio utilizado para sistematizar a assistência de enfermagem (SAE). Esta sistematização da assistência ocorre desde a época de Florence Nightingale, quando em plena guerra em 1854, conseguiu reduzir a mortalidade do local, desenvolvendo um trabalho de assistência aos enfermos e organização, além de higiene, ventilação e alimentação de seus enfermos. Florence realizava uma forte organização disciplinar (FERNANDES, 2007).

O processo de enfermagem e sua implantação é o proposto por Horta (1979), o

[Digite texto]

qual contém as seguintes fases: a) histórico de enfermagem, b) diagnóstico de enfermagem, c) plano assistencial, d) prescrição de enfermagem, e) evolução de enfermagem e f) prognóstico de enfermagem (Horta, 1979). Este processo de enfermagem vem sendo estudado e aplicado nos serviços de saúde no Brasil.

A SAE destaca-se com a elevação da assistência prestada pelo enfermeiro, melhorando para o enfermeiro e o paciente, por meio de um atendimento individualizado. O processo de enfermagem ainda se destaca pelas cinco etapas: a coleta de dados, ou histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. A Lei nº 7.498, de 25 de 1986 e o Decreto 94.406/87 legitimam a Consulta de Enfermagem e determinam como sendo uma atividade privativa do enfermeiro (COFEN, 1986).

Em 2009, a Resolução Cofen nº 358/2009 revogou a Resolução Cofen nº 272/2002 que reforçava a importância e a necessidade de planejar a assistência de enfermagem, afirmando que a implantação da SAE deve correr em toda instituição da saúde, pública e privada. De acordo com a resolução Cofen nº 358/2009, o processo de enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem (BARROS, LOPES, 2010).

Dessa forma, o profissional enfermeiro tem como responsabilidade o respaldo de suas ações no processo de enfermagem, a partir da SAE. Considerando a legislação citada, a crescente inserção do enfermeiro na área da atenção primária em saúde (CABREIRA et al, 2010; LOPES, 2011), e a relevância do atendimento à mulher, questiona-se: como vem ocorrendo a realização da consulta de enfermagem à mulher pelos enfermeiros inseridos na atenção básica do município de Dourados/MS? Quais são as facilidades e as dificuldades encontradas pelo enfermeiro para a realização da consulta de enfermagem à mulher?

Tendo em vista o exposto, este trabalho teve por objetivo geral conhecer as facilidades e dificuldades encontradas pelo enfermeiro para a realização da consulta de enfermagem à mulher. Para tal, os objetivos específicos foram:

- identificar as facilidades e dificuldades para a realização da consulta de enfermagem com relação à estrutura física e equipamentos necessários;
- conhecer as facilidades e dificuldades para a realização da consulta de enfermagem com relação ao embasamento teórico-prático do enfermeiro sobre o tema;

2. METODOLOGIA

[Digite texto]

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa. De acordo com Minayo (2010), a pesquisa qualitativa estimula os entrevistados a pensarem livremente sobre o tema objeto ou conceito, aprofundando o caráter social, aspectos particulares, que nos revelam os conhecimentos e interesses. É mais adequado para apurar opiniões e atitudes explícitas dos entrevistados.

Na proposta inicial da pesquisa pretendia-se entrevistar 10 enfermeiros que atuavam nas Equipes de Saúde da Família (ESF) no município de Dourados/MS. Para tal, foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde, que através do CEPET, concedeu a autorização e indicou dez ESF nas quais poderia ser realizada a pesquisa. No entanto, dois enfermeiros se recusaram a participar, e um não atendeu aos telefonemas e também não pode receber a entrevistadora para a pesquisa. Dessa forma, a pesquisa foi realizada com sete enfermeiros atuantes em ESF.

A pesquisa foi aprovada pelo Parecer N. 136.826/2012- Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, e também aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde de Dourados-MS.

Como critérios de inclusão, os enfermeiros deviam trabalhar em ESF por mais de um ano e aceitar participar da pesquisa. Como critério de exclusão os enfermeiros que tiveram menos de um ano de trabalho em ESF e não aceitaram participar da pesquisa. Foi realizado contato prévio com os enfermeiros através de telefonemas e agendada uma data para a realização da entrevista. A coleta foi realizada mediante entrevistas com os enfermeiros das Equipes de Saúde da Família, que foram gravadas e posteriormente transcritas para análise, em Maio/2013. As variáveis investigadas abrangeram dados sociodemográficos, questões relativas às facilidades e dificuldades para a realização da consulta de enfermagem com relação à estrutura física, equipamentos necessários, embasamento teórico-prático do enfermeiro sobre o tema. Preservando o sigilo proposto pela pesquisa, as falas dos profissionais enfermeiros envolvidos serão citadas como E1, E2, sucessivamente, até E7.

Segundo Minayo (2010) a entrevista deve ser uma facilitadora de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação. Nunca podendo interferir nas respostas dos entrevistados, mantendo uma realidade empírica. Se forem bem realizadas, elas permitirão ao pesquisador certa profundidade, coletando indícios de como cada um dos entrevistados tem a sua percepção e como isto significa para a sua realidade, levantando estas informações de forma consistente que lhe permitam descrever e compreender. A análise dos dados teve por base a análise de conteúdo.

[Digite texto]

A pesquisa atendeu os preceitos Éticos, em conformidade à Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Para tanto, o presente projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), para parecer e aprovação através do Parecer N. 136.826/2012 CEP/UFMS. Para a realização da entrevista os enfermeiros foram esclarecidos sobre o teor do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação à experiência profissional, todos os enfermeiros afirmaram ter ingressado no mundo do trabalho logo após o término da sua graduação. Três enfermeiros trabalharam na área hospitalar e outros quatro apenas em Equipes de Saúde da Família. Mas todos tiveram experiências em outros lugares antes de se fixar onde trabalhavam no momento da pesquisa ESF.

Estudos com egressos enfermeiros de uma Universidade Estadual apontaram que a maioria iniciou suas atividades no primeiro ano de formados, alguns na área hospitalar, outros na saúde pública e também na docência em cursos técnicos profissionalizantes (CABREIRA et al, 2010; LOPES, 2011).

Nesse sentido, todos os enfermeiros entrevistados desenvolviam atividades de assistência de Enfermagem no momento da pesquisa, incluindo a consulta de Enfermagem à mulher. A partir das respostas elencadas, pode-se construir três categorias de análise: a influência da estrutura física e dos equipamentos na realização da consulta de enfermagem à mulher, a perspectiva teórico-prático na implementação da consulta de enfermagem à mulher e o acúmulo de atividades dos profissionais enfermeiros, os quais serão discutidos nos itens a seguir.

3.1- A influência da estrutura física e dos equipamentos na realização da consulta de enfermagem à mulher.

No que se refere à relevância da estrutura física e equipamentos da unidade de saúde para o desenvolvimento da consulta de enfermagem à mulher, seis enfermeiros citaram que tem seus próprios consultórios, onde realizam as consultas de enfermagem à mulher, equipados com uma mesa ginecológica, e que isso se configura como um facilitador. Somente um disse ter a sala de realizar o exame do preventivo separado de seu consultório, afirmando que isso não lhe traz dificuldades.

[Digite texto]

A consulta de enfermagem é uma consulta considerada privativa do enfermeiro de acordo a Resolução COFEN – 272/2002. Durante esta consulta é preciso estabelecer uma interação com a paciente, manter um ambiente de privacidade, na qual o paciente se sinta segura e confiante (LOPES, 2006). Nesse sentido, a estrutura física da unidade influencia diretamente no desenvolvimento da consulta de enfermagem.

Sob essa perspectiva, dois enfermeiros afirmaram que a falta de um banheiro dentro de seus consultórios, para uso das pacientes, precariza o atendimento, especialmente, pela falta de privacidade às mulheres atendidas. Um dos enfermeiros também elencou a falta de espaços na unidade para a realização de educação e saúde, sendo necessário realizar tais atividades em escolas ou igrejas da comunidade.

De acordo com o Ministério da Saúde, quando o consultório for para uso ginecológico, deve ter uma estrutura que deixe a paciente o mais confortável possível, tornando uma consulta individual, interativa demonstrando interesse pelas queixas, explicar todo o procedimento e retirar as dúvidas. Este consultório ginecológico deve dispor de sanitário privativo anexo, prever lavatório com torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos, com esta estrutura deixaria a mulher mais confortável mantendo um ambiente de privacidade em uma área mínima de 9 m com dimensão mínima de 2,50m (BRASIL, 2008).

No município estudado, muitas unidades de saúde não possuem a estrutura física de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde através da RDC 50¹, pois muitas ESF funcionam em casas alugadas e adaptadas ou não oferecem a estrutura necessária para o atendimento humanizado e adequado. No que se referem aos equipamentos da unidade, três enfermeiros referiram a falta de materiais e equipamentos, como por exemplo, falta de lâmina para realização da coleta do preventivo e de esfigmomanômetro e estetoscópio, além de materiais vencidos, como dificultadores na realização da consulta de enfermagem à mulher, conforme aponta E6:

“As dificuldades têm muitas, primeiro equipamentos, os equipamentos que nós temos são antigos, os que não são antigos é difícil à manutenção preventiva de cada equipamento. Quanto à estrutura física muitas vezes temos a dificuldade de espaços melhores, para você realizar a educação em saúde, na própria unidade básica de saúde, sem necessitar você junto com as comunidades. Mas lembrando também a orientação do Ministério de Saúde, é parte da Saúde da Família que você use esta comunidade, estas parcerias com a comunidade para realizar estas ações compartilhadas, estas ações educativas. Nem sempre a estrutura física

¹ Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (ANVISA, 2002).

[Digite texto]

deficiente significa que a equipe tenha pouca resolutividade ou pouca atividade educativa, então vai muito da característica, do perfil dos profissionais, do perfil da equipe de saúde da família, mas basicamente nós temos sim, deficiência enquanto estrutura física e equipamentos de uso com o paciente” (E6).

Embora as dificuldades estejam presentes, observa-se certa resignação por parte dos enfermeiros, quanto às condições de trabalho, afirmando que já houve melhora da situação, como demonstra a fala de E3:

A única coisa que eu vejo assim é a falta de um banheiro, que a vigilância preconiza e que seria [melhor para] a privacidade da paciente. Aqui eu tenho uma unidade que é de um tamanho bom, isso em comparação com o que eu já vivi realidades totalmente diferentes, que não tinha nenhuma estrutura... hoje não, graças a Deus, hoje eu tenho uma sala para mim, ar-condicionado, antes eu tinha uma sala pra fazer preventivo pequenininha que não tinha nem janela, não circulava nem ar dentro, minha parede era cheia de bolor porque era uma casa adaptada (E3).

De materiais não, o que seria certo é ter um banheiro em cada consultório para mulher se trocar, ter mais privacidade, mais fora isto não (E4).

A motivação é um fator importante para impulsionar o profissional, pois ele se sente estimulado, além de ter reconhecimento e progresso profissional. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro, motivado pela assistência prestada, o cuidar do próximo, fazer o que ama. E as insatisfações com a sobre carga de trabalho, carga horária, estruturas inadequadas (BATISTA. et al, 2005).

3.2- A perspectiva teórico-prático na implementação da consulta de enfermagem à mulher.

Sobre a realização da consulta de enfermagem à mulher baseada na sistematização da assistência, todos os enfermeiros afirmaram que realizavam a consulta em seus atuais empregos, mas que, no entanto, não utilizavam a SAE como instrumento para tal. Dois entrevistados relataram que tiveram contato com a SAE apenas recentemente, sendo para eles uma ferramenta nova:

“Eu desenvolvo meu trabalho focalizando na assistência, então eu não aprendi a SAE que hoje é o que vocês trabalham, mais eu direciono meu trabalho com a assistência de enfermagem” (E1).

“Sistematização da assistência, isto é uma coisa novo que eu estou vendo agora, realizo consulta de enfermagem” (E5).

A fala de E1 é corroborada pela de E4, no sentido de que passos propostos pela SAE são realizados, como a assistência de enfermagem, no entanto, a necessidade de

[Digite texto]

rapidez nas consultas, propicia à supressão da sequência da sistematização, conforme demonstrado no discurso:

É uma consulta mais rápida. Se tiver que fazer exame faz, mas rápido, não faz aquele que a gente fazia da cabeça aos pés, diagnóstico não, é só a consulta e a prescrição (E4).

A consulta de enfermagem garante a integração, a prestação de cuidados, garantindo a continuidade. De acordo com Marin (2012) o processo de enfermagem é utilizado há mais de 25 anos pelos enfermeiros. O processo de enfermagem e sua implantação é o proposto por Horta em 1979, o qual contém as seguintes fases: a) histórico de enfermagem, b) diagnóstico de enfermagem, c) plano assistencial, d) prescrição de enfermagem, e) evolução de enfermagem e f) prognóstico de enfermagem (Horta, 1979). Este processo de enfermagem vem sendo estudado e aplicado nos serviços de saúde no Brasil desde a década de 1980.

A sistematização da Assistência (SAE) é um processo de organização que oferece contribuições para desenvolver um cuidado humanizado. Mas ainda se percebe um cuidado de enfermagem muito ligado a doença em si, e não vendo o ser humano como um todo, sendo sujeito ativo no próprio processo do cuidar (NASCIMENTO et al, 2008).

Três enfermeiros relataram que não existe dificuldade na realização da consulta de enfermagem à mulher, com relação ao embasamento teórico-prático. Um enfermeiro destacou como dificuldade a falta de tempo para a realização das consultas, dificultando o uso da SAE. Outro enfermeiro afirmou que há a necessidade de constante atualização, em especial quando ocorre uma situação diferente do habitual da rotina da unidade de saúde. Outro enfermeiro, destacou a dificuldade na implementação da SAE, ressaltando um item que todos os enfermeiros elencaram: o acúmulo de trabalho para o profissional enfermeiro, dificultando a realização de suas atividades, em especial, da SAE.

E6 afirmou ainda que embora não tenha conseguido implantar a SAE em seu atual local de trabalho, o assunto vem sendo discutido em parcerias entre a Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), a Secretaria Municipal de Saúde e os enfermeiros das unidades de saúde municipais:

“[...] até o momento não conseguimos entrar numa discussão, as duas equipes, para realizar a sistematização da assistência, que nós temos até por parte da Secretaria Municipal da Saúde e da Prefeitura é um primeiro curso que foi oferecido em parceria com a UEMS, onde professores da UEMS foram falar sobre a sistematização da assistência, motivar esses enfermeiros a estar utilizando, mostrar pra nós que é um interesse da prefeitura e da secretária municipal da saúde, esta realização da

[Digite texto]

sistematização da assistência de enfermagem e que agente posso trabalhar desta forma e que também venha a vontade do próprio conselho regional de enfermagem com o conselho federal de enfermagem, é uma cobrança que existe ao município e demais municípios do estado também e do país, onde o conselho federal diz que é necessário tendo uma equipe de enfermagem, orientada e supervisionada pelo enfermeiro é necessário acontecer a sistematização da assistência de enfermagem.(E 6).

Dessa forma, a fala dos enfermeiros traz grande preocupação quando alguns colocam que desconhecem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

De acordo com o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem (2007), o profissional enfermeiro é um dos integrantes da equipe de saúde, trazendo consigo responsabilidade no desenvolvimento de ações que atendam as necessidades de saúde da população, utilizando as políticas públicas vigentes no atendimento seguro e de qualidade. Entre suas funções, o enfermeiro deve atentar-se para a integralidade da assistência, e um dos instrumentos que podem ser utilizados nesse processo é a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Quatro enfermeiros afirmaram que os protocolos oriundos do Ministério da Saúde ajudam muito em suas consultas e dois enfermeiros afirmaram que sempre é necessário ler e se atualizar, pois na saúde nada é exato e tudo se atualiza.

Quando questionados sobre a utilização de protocolos municipais de atendimento à saúde da mulher, apenas um enfermeiro citou a utilização de um protocolo municipal de atendimento à gestação de baixo risco, afirmando que é o único próprio do município:

“Especifico a saúde da mulher, nós temos apenas o protocolo de atendimento a gestante de baixo risco, que é um protocolo municipal voltado pra estas gestantes, voltado para saúde da família, voltado para o atendimento de toda a equipe, enfermeiro, médico, dentista e os demais funcionários” (E6).

Seis enfermeiros citaram a utilização dos protocolos do Ministério da Saúde referentes às condutas na saúde da mulher para o embasamento de suas atividades profissionais, afirmando que as unidades de saúde não possuíam protocolos próprios para a assistência à mulher.

Apenas E6 afirmou que já desenvolveu uma experiência de implementação de protocolos e manuais de assistência em uma unidade de saúde onde atuava anteriormente à atual, mas que após certo período na unidade de saúde, foi transferido, não havendo continuidade do processo:

[Digite texto]

“[...] nós fizemos alguns protocolos nossos, alguns manuais com normas e rotinas e realizamos capacitação da equipe de enfermagem, a capacitação das agentes comunitárias de saúde e elas estavam participando destes protocolos, cada uma atuava de uma forma e esses dados eram depois discutidos na reunião da equipe” (E6).

Inferese que a utilização das orientações do Ministério da Saúde para o desenvolvimento das ações de enfermagem destinadas à mulher demonstra a adesão do município à proposta federal do atendimento integral proposto pelo PAISM e reafirmado pela PNAISM. No entanto, levando em consideração os princípios da regionalização e municipalização propostas pelo SUS (BRASIL, 2006), que trazem implícitas as diferenças microrregionais, a adoção de protocolos próprios de atendimento demonstra a personalização do atendimento a uma clientela específica, respeitando as particularidades e especificidades encontradas, muitas vezes, dentro de um mesmo município.

Com relação à prescrição de medicamentos e solicitação de exames propostos pelos protocolos do Ministério da Saúde, todos os enfermeiros afirmaram realizar as prescrições e as solicitações de exames permitidos pelo enfermeiro, conforme demonstra E1:

Sim, nós todos aqui [enfermeiros], nós temos esta autonomia, então não fico engessada. [...] Quando nós vamos atender a mulher no pré-natal, fazemos a primeira consulta e [...] já fazemos o pedido de todos os exames laboratoriais, o SIS Pré-natal. Também quando fazemos a consulta ginecológica, [quando vemos] um indício de alguma infecção, já tratamos [a paciente] e o parceiro. E da criança também fazemos exames preventivos (E1).

Com relação à autonomia citada por E1, E6 esclarece ainda que:

O que nos ampara [com relação] à saúde da mulher para os enfermeiros, é o decreto municipal que nos permite não só a realização das prescrições de medicamentos, que são orientados pelo Ministério da Saúde, aprovados pelo Ministério da Saúde, [mas] também dão permissão a todos os enfermeiros que trabalham com o município a [realizarem a] prescrição de receitas medicamentosas, o que contempla não só a saúde da mulher, como também outros grupos específicos como o HIPERDIA² e também outros ciclos de vida, como a criança e o idoso especificamente.

A legislação Brasileira do Exercício Profissional de Enfermagem, Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986, prevê a prescrição de medicamentos por enfermeiros, como integrantes da equipe de saúde, quando previamente estabelecidos em programa de

² Hiperdia – Sistema informatizado de cadastro e acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

[Digite texto]

saúde coletiva e em rotina aprovada por instituição de saúde (COFEN, 1986).

A resolução cofen nº 317/2007 regulamenta ações do enfermeiro: na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Respondendo integralmente pelos seus atos (COFEN, 2007).

“Resolução nº 195, de 18 de fevereiro de 1997: Considerando Manuais de Normas Técnicas publicadas pelo Ministério da Saúde: Capacitação de Enfermeiros em Saúde Pública para SUS – Controle das Doenças Transmissíveis; Pré-Natal de Baixo Risco – 1986; Capacitação do Instrutor/Supervisor/Enfermeiro na área de controle da Hanseníase – 1988; Procedimento para atividade e controle da Tuberculose - 1989; Normas Técnicas e Procedimentos para utilização dos esquemas Poliquimioterapia no tratamento da Hanseníase - 1990; Guia de Controle de Hanseníase – 1994; Normas de atenção à Saúde Integral do Adolescente – 1995; “Considerando que a não solicitação de exames de rotina e complementares quando necessários para a prescrição de medicamentos é agir de forma omissa, negligente e imprudente, colocando em risco seu cliente (paciente)” (COFEN, 1997).

3.3- O acúmulo de atividades dos profissionais enfermeiros

Todos os enfermeiros citaram, em diversos momentos da pesquisa, uma dificuldade em comum: o acúmulo de atividades a serem realizadas em seu cotidiano de trabalho, inviabilizando o uso de um instrumento para a consulta de Enfermagem à mulher, a partir da SAE, conforme demonstrado na fala:

“A dificuldade na consulta já começa pela sistematização da assistência de enfermagem a SAE, aonde temos cinco itens desta SAE para serem seguidos como uma orientação básica, para você começar a sistematizar sua assistência, mas só que são longos... [...] nós não temos uma reciclagem, uma educação permanente voltada para este assunto que seja realmente uma educação permanente, duradoura e que constantemente esta sendo discutida. Fora a sistematização, que é complicado realizar na prática, nós temos uma jornada de trabalho cansativa, sobrecarregada, onde você está muito focado no administrativo, [onde se] precisa que os problemas sejam resolvidos e este alguém acaba sendo um profissional enfermeiro, e se deixa de lado a assistência em si. Então a dificuldade para a consulta de enfermagem ainda fica na sobrecarga de trabalho, com a jornada de trabalho muitas vezes de mais de um emprego por profissional ou mesmo a necessidade de plantões. E a questão da sistematização da assistência ser complexa e pouco discutida no tempo atual e que deveria ser mais conversada e discutida entre os profissionais

[Digite texto]

que atuam como enfermeiro (E6)”.

Quatro enfermeiros afirmaram que para a realização da SAE, haveria a necessidade de se trabalhar com a informatização dos prontuários, uma vez que um instrumento a ser escrito ou completado à mão, tomaria muito tempo em sua realização, tempo que os sete enfermeiros afirmaram não dispor em suas atividades.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consulta de enfermagem à mulher é importante instrumento na avaliação das condições de saúde, bem como respalda as ações do enfermeiro. Muitos enfermeiros relatam as dificuldades encontradas que são muitas, que vão não só de estrutura física como também a grande demanda de pacientes, e a sobre carga de trabalho. Já na sistematização da assistência podemos verificar que existe sim uma grande dificuldade com relação teórico-prático.

Nesse sentido, verifica-se a necessidade de capacitação para desenvolvimento da sistematização de enfermagem na consulta a mulher. Buscando esta qualificação, a necessidade de constante atualização, os enfermeiros reconhecem terem dificuldades para aprimorar este atendimento utilizando a SAE.

Acredita-se que o presente estudo possa colaborar com as discussões na área da Saúde da Mulher, com relação à consulta de enfermagem a mulher utilizando a sistematização da assistência. Tendo em vista que já é previsto esta implantação durante as consultas, e a importância para a enfermagem.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE J.S., VIEIRA, M.J., Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização, **Rev. Bras Enferm**, p 261-265, 2005.

ALVES, V. S., Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial, **Interface - Comunic.**, Saúde, Educ., v.9, n.16, p39-52, 2005.

BARROS, A.L.B. L., LOPES, J. L., A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem, **Enfermagem em Foco**, 1(2): p 63-65, 2010.

NASCIMENTO, K.C., BACKES, D.S., KOERICH, M.S., ERDMANN, A.L., Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional, **Rev.**

[Digite texto]

Esc. Enferm USP; 42(4): p 643-648, 2008.

BRASIL. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. **Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, 21 anos depois – PAISM**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. <Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html > Acesso em 24 de julho 2013.

CABREIRA, Liliane Machado *et al.* Egressos do curso de enfermagem da UEMS: um estudo dos formados entre 1998 a 2006. In: **Anais do 12º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem – SENADEN**. São Paulo: ABEn, 2010.

COFEN. **Código de Ética dos profissionais de Enfermagem**. 2013a. <Disponível em <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4158>> Acesso em 23 de julho de 2013.

COFEN. **Parecer nº 17/2010/COFEN/CTLN**. Trata-se de encaminhamento dos documentos em epígrafe pela secretaria do COFEN, para análise e emissão de Parecer. Brasília, 2012 a < Disponível em http://novo.portalcofen.gov.br/parecer-n-172010-cofen-ctl_n_6148.html> Acesso em 23 de julho 2013.

COFEN. **Resolução COFEN-159/1993**. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, 2012b. <Disponível em <http://site.portalcofen.gov.br/node/4241>>. Acesso em 23 de julho 2013.

COFEN. **Resolução COFEN-317/2007**. Dispõe sobre a regulamentação das ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Brasília, 2007. <Disponível em http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3172007_4351.html Acesso em 23 de julho 2013.

COFEN. **Resolução COFEN-195/1997**. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. Brasília 1997. <Disponível em http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.html Acesso em 15 de setembro 2013.

COFEN. Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 de jun. 1986. Seção 1, p. 9.273 a 9.275.

Conselho Federal de Enfermagem. Brasília, 2012c < Disponível em http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html> Acesso em 23 de julho 2013.

DAB. **Enfermeiro**. Portal da Saúde – SUS, Departamento de Atenção Básica – 2013b. Brasília – DF. < Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=enfermeiro > Acesso em 23 de julho 2013.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC nº 50**, de 21 de fevereiro de 2002. < Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2050-2002.pdf> > Acesso em 22 de julho 2013.

FERNANDES, V. **Análise da Inexibibilidade de Florence Nightingale**. Ver. **Conscientia**, São Paulo, v.11, n. 4, p 271-279, 2007.

HORTA W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo (SP): EPU; 1979.

[Digite texto]

LOPES, M. H. B. M., **Enfermagem na Saúde da Mulher** – Goiânia, 2006.

LOPES, M. M. R. **A articulação das políticas de educação e de saúde na voz de egressos**: análise da formação de enfermeiros, em DOURADOS-MS. Dissertação. (Mestrado em Educação). Universidade Federal da Grande Dourados, 2011.

BATISTA, A.A.V., VIEIRA, M.J., CARDOSO, N.C.S., CARVALHO, G.R.P. **Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro**. Rev. Esc. Enferm USP 39(1): 85-91, 2005.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p. 2532, 1998.