



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**CONHECIMENTO DE USUÁRIAS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ACERCA DAS VULVOVAGINITES**

JAINARA MENDES DE CARVALHO

**CAJAZEIRAS - PB
2009**

JAINARA MENDES DE CARVALHO

**CONHECIMENTO DE USUÁRIAS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ACERCA DAS VULVOVAGINITES**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado à Coordenação da Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Campina
Grande, como requisito parcial para obtenção do
Título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Profa. Esp. Edineide Nunes da Silva

**CAJAZEIRAS – PB
2009**





Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

C331c CARVALHO, Jainara Mendes de
Conhecimento de usuárias de uma Unidade de Saúde
da Família acerca das vulvovaginites./ Jainara Mendes de
Carvalho. Cajazeiras, 2009.
2009.
57f.

Orientadora: Edneide Nunes da Silva.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCCG

1. Vagina
1. Doenças da mulher. 2. Vulvovaginite. 3. Saúde da família.
I. Título.

UFCCG/CFP/BS

CDU – 618.15

JAINARA MENDES DE CARVALHO

**CONHECIMENTO DE USUÁRIAS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ACERCA DAS VULVOVAGINITES**

Aprovada em ___ / ___ / ___

Banca Examinadora:

Prof.^ª Esp. Edineide Nunes da Silva
(Orientadora – UFCG/FSM)

Prof.^ª Esp. Cláudia Maria Fernandes
(Membro Efetivo - UFCG)

Prof. Esp. Moacir Andrade Ribeiro Filho
(Membro Efetivo)

**CAJAZEIRAS - PB
2009**

*Aos meus pais, Gineto e Leba, ao meu esposo Naldo,
fontes de amor e carinho, pessoas únicas, os verdadeiros
amigos que tenho em minha vida. EU AMO VOCÊS!*

AGRADECIMENTOS

A Deus antes de tudo, pelo dom da vida e pelas inúmeras bênçãos recebidas, em todos os dias de minha vida.

Aos meus pais, pela educação que me proporcionaram, permitindo que hoje eu tenha condições de estar cumprindo mais uma etapa de minha vida.

Ao meu companheiro, Naldo, pela infinita paciência, amor constante e por sempre acreditar em minha capacidade (muitas vezes mais do que eu mesma).

Aos meus irmãos, Jairo e Jaidy, por estarem sempre presentes em minha vida.

Aos meus sobrinhos pelos momentos de alegria.

A minha orientadora Edineide Nunes, que apesar dos seus afazeres e atribuições, tornou este trabalho realidade.

A minha amiga Eliane pelo estímulo, ajuda e orientação quando necessitei.

As minhas cunhadas, Jeanne e Mariza, pelo apoio e incentivo na busca do meu ideal.

Em especial, agradeço as mulheres que integraram a amostragem deste estudo, pois sua colaboração foi fundamental para a realização desta pesquisa.

Muito Obrigada!

*"A possibilidade de realizarmos um sonho é o
que torna nossa vida interessante".*

Paulo Coelho

LISTA DE SIGLAS

- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- ESF** – Estratégia Saúde da Família
- GLBT** – Gays Lésbicas Bissexuais e Transexuais
- HIV** – Vírus da Imunodeficiência Adquirida
- HPV** – Papiloma Vírus Humano
- IST's** – Infecções Sexualmente Transmissíveis
- MS** – Ministério da Saúde
- OIT** – Organização Internacional de Trabalho
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- PAISM** – Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
- SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica
- SUS** – Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Distribuição das participantes de acordo com dados sócio-demográficos	30
Tabela 02 – Distribuição das participantes de acordo com atividade sexual	33
Tabela 03 – Percepção de usuárias acerca das Vulvovaginites.....	33
Tabela 04 – Distribuição de usuárias quanto a realização do exame preventivo	34
Tabela 05 – Distribuição de usuárias de acordo com a presença de problemas vaginais	35
Tabela 06 – Distribuição de orientações recebidas pelas usuárias sobre a prevenção das Vulvovaginites	37

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Percepção de usuárias acerca de fatores contribuintes para o aparecimento das vulvovaginites	39
Gráfico 02 – Nível de satisfação de usuárias acerca das ações de educação em saúde para a prevenção das vulvovaginites	40

RESUMO

CARVALHO, Jainara Mendes de. **Conhecimento de usuárias de uma Unidade de Saúde da Família acerca das vulvovaginites.** Trabalho de Conclusão do Curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2009. 57fls.

As vulvovaginites são consideradas queixas principais de mulheres atendidas nos serviços de saúde, por apresentar sintomas desagradáveis como corrimento, prurido, disúria, dispareunia, os quais repercutem negativamente no cotidiano e na qualidade de vida da mulher. Fatores contribuintes para o aparecimento destas patologias podem estar associados a promiscuidade sexual, higiene pessoal íntima precária, dentre outros. A estratégia básica para o controle destas infecções é a informação em saúde por intermédio de atividades educativas que priorizem a percepção de risco, as mudanças no comportamento sexual, promoção e adoção de medidas preventivas. Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo averiguar o conhecimento de usuárias de uma Unidade de Saúde da Família (USF) acerca das vulvovaginites, assim como identificar a partir de sua percepção, as orientações fornecidas pela equipe de saúde acerca da prevenção das vulvovaginites. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de campo, com abordagem quanti-qualitativa, cujo campo de pesquisa compreendeu uma USF situada no município de Cajazeiras-PB. Os dados foram coletados no mês de novembro, através de um questionário aplicado junto a 30 usuárias, e em seguida analisados à luz de literaturas pertinentes a temática. Os resultados apontam que as entrevistadas estão inseridas na faixa-etária de 18 a 50 anos, 90% ouviram falar em vulvovaginites, no entanto, apenas 26% a correlacionam a problemas vaginais, 77% realizaram o exame preventivo onde 57% referiu haver alterações no resultado de seu exame relacionadas à candidíase, gardnerella. Quando questionadas acerca do seu nível de satisfação relativo às atividades de educação em saúde desenvolvidas pela equipe 73% das usuárias afirmaram não estar satisfeitas, e somente 57% receberam orientações acerca das vulvovaginites. Cabe considerar que as entrevistadas possuem um conhecimento limitado do tema, e embora tenham acesso ao serviço de saúde, a atenção a elas dispensadas não atende a suas expectativas. Havendo portanto a necessidade de aprimorar as ações educativas voltadas para a prevenção e promoção da saúde, enfocando a sexualidade e a qualidade de vida da mulher, no intuito de sensibilizá-las com relação ao tema em questão.

Palavras-chave: Prevenção; Saúde da Mulher; Vulvovaginite.

ABSTRACT

CARVALHO, Jainara Mendes de. **Knowledge of users of a Unit Family Health about vulvovaginitis.** Conclusion of the course Bachelor of Nursing, Federal University of Campina Grande. Cajazeiras –PB, 2009, 57 pages.

The vulvovaginitis are considered the chief complaints of women seen in health services, by unpleasant symptoms such as runny, rash, dysuria, dyspareunia, which impact negatively on daily life and quality of life of women. Factors contributing to the onset of these diseases may be associated with sexual promiscuity, poor personal hygiene, among other. The basic strategy for the control of these infections is the health information, through educational activities that focus on risk perception, changes in sexual behavior, promotion and adaptation of preventive measures. In this context, this study aims to investigate the knowledge of users of a Unit Family Health (UFH) about vulvovaginitis, and to identify from their perception, the guidance provided by the health team about the prevention of vulvovaginitis. This is a descriptive, field, with quantitative-qualitative approach, the scope of research include a UFH located in the city of Cajazeiras-PB. The data were collected in the month of November, through a questionnaire addressed to 30 users, and then analyzed in the light of relevant literature theme. The results indicate that the respondents are inserted in this age 18 to 50 years, 90% heard of vulvovaginitis, however, only 26% correlated to a vaginal problems, 77% realized the preventive exam, where 57% reported to have changes in the results of their exams related to candidiasis, Gardnerella. When asked about their level of satisfaction on the activities of health education developed by the team 73% of users said they were not satisfied and only 57% received guidance on the vulvovaginitis. It is considered that the respondents have a limited knowledge of the subject, and although access to health services, attention to them exempt does not meet your expectations. Having thus the need to improve the educational activities related to prevention and health promotion, focusing on sexuality and quality of life of women in order to sensitize them on the issue in question.

Key-words: Prevention. Women's Health. Vulvovaginitis.

SUMÁRIO

1 REFLEXÕES INICIAIS	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 Políticas públicas de saúde da mulher	16
2.2 Ações de saúde na prevenção de patologias ginecológicas	19
2.3 Educação em Saúde	20
2.4 Vulvovaginites	22
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS	26
3.1 Tipo do Estudo	27
3.2 Local do Estudo	27
3.3 População e amostra	27
3.4 Instrumento e Coleta dos dados	28
3.5 Análise dos dados	28
3.6 Posicionamento ético do pesquisador	29
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES	49
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Apêndice B – Instrumento de coleta de dados	
ANEXOS	53
Anexo A – Ofício encaminhado a Secretaria Municipal de Saúde	
Anexo B – Ofício encaminhado a Unidade de Saúde da Família José Leite Rolim	
Anexo C – Ofício encaminhado ao CEP	

No Brasil, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM se constitui como uma das mais importantes políticas públicas na área de atenção da saúde dessa população, estabelecendo ações e estratégias voltadas para um modelo assistencial que inclui a equidade e a integralidade, além de todas as dimensões da saúde da mulher no seu ciclo vital.

Para Bergamasco; Kimura (2001) a atenção integral à saúde da mulher compreende a assistência em todas as fases da vida, sendo importante ressaltar que os problemas apresentados por este grupo populacional estão intrinsecamente relacionados às suas experiências pessoais e expectativas futuras, aos estilos de vida, que por sua vez são condicionados pelos aspectos sócio-culturais em que estão inseridas.

A assistência à saúde da mulher destaca-se como uma das vertentes mais complexas e abrangentes dentro da Estratégia de Saúde da Família – ESF, o qual é baseado num trabalho em equipe multiprofissional, dentre os profissionais que integram esta equipe, o enfermeiro, desenvolve ações nas diversas áreas e enfoques da saúde da mulher, e se configura com um profissional de fundamental importância para melhoria dos indicadores de saúde (SALMERON; FUCITALO, 2008).

Podemos apontar como uma das prioridades do enfermeiro na atenção à saúde da mulher a prevenção e a identificação precoce das vulvovaginites, de modo a oferecer tratamento adequado a cada especificidade de acometimento. Para isto, a equipe de saúde da família, no desenvolvimento de seu trabalho deve ter à disposição materiais suficientes e adequados para identificar estas síndromes e assim, interromper a cadeia de transmissão.

As vulvovaginites podem ser definidas como inflamações que acometem as paredes vaginais causando alteração do pH local, prurido e algumas vezes secreção, seus agentes etiológicos mais frequentes são a *Gardnerella vaginalis*, *Trichomonas vaginalis* e *Candida* sp., pode ser transmitida através do contato sexual ou não, como também relacionar-se a fatores físicos, químicos, hormonais, orgânicos e anatômicos que agem predispondo ou desencadeando o processo. Aproximadamente 25 milhões de casos das diferentes vulvovaginites são detectados a cada ano nos Estados Unidos (SMELTZER; BARE, 2006).

Embora não haja consenso na literatura, os fatores de risco potenciais para vulvovaginites incluem o uso de antibióticos, contraceptivos orais, a presença de diabetes mellitus, gravidez, obesidade, uso de roupas justas (jeans), falta de higiene, corpos estranhos na vagina, calcinhas de material sintético, absorventes e deficiências imunológicas específicas e regiões com clima quente, propiciam a infecção (ROSA; RUMEL, 2004).

O manuseio efetivo das infecções genitais é importante para o controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST's, uma vez que previne o desenvolvimento de complicações e seqüelas, diminui o avanço dessas infecções na comunidade e oferece uma oportunidade única para uma educação direcionada sobre a prevenção do HIV. O tratamento adequado dessas infecções num primeiro contato entre pacientes e profissionais de saúde é, portanto, uma importante medida de saúde pública. No caso das mulheres, há o potencial de influenciar o futuro comportamento sexual e o hábito de buscar tratamento em um estágio inicial da história natural da doença (BARCELOS et al, 2008).

A prevenção, estratégia básica para o controle das vulvovaginites, dar-se-á por meio da constante informação e das atividades educativas que priorizem a percepção de risco, as mudanças no comportamento sexual, promoção e adoção de medidas preventivas com ênfase na utilização adequada do preservativo.

A motivação que despertou o interesse pelo presente estudo advém da experiência vivenciada pela pesquisadora durante a realização do estágio supervisionado da Rede Básica de Saúde I desenvolvido em uma unidade de saúde, ocasião em que foi identificada uma grande incidência de vulvovaginites, despertando para a necessidade de refletir sobre a importância de se desenvolver ações de educação em saúde, atividades de aconselhamento, visando conscientizar as mulheres para que estas tenham consigo mesmo um maior cuidado com a sua saúde e também de seus parceiros, prevenindo assim a ocorrência de novos episódios.

Diante dessas considerações, esta pesquisa será realizada mediante os objetivos de averiguar o conhecimento de usuárias de uma Unidade de Saúde da Família acerca das vulvovaginites, assim como identificar a partir da percepção das usuárias, as orientações fornecidas pela equipe de saúde da família acerca da prevenção das vulvovaginites.

2.1 Políticas públicas de saúde da mulher

No âmbito nacional, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas no século XX, porém, neste período, limitadas às demandas relativas à gravidez e parto, assim, os programas materno-infantil elaborados nas décadas de 30, 50 e 70 restringiam à mulher o papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidados com a saúde dos filhos. Arelado a este pensamento, as mulheres lideraram movimento para introdução nas políticas públicas de assuntos como a desigualdade nas condições de vida e nas relações entre homens e mulheres, problemas associados à sexualidade e à reprodução, dificuldades relacionadas à anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres (BRASIL, 2007a).

Tomando por bases os marcos que norteiam as políticas públicas brasileiras para as mulheres tem-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 (primeiro instrumento universal a consagrar os direitos humanos de homens e mulheres), Convenção Organização Internacional do Trabalho - OIT nº 103 de 1953 (dispõe sobre a igualdade de remuneração entre homens e mulheres), Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos de 1966 (primeiro documento que vincula legalmente direitos humanos, econômicos, sociais e culturais), Convenção Americana sobre Direitos Humanos de 1969 (conhecida como Pacto de San Jose da Costa Rica), I Conferência Mundial sobre a Mulher de 1975 (teve como ponto central de debate a igualdade entre sexos e a consolidação de mecanismos para a sua promoção), a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher em 1979, e a II Conferência Mundial sobre a Mulher em 1980 (convocou os governos a promoverem a igualdade entre os sexos) (BRASIL, 2007b).

Concomitante ao movimento feminista, o processo de redemocratização do País e os marcos supracitados, estabeleceu-se a concepção e formulação do PAISM, em 1983, trazendo consigo a saúde como direito e cidadania. Neste sentido, tem-se que o referido programa tem sua criação antes mesmo do Sistema Único de Saúde - SUS, sendo pioneiro na adequação da assistência à integralidade numa perspectiva holística de saúde (SOUTO, 2008).

O PAISM representou um grande marco na história das políticas públicas de saúde da mulher. Seus princípios questionavam a relação autoritária entre profissionais de saúde e usuárias, enfatizavam as práticas educativas e criticavam as políticas demográficas, e com relação à contracepção, acatava a separação entre sexualidade e procriação, defendia o respeito à autonomia dos indivíduos envolvidos no processo reprodutivo, condicionando a

oferta de métodos à intenção da mulher ou do casal em limitar a prole (HEILBORN, *et al.*, 2009).

Ainda remetendo-se aos marcos referenciais tem-se após a criação do PAISM a III Conferência Mundial sobre a Mulher em 1985 (foram aprovadas e adotadas estratégias para o futuro avanço da mulher), Declaração e Programa de Ação de Viena em 1993 (consagrou a universalidade, indivisibilidade e interrelação dos direitos humanos), Conferência de Cairo sobre População e Desenvolvimento em 1994 (promoveu uma mudança na abordagem dos temas relacionados à população com foco especial nos direitos humanos, particularmente os direitos das mulheres e formalizou o conceito de “direitos reprodutivos”), Convenção de Belém do Pará em 1994 (Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher), e a IV Conferência Mundial sobre as Mulheres em 1995 – Conferência de Cairo (foram assinadas a Declaração e a Plataforma Política) (BRASIL, 2007b).

Já segundo Souto (2008), a rearticulação da organização das mulheres, bem como a retomada do tema Saúde da Mulher na agenda governamental só ocorreram a partir de 1995, como resultado da Conferência de Cairo.

No ano 2000, foi instituída a Declaração do Milênio das Nações Unidas a qual estabelece 8 objetivos de desenvolvimento, incluindo a promoção da igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres, com metas a serem alcançadas até 2015. Já em 2001 ocorreram a Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância e a Assembléia Especial da Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas – ONU sobre HIV/Aids (BRASIL, 2007b).

A nível de Brasil, o Ministério da Saúde – MS editou em 2001 a Norma Operacional de Assistência à Saúde, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, além de definir o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios. Especificamente à área da saúde da mulher, a Norma Operacional estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (BRASIL, 2007a).

No Ano de 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher, órgão vinculado ao MS identifica ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações relacionadas a atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas,

presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, 2007a).

Já em 2004, com a parceria de diferentes departamentos, coordenações e comissões do Ministério da Saúde, além da equipe técnica da Área de Saúde da Mulher, foi formulada e proposta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, explicitando orientações aos gestores da saúde para identificarem demandas e necessidades desta população, considerando a realidade local e os determinantes sociais e culturais de homens e mulheres (SOUTO, 2008).

Neste sentido, o controle do risco à saúde e ao bem-estar da população feminina é realizada em três momentos, no que se refere a saúde da mulher em fase reprodutiva estão incluídas as seguintes ações: planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério, aleitamento materno, intercorrências obstétricas, vigilância epidemiológica de morte materna, e sexualidade. Já no aspecto ginecológico são realizados: planejamento familiar, prevenção de ginecomastias, controle e prevenção do câncer do colo uterino e mamas, sexualidade, climatério e menopausa. E, finalmente, no aspecto social tem-se: violência contra a mulher, discriminação, vulnerabilidades e desemprego (OHARA, *et al.*, 2008).

Para a complementação desta idéia, o MS (Brasil, 2007a, p.67) aponta que os objetivos gerais da política nacional de atenção integral à saúde da mulher são:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Tem-se, portanto, que a abordagem e inclusão de políticas públicas voltadas especificamente à saúde da mulher de forma a abordar os princípios da integralidade, são eficazes no sentido de incluir os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos (SOUTO, 2008).

Mais recentemente, estão sendo abordadas questões ligadas à homossexualidade feminina, que emerge concomitantemente as noções de “direitos sexuais como parte dos direitos humanos das mulheres”. A partir de então, a pressão exercida por estes movimentos, no sentido da elaboração de políticas públicas de saúde que contemplem as necessidades

desse grupo populacional, vem ganhando o apoio de gestores e técnicos de agências governamentais nas suas diferentes esferas, federal, estadual e municipal. Em junho de 2008, a I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT, ocorrida em Brasília, com o objetivo de elaborar propostas para o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de GLBT, aprovou documento que se constituiu instrumento de formalização das principais reivindicações dessa população, como afirmam Barbosa; Facchini (2009).

2.2 Ações de saúde na prevenção de patologias ginecológicas

A Estratégia Saúde da Família, foco da Atenção Básica, segundo Ferraz; Nemes (2009) é uma estratégia que favorece a reorientação do modelo de atenção em saúde priorizando a qualidade de vida das pessoas, no intuito de transformar e aprimorar a relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, assim como a concretude do princípio da integralidade.

Os princípios da humanização e qualidade da atenção em saúde da mulher são constituintes essenciais para que as ações de saúde contemplem a identificação e resolução dos problemas, a satisfação das usuárias, o fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, o reconhecimento e reivindicação de seus direitos na promoção do autocuidado.

Neste sentido, o MS (Brasil, 2007a, Pág. 61) afirma que humanizar e qualificar a atenção em saúde significa aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos, para que sejam atingidos os princípios da humanização e da qualidade da atenção devendo ser lavados em conta:

- acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência;
- definição da estrutura e organização da rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contra-referência que possibilitem a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada;
- captação precoce e busca ativa das usuárias;
- capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde para uso da tecnologia adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade;
- disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;

- acolhimento amigável em todos os níveis da assistência, buscando-se a orientação da clientela sobre os problemas apresentados e possíveis soluções, assegurando-lhe a participação nos processos de decisão em todos os momentos do atendimento e tratamentos necessários;
- disponibilidade de informações e orientação da clientela, familiares e da comunidade sobre a promoção da saúde, assim como os meios de prevenção e tratamento dos agravos a ela associados;
- estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação da clientela;

No âmbito da humanização um processo essencial é a comunicação, segundo Teixeira *et al.* (2009) é uma arte que deve estar voltado para objetivos a partir de estratégias específicas, em especial quando referentes às questões de saúde, frente à necessidade de proteger a vida ou prevenção de agravos a saúde. Já o desenvolvimento da comunicação nas relações interpessoais entre enfermeiro e usuário deve ser realizado de forma a promover a compreensão mútua além de influenciar em comportamentos e atitudes no processo de decisão das pessoas.

Em relação à saúde da mulher, no contexto da Atenção Primária, o bem-estar feminino vem sendo ameaçado por diversas causas, destacando-se entre elas, episódios decorrentes dos fatores socioculturais, tecnológicos, profissionais e familiares, que podem concorrer para o surgimento dos mais variados tipos de câncer. No âmbito da ginecologia, evidenciam-se as neoplasias cérvico-uterino e de mama, com altas cifras de incidência e mortalidade, como afirmam Teixeira *et al.* (2009).

Segundo Ohara *et al.* (2008) a consulta de enfermagem ginecológica deve ter um amplo espectro, abordando todos os aspectos que interferem na vida da mulher, além de que o enfermeiro deve ter atenção especial no que concerne ao câncer de colo uterino, patologia prevalente nas seguintes situações: baixo nível sócio-econômico, multiplicidade de parceiros, início precoce da atividade sexual, infecção pelo Papiloma Vírus Humano, tabagismo, uso de contraceptivo oral, baixa ingestão de vitaminas A e C e idade entre 30 e 60 anos.

2.3 Educação em Saúde

A educação é um fenômeno inerente e necessário ao homem ao longo de sua vida, do trabalho, das relações sociais e culturais. Esta é entendida como uma prática transformadora e fundamental para a melhoria das condições de bem estar da população, sendo capaz de esclarecer sobre a qualidade do serviço e direitos que pertencem aos usuários.

Dessa forma, a educação é entendida como o processo de explorar o que já faz parte da pessoa. Trazendo para a prática de educação em saúde, pode-se dizer que esta se enquadra com várias experiências de aprendizado com o propósito de promover comportamentos que facilitem a saúde (ROCHA, 2007).

A história nós dá a conhecer a importância da educação em saúde como um dos mecanismos a serem mencionados, visando minimizar os problemas de saúde. Em 1919, foi criado o termo oficial de educação em saúde por Sally Lucas Jean, demonstrando já a preocupação de que as ações educativas integrassem os serviços de saúde (TORRES, 1999).

Essa atividade se desenvolveu no campo da saúde devido à necessidade de conscientização do indivíduo no seu processo de adoecimento e para prevenção de doenças. A prática educativa é desenvolvida desde o século XVIII, quando, na Europa, eram elaborados almanaques contendo cuidados higiênicos a serem praticados por gestantes, incentivando-as para o cuidado com as crianças e medidas de controle de epidemias (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

A educação em saúde surgiu no Brasil no final da década de 1920, a partir da educação sanitária, durante a qual foram treinadas visitadoras sanitárias para atuarem como agentes, nesse contexto também surgiram as visitas domiciliares (VICTOR; VIEIRA, 2002).

De acordo com Bezerra (1999), a educação permeia a sociedade e num programa de desenvolvimento de recursos humanos, é necessário contemplá-la no seu sentido integral que instrui, socializa e desenvolve atitudes, hábitos e outros comportamentos, tornando o indivíduo capaz de interpretar e utilizar a realidade que o cerca.

Garcia (2001), ressalta que a ligação entre educação e saúde é clara ao traçar relações entre o educar e o cuidar, e enfatiza:

Educar é cuidar e para cuidar se educa. Tanto o ato de educar como o de cuidar representa um encontro, uma negociação, um ato [...] intersubjetivo, que visa a internalização de um pensar e agir por parte dos sujeitos implicados nesta relação, que implica na captura de tecnologias leves, num trabalho vivo em ato (GRACIA, 2001, p.96).

Segundo Alves (2005) educação em saúde caracteriza-se por várias práticas em conjunto, utilizadas para prevenção de doenças e promoção da saúde. É um método através do qual o profissional de saúde pode repassar para as pessoas o conhecimento científico adquirido ao longo da sua formação, em relação aos condicionantes saúde-doença, o que irá fornecer subsídios para a modificação dos estilos de vida, como também adquirir hábitos benéficos para a saúde.

A educação em saúde é função inerente a todos os profissionais de saúde, no entanto, o profissional de enfermagem por manter um maior contato com o usuário necessita estar disposto a dividir, trocar experiências, ensinar e aprender com o cliente e a família, considerando que essa prática envolve e fundamenta uma interação mútua.

2.4 Vulvovaginites

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.32),

Vulvovaginite é toda manifestação inflamatória e/ou infecciosa do trato genital feminino inferior, ou seja, vulva, vagina e epitélio escamoso do colo uterino (ectocérvice). O quadro clínico é variável de acordo com a etiologia, podendo manifestar-se pela presença de corrimento vaginal cujas características podem diferir bastante, podendo apresentar coloração variada (branca, amarelada, acinzentada, esverdeada), ter ou não odor desagradável, dor, irritação, prurido ou ardência na vagina ou na vulva, dor ou ardor ao urinar e sensação de desconforto pélvico. Saliente-se que esses sinais e sintomas são inespecíficos, além do que, muitas infecções genitais podem ser completamente assintomáticas.

A cavidade vaginal é fisiologicamente úmida devido os produtos de secreção das glândulas vestibulares e endocervicais. Mediante influências hormonais, estímulo sexual, tipo de vestuário utilizado, alimentação e fatores psico-emocionais esse conteúdo vaginal pode modificar-se, o que demanda do profissional capacidade para diferenciar o conteúdo vaginal fisiológico do anormal, constituinte das vulvovaginites (BRASIL, 2006)

Tem-se, neste âmbito que as inflamações vaginais têm grande prevalência entre as mulheres sexualmente ativas, estima-se que a vaginose bacteriana, candidíase e tricomoníase são responsáveis por 90% dos casos de vaginites (HASENACK, 2008).

É importante saber diferenciar a vulvovaginite no que concerne a presença de corrimento vaginal, tendo em vista que cerca de 5 a 10% das mulheres apresentam mucorréia o que não vem a caracterizar vulvovaginite. Neste sentido, o exame físico constitui fator relevante de diferenciação, tendo em vista que a parede vaginal da mulher sadia apresenta aspecto rosa-pálido, e no caso de fluxo aumentado sem infecção vaginal tal coloração se mantém, enquanto que na presença de infecção a mucosa apresenta-se hiperemiada, com vasos dilatados e ingurgitados, epitélio adelgado e vagina com sensibilidade aumentada (FREITAS, *et al.*, 2003).

Vaginose bacteriana

De acordo com Hasenarck *et al.* (2008), a vaginose bacteriana representa uma complexa mudança na microbiota vaginal caracterizada por uma redução na prevalência e concentração de lactobacilos, especialmente dos produtores de peróxido de hidrogênio, além de um demasiado crescimento de microrganismos anaeróbios ou anaeróbios facultativos como *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus spp.*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Prevotella sp.*, *Porphyromonas spp.*, *Bacteroides sp.* e *Peptostreptococcus spp.*

Deste modo, não se trata de infecção de transmissão sexual, muito embora, segundo o MS pode ser desencadeada pela relação sexual em mulheres predispostas ao entrarem em contato com sêmen, que fisiologicamente possui pH elevado (BRASIL, 2006).

Baseado em critérios diagnósticos, Hasenarck *et al.* (2008), aponta que este distúrbio caracteriza-se por um aumento do conteúdo vaginal acompanhado de odor desagradável que tende a piorar no período menstrual e após a relação sexual devido à volatilização das aminas produzidas pelas bactérias anaeróbicas, muito embora uma elevada proporção de mulheres são assintomáticas.

Segundo Freitas *et al.* (2003), o aspecto da leucorréia é tipicamente cremoso, homogêneo, cinzento, aderente às paredes vaginais e ao colo. E como diagnóstico pode-se utilizar o teste de odor da secreção vaginal (Whiff-test) e a visualização de clue-cells que são células epiteliais vaginais recobertas de *Gardinerella vaginalis*.

De acordo com o MS, o diagnóstico da vaginose bacteriana se confirma quando estiverem presentes pelo menos três dos critérios de Amsel (corrimento vaginal homogêneo, geralmente acinzentado e de quantidade variável; pH vaginal maior que 4,5; teste das aminas positivo; e presença de "clue cells" no exame bacterioscópico) (BRASIL, 2006)

Atrelado a este pensamento, Hasenarck *et al.* (2008) afirma que a importância do estudo precoce da vaginose bacteriana deve-se ao fato desta afecção estar associada com complicações ginecológicas e obstétricas, incluindo aí as cervicites, salpingites, endometrites, infecções pós-operatórias e do trato urinário, bem como, doença inflamatória pélvica e resultados anormais nas análises citológicas cérvico-vaginais, enquanto que na gestação podem ocorrer ruptura precoce de membranas, nascimentos prematuros, corioamnionites e endometrite pós-parto. A afecção pode ainda aumentar o risco para aquisição, transmissão ou reativação do Vírus da Imunodeficiência Adquirida – HIV, vírus herpes simplex tipo 2 e Papiloma Vírus Humano – HPV.

O tratamento tem por objetivo principal o alívio dos sinais e sintomas, não sendo, portanto, necessário o tratamento de pacientes assintomáticas, em exceção as que serão submetidas a qualquer cirurgia/procedimento ginecológico e as gestantes. O tratamento do

parceiro sexual não é recomendado, embora haja controvérsias no tratamento dos parceiros de mulheres com vaginose bacteriana de repetição.

Tricomoniase

A tricomoniase é considerada como uma infecção sexualmente transmissível causada pelo *Trichomonas vaginalis*, possuindo um período de incubação de 4 a 28 dia e sendo responsável por aproximadamente 25% de todos os casos de vulvovaginites (FREITAS, *et al.*, 2003).

As características clínicas da tricomoniase são: corrimento abundante, amarelado ou amarelo esverdeado, bolhoso; prurido e/ou irritação vulvar; dor pélvica, ocasionalmente; sintomas urinários – disúria e/ou polaciúria; hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas - colpíte difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa; e teste de Schiller aspecto “tigróide” (BRASIL, 2006).

Com relação ao tratamento, Freitas *et al.* (2003), aponta que este deve ser realizado tanto na mulher como no parceiro sexual com o mesmo esquema terapêutico.

Vaginite induzida por substâncias químicas

De acordo com Coperland (1993), qualquer substância química que seja colocada na vagina constitui irritante potencial. Como achados clínicos tem-se a natureza inespecífica da secreção vaginal onde esta pode revelar numerosos leucócitos. Deste modo, suspeita-se de vaginite induzida por substâncias químicas em pacientes com antecedentes de duchas excessivas ou no início de sintomas associados ao uso de um agente vaginal tópico. O tratamento consiste apenas na suspensão do uso do irritante.

Vulvovaginite fúngica

Achados bibliográficos apontam que 85 a 90% da flora fúngica vaginal é constituída por *Candida albicans*, enquanto que 9 a 15% de *C. glabrata* e até 15% de *C. tropicalis* (FREITAS, *et al.*, 2003).

Clinicamente, a candidíase pode ser cutânea, mucosa, cutaneomucosa ou visceral. O microrganismo cresce melhor em superfícies quentes e úmidas, causando frequentemente vaginite, dermatite das fraldas e candidíase oral. Essas infecções são as manifestações usuais da doença e, embora normalmente não apresentem ameaça à vida, representam um problema de considerável importância socioeconômica. Formas cutaneomucosas severas são menos

comuns, encaixando-se em duas grandes categorias: candidíase cutaneomucosa crônica e candidíase vaginal crônica (ÁLVARES, *et al.*, 2007).

O MS afirma que os fatores predisponentes que envolvem a candidíase vulvovaginal são: gravidez; Diabetes mellitus (descompensado); obesidade; uso de contraceptivos orais de altas dosagens; uso de antibióticos, corticóides ou imunossupressores; hábitos de higiene e vestuário inadequados (diminuem a ventilação e aumentam a umidade e o calor local); contato com substâncias alérgicas e/ou irritantes (por exemplo: talco, perfume, desodorantes); alterações na resposta imunológica (imunodeficiência), inclusive, a infecção pelo HIV; Fatores psicoemocionais relacionados ao estresse (BRASIL, 2006).

Ainda de acordo com o autor supracitado, os sinais e sintomas, dependerão do grau de infecção e da localização do tecido inflamado, incluindo: prurido vulvovaginal (principal sintoma de intensidade variável); ardor ou dor à micção; corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso ("leite coalhado"); hiperemia, edema vulvar, fissuras e maceração da vulva; dispareunia; e vagina e colo recobertos por placas brancas ou branco acinzentadas, aderidas à mucosa.

O tratamento é realizado mediante formulações tópicas, tendo um percentual de cura entre 80 a 90% dos pacientes que realizam o tratamento completo (FREITAS, *et al.*, 2003).

As recorrências acometem pelo menos 5% das pacientes, podendo manifestar-se mensalmente em alguns casos mais raros, como afirma Brasil (2007₁). Além disso, são também relacionados a recorrência os seguintes fatores: terapia freqüente com antibióticos, uso de anticoncepcional via oral, diabetes mellitus descompensado, imunossupressão, uso de corticosteróide, atividade sexual e infecção pelo HIV.

Atrelado a este pensamento, Cordeiro *et al.* (2004) aponta que as causas que levam a recorrências são incertas, muito embora existam fatores psicológicos que podem predispor, como o fato de que o sistema nervoso central, influenciável pelas respostas emocionais, pode interferir na resposta efetora que determina a imunidade vaginal, assim, o funcionamento psíquico pode ser suficientemente importante para modular a resposta do sistema nervoso central. Este último inibirá as respostas imunes vaginais, que por sua vez facilitarão a recorrência.

UNIVERSIDADE
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e abordagem quanti-qualitativa do tipo descritivo. De acordo com Gil (2002) as pesquisas exploratórias visam proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses; apresentam como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Já as pesquisas descritivas, têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Cajazeiras, cidade localizada no alto sertão da Paraíba, com uma população estimada de 57.627 habitantes (IBGE, 2008), habilitada na Gestão Plena Municipal de Sistema, pertencendo à 9ª Gerência Regional de Saúde. No tocante a atenção básica, o município dispõe de 14 Equipes de Saúde da Família distribuídas entre a zona urbana (11) e rural (03), em cada Unidade de Saúde, encontram-se cadastradas equipes multiprofissionais compostas por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, auxiliar de consultório dentário, dentre outros.

O cenário de realização deste estudo foi composto pela Unidade de Saúde da Família - USF José Leite Rolim, situada no bairro Vila Nova, atualmente com uma média de 1.389 famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Tal escolha justifica-se em virtude de que durante estágio supervisionado da Rede Básica de Saúde I realizado pela pesquisadora anteriormente, foi constatado que nesta referida unidade há uma grande incidência de vulvovaginites.

3.3 População e amostra

Na visão de Marconi; Lakatos (2002), a amostra é uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo (população), é um subconjunto do universo. Quando se deseja colher informações sobre um ou mais aspectos de um grupo grande ou numeroso, verifica-se, muitas vezes, ser praticamente impossível fazer um levantamento do todo. Daí a necessidade de investigar apenas uma parte dessa população.

Deste modo, o universo da pesquisa foi constituído por usuárias cadastradas e acompanhadas nos programas de saúde da mulher da referida unidade. Fazendo parte da amostragem deste trabalho apenas as mulheres que atenderam os seguintes critérios de inclusão: ter mais de 18 anos, ser cadastradas e acompanhadas pelo programa de saúde da mulher da referida unidade e aceitar participar da pesquisa. A amostragem desta pesquisa constitui-se de 30 usuárias, selecionadas de maneira aleatória entre aquelas mulheres que estiverem nas salas de espera da unidade aguardando a realização de exame citológico.

3.4 Instrumento e Coleta de dados

O instrumento utilizado constitui-se de um questionário estruturado, que na opinião de Minayo (2004), pode ser considerado um instrumento usual no trabalho de campo, através do qual o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos autores sociais. O instrumento desta pesquisa contém perguntas objetivas e subjetivas, formuladas com intuito de alcançar os objetivos do estudo, encontra-se dividido em duas partes, na primeira foram abordados os dados sócio-demográficos das participantes enquanto que na segunda as questões específicas sobre a temática abordada (Apêndice B).

Para a realização deste estudo inicialmente foi enviado uma cópia do pré-projeto para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria, assim como ofícios destinados a Secretaria Municipal de Saúde e USF José Leite Rolim, solicitando autorização para a realização da pesquisa. Deferidos os pedidos e após aprovação do CEP, foram feitas visitas à referida unidade durante o mês de novembro do corrente ano, tais visitas aconteceram especificamente no dia de realização do exame citopatológico, ocasião em que a coleta de dados foi efetuada com as usuárias presentes na sala de espera aguardando atendimento.

3.5 Análise dos dados

Inicialmente fez-se uma leitura flutuante das entrevistas para identificar as categorias emergentes no discurso. Em seguida os dados foram separados e organizados mediante abordagem quanti-qualitativa e discutidos à luz de literaturas pertinentes a temática. A análise foi realizada mediante a técnica de análise de conteúdo, que de acordo com Bardin (1979 apud MINAYO, 2004, p.199), é definida como um conjunto de técnica de análise de

comunicação visando obter, por procedimento sistemático e objetivo de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos a condições de produção/recepção dessas mensagens.

Desta forma os elementos apreendidos através dos relatos dos sujeitos participantes, assumiram uma representação descritiva, submetendo-se à exposições categóricas, enquanto que alguns dados foram apresentados em tabelas e gráficos.

3.6 Posicionamento ético do pesquisador

A realização deste estudo guiou-se pela observação dos pressupostos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado, promovendo aos participantes informações acerca do estudo.

Na ocasião do encontro para coleta de dados, todos os participantes receberam esclarecimentos sobre os objetivos e métodos da pesquisa através das informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e somente participaram da pesquisa aqueles que concordaram e assinaram o Termo, o qual lhes assegurou informações sobre o caráter científico da pesquisa, participação voluntária do entrevistado(a), sigilo de informações colhidas, anonimato, bem como a liberdade para o consentimento e desistência da participação em qualquer momento, sem que lhe seja atribuído nenhum dano ao participante do estudo.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos dados foi organizada em etapas distintas. Na primeira etapa os participantes do estudo foram caracterizados de acordo com seus dados sócio-demográficos, em seguida, expomos os dados referentes às questões temáticas do estudo.

4.1 Caracterização dos sujeitos do estudo

A tabela 1 disposta abaixo caracteriza o perfil das usuárias da USF José Leite Rolim do Município de Cajazeiras – PB, para tanto, foram analisadas as seguintes variáveis: idade, estado civil, grau de escolaridade, profissão e renda familiar.

Tabela 1 – Distribuição das participantes de acordo com dados sócio-demográficos

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Idade		
18 a 20	03	10
21 a 30	18	60
31 a 40	07	23
41 a 50	02	7
Estado Civil		
Casada	13	43
Solteira	05	17
Amasiada	12	40
Escolaridade		
Sem estudos	01	3
Ensino Fundamental	17	57
Ensino Médio	10	33
Ensino Superior	02	7
Profissão		
Do lar	12	40
Doméstica	05	17
Estudante	04	13
Agricultora	04	13
Outros	05	17
Renda Familiar		
Menos de 1 salário	14	47
1 salário	10	33
De 1 a 3 salários	06	20
Total	30	100%

A análise dos dados contidos na tabela acima revela a distribuição dos participantes do estudo de acordo com os dados sócio-demográficos. Verifica-se que a amostra foi composta por 30 usuárias inseridas numa faixa etária de 18 a 50 anos com predomínio de 60% com idade entre 21 e 30 anos, o que nos permite evidenciar que a grande maioria encontra-se em

idade reprodutiva. Enquanto que, apenas 7% delas apresentam idade entre 41 e 50 anos. A faixa etária representa uma variável importante, uma vez que pode influenciar na qualidade de vida dos indivíduos, pois está diretamente ligada à maturidade para cuidar de si e de sua família, bem como representar papéis dentro da estrutura familiar ou social.

Em relação ao estado civil, verifica-se que 43% são casadas, seguido de 40% de com relacionamentos estáveis, enquanto que, somente 17% são solteiras. As vulvovaginites podem interferir na saúde da mulher independente do seu estado civil, entretanto, os resultados sugerem que o grupo de mulheres com relacionamento instável seja o mais suscetível.

Os dados da pesquisa apontam que a maioria das entrevistadas possuem relacionamento estável. De acordo com Souza; Ribeiro (2000) a ocorrência de IST em um dos cônjuges interfere no relacionamento do casal, principalmente frente a uma situação em que a mulher apresenta sinais e sintomas de vulvovaginites, uma vez que o tratamento para este tipo de doença requer disponibilidade mútua, o que nem sempre acontece por resistência do parceiro.

Conforme o autor supracitado, algumas das vulvovaginites estão relacionadas ao grupo das IST's, sendo estas últimas consideradas um problema de saúde pública, neste contexto, torna-se imprescindível diagnosticar e tratar o mais precoce possível a usuária e, se necessário seu parceiro sexual.

Quando a equipe de saúde dispõe de um método complementar de diagnóstico rápido e eficaz poderá, através deste, traçar estratégias de intervenções com o intuito de modificar a realidade encontrada quebrando a cadeia de transmissão e diminuindo a possibilidade de recidivas (TELES, 2004).

No quesito escolaridade foi observado que 57% das usuárias possuem o ensino fundamental, enquanto que 33% delas o ensino médio, apenas 7% têm ensino superior e 3% não possui instrução. Verifica-se que a maior parte das entrevistadas possuem um certo nível de escolaridade, no entanto, a maioria possui apenas o ensino fundamental. A escolaridade é um parâmetro importante nas pesquisas sociais, pelo seu intermédio é possível compreender a percepção das pessoas em relação a determinado fenômeno ou situação, bem como implementar ações educativas compatíveis com a capacidade de apreensão de conhecimento da população alvo.

Com relação a profissão, observa-se que 40% são donas de casa, 17% são domésticas, 13% são estudantes, 13% relataram ser agricultoras, seguido de 17% que apresentaram outras profissões. Nos dados obtidos verifica-se que a maior prevalência está na profissão do lar. Dentre as profissões citadas também foram identificadas usuárias agricultoras que residem na

zona rural, e, neste caso tais mulheres podem encontrar maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, fazendo-se necessário uma maior atuação dos profissionais e serviços de saúde frente às necessidades desta população.

O MS enfatiza que a dificuldade de acesso às ações de saúde, imposta às mulheres rurais, está relacionada, entre outros fatores, às desigualdades das relações de gênero e de trabalho, às grandes distâncias entre residência e os serviços de saúde e a precária capacitação dos gestores e profissionais de saúde para lidar com essa população (BRASIL, 2007a).

A análise da renda familiar mensal da amostra estudada mostrou que 47% recebem menos de 1 salário mínimo, 33% recebem 1 salário mínimo e apenas 20% tem renda acima de 1 salário mínimo mensal. Estes resultados nos levam a pensar que a maioria das usuárias vive em condições precárias, o que pode repercutir negativamente em sua qualidade de vida e saúde. No tocante a saúde sexual, verifica-se que quanto menor for o poder aquisitivo das pessoas, há maiores chances de contrair IST's, visto que esse grupo tem dificuldade de acesso a informações e conseqüentemente à educação.

4.2 Dados específicos do estudo

Nesta parte do trabalho buscou-se apresentar os resultados oriundos dos dados colhidos das usuárias do estudo, inicialmente teremos a apresentação das mulheres de acordo com os dados referentes a atividade sexual.

Os dados contidos na Tabela 2 são relativos à atividade sexual das usuárias, verifica-se que 87% das entrevistadas possuem vida sexual ativa, enquanto que apenas 13% responderam não possuir vida sexual ativa. Das que são ativas sexualmente 77% têm parceiros fixos enquanto que 10% afirmam ter mais de um parceiro sexual.

Tabela 2 – Distribuição das participantes de acordo com atividade sexual

VARIÁVEIS	f	%
Possui vida sexual ativa		
Sim	26	87
Não	04	13
Possui mais de um parceiro		
Sim	03	10
Não	23	77
Total	26	87*

* O resultado é inferior a 100% uma vez que nem todas as usuárias possuem vida sexual ativa

Sabe-se que as infecções vaginais têm maior prevalência em mulheres sexualmente ativas na faixa etária de 20 a 39 anos, fato que pode ser evidenciado se a mulher possuir mais de um parceiro sexual, aumentando ainda mais a probabilidade de adquirir uma vulvovaginite. Tal patologia vem se configurando como um dos problemas ginecológicos mais comuns, e o corrimento vaginal uma das razões mais frequentes pela qual a mulher procura atendimento nos serviços de saúde, uma vez que esses problemas atrapalham à saúde reprodutiva dessa população, além de afetar a sexualidade entre os parceiros.

No intuito de compreender a percepção das mulheres acerca das vulvovaginites, questionamos se as mesmas já tinham ouvido falar sobre a temática, os dados da tabela 03, mostram que 90% das mulheres já ouviram falar e apenas 10% afirmam nunca ter ouvido falar nessas infecções.

Tabela 03 – Percepção de usuárias acerca das Vulvovaginites

VARIÁVEIS	f	%
Ouviu falar em Vulvovaginites		
Sim	27	90
Não	03	10
Total	30	100
Percepção acerca das Vulvovaginites		
Doença transmissível	07	26
Tipo de Câncer	09	34
Doença na vagina, corrimento, coceira, mau cheiro e ardência	07	26
Não soube explicar	02	7
Outros	02	7
Total	27*	100

* O resultado 27 refere às usuárias que responderam positivamente a este questionamento

Das mulheres que responderam positivamente a este questionamento, percebemos que muitas ficaram confusas com outras doenças como o câncer. Somente 26% das mulheres associam as vulvovaginites a problemas vaginais que causam corrimento, odor fétido, prurido e ardência, seguido de 26% que julgam ser uma doença transmissível. No entanto, 34% das entrevistadas associam ao câncer, isto é uma visão equivocada uma vez que, esta resposta não condiz com a realidade apresentada nas diversas literaturas utilizadas para a construção desta pesquisa.

O MS afirma que a vulvovaginite é uma manifestação inflamatória e/ou infecciosa dos órgãos genitais femininos, tanto da vulva como vagina, bem como do epitélio escamoso da vagina. Com presença ou não de corrimento, odor desagradável, prurido ou ardência na vagina ou na vulva, disúria e sensação de desconforto pélvico (BRASIL, 2006).

Procuramos compreender a situação das mulheres com relação à realização do exame preventivo, esses dados estão contidos na tabela 04, constata-se que 77% já haviam realizado o exame, em contraposição a 23% que ainda não o realizaram. Diante disto, o profissional de saúde deve estar alerta para a captação de mulheres integrantes do grupo de risco e aquelas na faixa etária de maior incidência.

Tabela 04 – Distribuição de usuárias quanto a realização do exame preventivo

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Realizou o exame preventivo		
Sim	23	77
Não	07	23
Total	30	100
Caso positivo, há quanto tempo		
Menos de 01 ano	07	30
01 ano	07	30
Mais de 01 ano	09	40
Total	23*	100
Houve alguma alteração no último resultado		
Sim	13	57
Não	10	43
Total	23*	100
Alterações encontradas		
Candidíase	05	38
<i>Gardnerella</i>	04	31
Inflamação e infecção	03	23
HPV	01	08
Total	13**	100

* O resultado 23 refere às usuárias que realizaram o exame preventivo

** O resultado 13 refere às usuárias que encontraram alterações no resultado do exame preventivo

Apesar do Brasil ter sido um dos pioneiros na introdução do exame de Papanicolau, o percentual de mulheres beneficiadas ainda é muito reduzido. Este fato fere as recomendações da OMS, que estabelece uma cobertura de 85% da população feminina de risco, obtendo-se dessa forma, um impacto epidemiológico com redução das taxas de mortalidade em até 90% (DAVIM, 2005).

No tocante ao intervalo do exame preventivo, 40% realizam o exame em períodos tardiamente (mais de 1 ano). Contudo, vale ressaltar que o estudo em questão não revela se a periodicidade das entrevistadas que realizaram o exame a mais de ano foi após dois exames consecutivos com resultados negativos para displasia ou neoplasia.

Verifica-se que 30% das pesquisadas realizam o exame de Papanicolau em um intervalo preconizado pelo MS, ou seja, anualmente. Enquanto que 30% realizam

precocemente (menos de 1 ano), o que demanda uma intervenção educativa, buscando adequar essa periodicidade com vistas a uma melhor detecção precoce de alterações cervicais sem custos desnecessários, salvo os casos para displasia ou neoplasia.

Em relação aos resultados encontrados no último exame, constatou-se que, 57% das mulheres apresentaram algum tipo de alteração e 43% não apresentaram problemas. Dentre as alterações mencionadas, estão a candidíase com 38%, seguida da *Gardnerella* com 31%. De acordo com Oliveira; Soares (2007), a *Gardnerella vaginalis*, candidíase vaginal e a tricomoníase são responsáveis por 90% dos casos das vulvovaginites infecciosas.

A tabela 05 apresenta a distribuição de mulheres quanto a presença de problemas vaginais, constata-se que 70% apresentaram algum tipo de problema vaginal enquanto que apenas 30% afirmam nunca ter tido algum problema vaginal.

Tabela 05 – Distribuição de usuárias de acordo com a presença de problemas vaginais

VARIÁVEIS	f	%
Já teve algum problema vaginal		
Sim	21	70
Não	09	30
Total	30	100
Caso positivo, sintomas apresentados		
Corrimento	17	81
Mau cheiro	08	38
Ardência	04	19
Dor pélvica	03	14
Coceira	08	38
Dor de urina	03	14
Outros	04	19
Total	47	223*

* O resultado 233 refere às usuárias que apresentaram mais de um sintoma

Estudos apontam que 75% das mulheres adultas, em algum momento, apresentam algum episódio de infecção clínica em suas vidas (HOLANDA et al, 2007). Dentre os principais sintomas apresentados, o corrimento prevaleceu em 81% dos casos, 38% relataram mau cheiro e coceira, 19% narraram sentir ardência, entre outros. De um modo geral, as vulvovaginites se manifestam por meio de corrimento vaginal, prurido vulvovaginal, dor ou ardor ao urinar, dispaurenia e sensação de desconforto pélvico. Salienta-se que esses sinais e sintomas são inespecíficos, além do que, muitas infecções genitais podem ser completamente assintomáticas (BRASIL, 2006).

No fluxograma de corrimento vaginal, adotado no Brasil pelo MS foi incorporado o tratamento de outras possíveis causas infecciosas do corrimento vaginal como a tricomoníase,

Vaginose Bacteriana e candidíase, seguindo alguns níveis de recursos propedêuticos disponíveis em cada situação, ou seja, utilizando o exame ginecológico com espéculo, e, se possível, alguns exames laboratoriais rápidos e simples como o pH vaginal, o teste das aminas e o exame microscópico a fresco do conteúdo vaginal (MENEZES; FAÚNDES, 2004).

Cabe considerar que as alterações mencionadas podem acometer milhões de mulheres anualmente, determinando grande desconforto, interferindo nas relações sexuais e afetivas, podendo levar à complicações ginecológicas e obstétricas, estas têm sido consideradas problemas de saúde pública a nível mundial.

O MS entende que as queixas ginecológicas relacionadas ao trato genital inferior constituem síndromes clínicas que não só devem ser valorizadas, mas sempre que possível, solucionadas antes da coleta do exame preventivo, e que o laudo do exame citopatológico, na maioria das vezes, menciona agentes microbiológicos, que quando associados às queixas clínicas merecem tratamento específico (BRASIL, 2006).

A tabela 06 revela a distribuição de orientações recebidas pelas usuárias sobre a prevenção das vulvovaginites, constata-se que 57% das mulheres afirmam ter sido orientadas. Embora a grande maioria tenha recebido informação, uma parcela bastante significativa 43%, afirma nunca ter sido orientadas quanto a temática, realidade muito preocupante, o que nos leva a perceber a existência de falhas no que diz respeito às ações voltadas para a atenção à saúde da mulher.

A fonte de informação mais citada foi o profissional enfermeiro com 41%, seguido do médico com 35% e outros 24% (Agente Comunitário de Saúde, estudantes de enfermagem), constata-se que houve uma baixa menção dos profissionais enfermeiro e médico, uma vez que nem a metade das entrevistadas referiu ter recebido as suas orientações.

Tabela 06 – Distribuição de orientações recebidas pelas usuárias sobre a prevenção das Vulvovaginites

VARIÁVEIS	f	%
Recebeu orientação sobre a prevenção		
Sim	17	57
Não	13	43
Total	30	100
Que profissional orientou		
Médico	06	35
Enfermeiro	07	41
Outro	04	24
Total	17*	100

* O resultado 17 refere às usuárias que receberam orientações

Este achado pode ser considerado negativo, embora saibamos que as ações de orientações em saúde são inerentes a todos os profissionais de saúde que integram a equipe, no entanto, os profissionais supracitados possuem o ensino superior e subentende-se que encontram-se mais habilitados a prestar esclarecimentos pertinentes a esta população.

As usuárias que receberam orientações relataram terem sido informadas acerca da importância do uso do preservativo, realização do exame preventivo e cuidados com a higiene íntima.

As entrevistadas foram questionadas acerca dos fatores contribuintes para o aparecimento das vulvovaginites, as opiniões obtidas, encontram-se distribuídas no gráfico 01 a seguir.

Mediante a análise do gráfico 01 verifica-se que as entrevistadas apresentaram mais de uma resposta com relação aos fatores contribuintes para o aparecimento das vulvovaginites. Os resultados evidenciam que 100% (N=30) das entrevistadas citaram as infecções vaginais não tratadas e as más condições de higiene, 97% (N=29) a multiplicidade de parceiros, 33% (N=10) o baixo nível sócio-econômico, 30% (N=9) fizeram menção a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e 20% (N=06) acreditam que o estresse é também um fator colaborativo.

A percepção de que as infecções vaginais não tratadas e as más condições de higiene íntima predispoem às vulvovaginites é pertinente, uma vez que especula-se que hábitos higiênicos inadequados possam ser possíveis fatores predisponentes da contaminação vaginal, dentre eles a higiene anal realizada no sentido do ânus para a vagina, e os resíduos de fezes nas calcinhas poderiam ser a origem das leveduras no desenvolvimento das candidíase vulvovaginal (ROSA; RUMEL, 2004). A realização rotineira do exame citopatológico para o diagnóstico e tratamento precoce se configura como uma das principais medidas de controle das infecções sexuais.

A idéia de que o comportamento das mulheres com múltiplos parceiros, o baixo nível sócio-econômico e a dificuldade de acesso ao serviço de saúde aumenta o risco para contrair uma vulvovaginite e IST é verdadeira. Desse modo, um dispositivo importante para a manutenção da saúde sexual da mulher é o uso da camisinha.

No entanto, o perfil sociológico de mulheres, acrescido ao baixo poder econômico e à pouca instrução, faz com que estas exerçam pouca ação de proteção no que se refere a suas vidas e aos seus corpos. A camisinha, muitas vezes, não lhes é acessível e, mesmo quando têm acesso a ela e querem utilizá-la, dificilmente conseguem negociar o seu uso com o parceiro (FERNANDES et al, 2000).

Segundo Coeli et al (2004) razões de natureza psicológica, como estresse, podem desencadear vulvovaginite micótica.

A multiparidade apesar de não estar associada as vulvovaginites, foi uma questão mencionada pelas participantes.

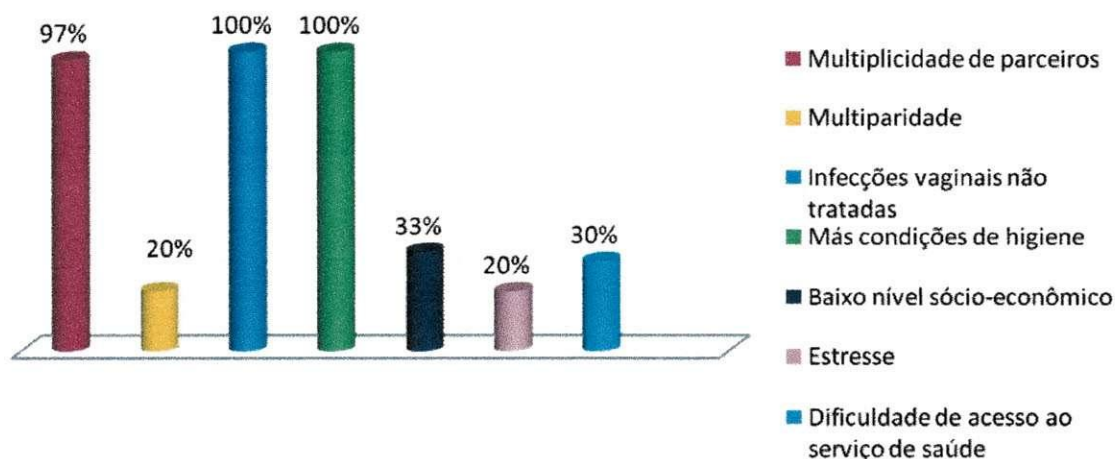


Gráfico 01 - Percepção de usuárias acerca de fatores contribuintes para o aparecimento das vulvovaginites

O gráfico 02 a seguir demonstra o nível de satisfação das usuárias acerca das atividades educativas realizadas na Unidade de Saúde, verifica-se que 73% (N=23) das entrevistadas encontram-se insatisfeitas e somente 27% (N=7) referiram estar satisfeitas com as orientações recebidas. Este fato repercute negativamente frente as ações de saúde da mulher desenvolvidas neste serviço de saúde, pois evidencia que as usuárias tem acesso ao serviço, porém a atenção a elas dispensadas não atende a suas expectativas.

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (BRASIL, 2007a).

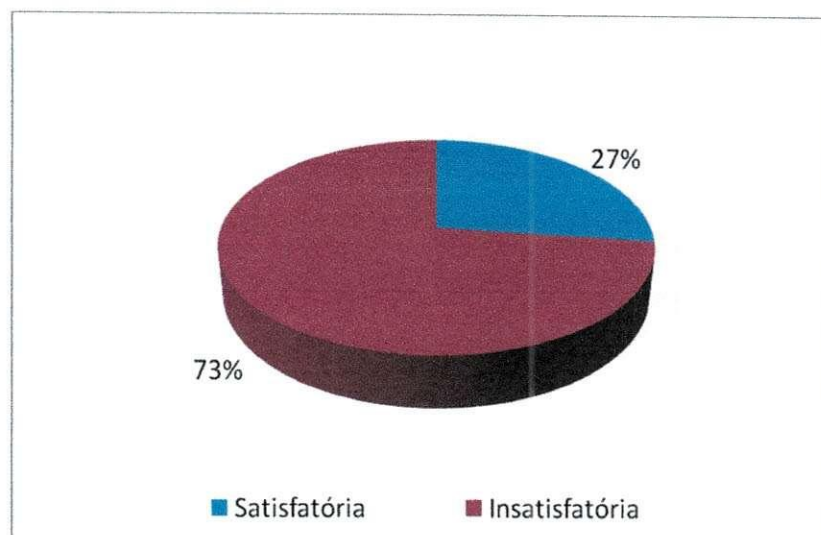


Gráfico 02 – Nível de satisfação de usuárias acerca das ações de educação em saúde para a prevenção das vulvovaginites

Para complementar esta idéia, o MS (Brasil, 2007a, p.60) assinala que a humanização da atenção em saúde é um processo contínuo e demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação. É preciso maior conhecimento de si, para melhor compreender o outro com suas especificidades e para poder ajudar sem procurar impor valores, opiniões ou decisões.

O Programa de Saúde da Família tem como objetivo promover uma adequada atenção primária, permitindo estabelecer um vínculo entre os profissionais de saúde e a população, produzindo ações deliberativas e eficazes. Desse modo, perguntamos a nossas entrevistadas o que poderia ser feito para melhorar as ações de educação em saúde voltadas à saúde da mulher.

Embora as ações de prevenção e promoção da saúde se apresentem como possibilidade de proporcionar longevidade e manter a qualidade de vida das pessoas e comunidades, seus pressupostos ainda não são domínio de alguns profissionais de saúde que atuam nas unidades de saúde (SANTOS et al, 2008). Isto fica nítido nas falas abaixo:

“Os profissionais tinham que orientar mais as mulheres e ensinar sobre essas doenças porque tem muita mulher que tem e não sabe ou tem vergonha de procurar o serviço de saúde” (E. 16)

“Mais palestras que oriente, melhorar mais o atendimento” (E. 13).

“Em termos de cartazes que orientem, divulgação de como se prevenir dessas doenças porque são muitas e às vezes a gente não sabe como se previne” (E. 06).

“Pessoas eficazes para dar palestras e orientações porque a comunidade é muito carente nesses assuntos...” (E. 08).

“Profissionais mais capacitados para orientar as mulheres a se proteger e o parceiro também” (E. 02).

“Podiam atender melhor as pacientes, falar dessas doenças porque tem muitas doenças que a gente nem sabe como pega” (E. 04).

“Tanta coisa, palestras, se reunir com as mulheres que querem aprender como se prevenir dessas doenças porque assim no meu caso eu já tive algumas vezes e era bom eu saber direito” (E. 05).

Fica evidente a necessidade de aumentar a capacidade de resposta da equipe de atenção básica incorporando tecnologias simples, porém resolutivas, como atividades com grupos, debates, palestras, elaboração de panfletos simples confeccionados na própria unidade que facilitariam a compreensão da usuária no processo de prevenção das vulvovaginites.

O MS vem nos comunicar que, o acolhimento e a assistência em saúde são aspectos essenciais da política de humanização, implica recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas permitindo que ela expresse suas preocupações, angustias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2002).

No entanto torna-se imperativo que os profissionais de saúde estejam preparados e sensibilizados para compreender a mulher em suas crenças, valores e expectativas, construindo assim, um sistema que possibilite a sua efetiva participação no processo cuidativo, minimizando a lacuna existente entre o conhecimento popular, podendo assim, favorecer positivamente o vínculo profissional-usuário.

Quando se coloca em debate o tema saúde da mulher direcionado ao Programa de Saúde da Família e conseqüentemente ao Sistema Único de Saúde é notória a importância que se tem em prestar um atendimento de qualidade a esse grupo prioritário, visto que as mulheres representam 50,77% da população brasileira e são as principais usuárias do SUS (BRASIL, 2007a).

Os resultados demonstram que mais da metade das mulheres entrevistadas possuem idade entre 21 e 30 anos, caracterizando um maior número de mulheres em idade reprodutiva, que por sua vez estão mais vulneráveis as vulvovaginites. A sintomatologia apresentada por essas inflamações interfere no cotidiano feminino, causando desconforto e prejudicando muitas vezes o relacionamento sexual.

Outro achado relevante é o fato de que uma parcela significativa das entrevistadas não havia recebido nenhuma orientação acerca das vulvovaginites, apontando falhas no serviço. A partir desta análise fica evidente que apesar de todos os avanços nas políticas públicas de atenção à saúde da mulher no Brasil, percebe-se ainda a necessidade de implementação das ações destinadas a esse grupo populacional por parte dos profissionais de saúde.

Neste contexto, faz-se necessário reforçar a importância da Educação em Saúde nas Unidades de Saúde da Família, por intermédio de valorização das palestras informativas, atendimento de qualidade, desenvolvimento de uma escuta cuidadosa, na tentativa de minimizar os tabus, preconceitos e distorções transmitidas que funcionam como barreiras na atenção precoce dessas doenças. É importante também, que a população feminina seja conscientizada dos seus direitos enquanto mulher e possam perceber na atuação dos profissionais de saúde a garantia de integridade física e seu bem-estar emocional.

A análise dos dados deste estudo também alerta à compreensão do papel exercido pela educação face à saúde. Assim sendo, a tomada da conscientização é ponto de partida aos profissionais de saúde. Além de ouvir as preocupações do cliente, o profissional de saúde deve facilitar a reflexão e a superação de dificuldades, prover informação, apoio emocional e auxiliar nas decisões para a adoção de medidas preventivas.

Desse modo, podemos salientar a importância da educação em saúde no âmbito da atenção primária, visto que a atenção básica visa à promoção da saúde, bem como a prevenção e reabilitação de doenças, portanto é necessário que os serviços de saúde trabalhem na perspectiva da realização de práticas educativas, uma vez que esta proporciona aos indivíduos a obtenção de maiores informações sobre saúde e conseqüentemente a aquisição de uma boa qualidade de vida.

Esperamos que a realização deste trabalho possa contribuir para a melhoria na qualidade da assistência à mulher, no intuito de sensibilizar não só os profissionais de saúde como também os gestores, visto que os resultados da pesquisa, apontam para a existência de problemas estruturais do serviço, que demandam a necessidade de rever, repensar as práticas gestoras, assim como de todos os envolvidos neste processo. Ademais, esperamos que este estudo possa servir de base e incentivo para a construção de pesquisas voltadas a área de saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

ÁLVARES, C. A. et al. Candidíase vulvovaginal: fatores predisponentes do hospedeiro e virulência das leveduras. **J. Bras. Patol. Med. Lab.** vol.43 n.5, Rio de Janeiro Sept./Oct. 2007.

ALVES, V. S. Modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface.** Salvador, v.9, n.16, p. 39-52, setembro, 2005.

BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S291-S300, 2009.

BARCELOS, M. R. B. et al. Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco. **Rev. Bras. Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 7, p. 349-354, 2008.

BERGAMASCO, R. B.; KIMURA, A. F. **Saúde da mulher no curso da vida. In Manual de enfermagem.** 2001. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/38manual_enfermagem.pdf. Acesso em 10 de agosto de 2009.

BEZERRA, A. L. Q. Educação Permanente: a manutenção da qualidade. **Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem**, Salvador, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde.** Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996.

_____. Ministério da Saúde. **O Desafio de Contribuir e Implementar Políticas de Saúde: Relatório de Gestão.** 2000-2002. Brasília: 2002.

_____. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de AIDS e outras DST.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. A educação em saúde na prática do PSF. **Manual de enfermagem.** 2001. Disponível em: <www.ids-saude.org.br/enfermagem>. Acesso em: 28 de novembro de 2009.

COELI, R. et al. **Manual de Clínica da MEAC.** 2004. <Disponível em: www.meac.ufc.br/ginecologia/arquivos> Acesso em: 05 de Dezembro de 2009.

COPERLAND, L. J. **Tratado de ginecologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.

CORDEIRO, S. N. et al. Vulvovaginites recorrentes: uma doença psicossomática? **J bras doenças sex transm** . v. 16, n.1, p. 45-51, 2004. **J**

DAVIM, R. M. B. et al. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolau. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v: 39, n. 3, Set. 2005.

FERNANDES, A. M. S. et al. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16 (Sup 1):103-112, 2000.

FERRAZ, D. A. S.; NEMES, M. I. B. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na Atenção Básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S240-S250, 2009.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em ginecologia**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

GARCIA, M. A. A, saber agir e educar: o ensino - aprendizagem em serviços de Saúde. **Revista Interface** – Comunicação, saúde, educação. São Paulo, v.5, n8, p. 89 – 99, fev. 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HASENACK, B. S. et al. Estudo comparativo dos diagnósticos de vaginose bacteriana pelas técnicas de Papanicolau e Gram. **RBAC**, vol. 40(2): 159-162, 2008.

HEILBORN, M. L. et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S269-S278, 2009.

HOLANDA, A. A. R. et al . Candidíase vulvovaginal: sintomatologia, fatores de risco e colonização anal concomitante. **Rev. Brasil. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, Jan. 2007 .

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas de população**. Brasília-DF, 2008. <Disponível em: www.ibge.gov.br>

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MENEZES, M. L. B; FAÚNDES, A. E. Validação do fluxograma de corrimento vaginal em gestantes. **DST – Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis**. v.16, n.1, p.38-44, 2004.

MINAYO, M. C. de S. (Org) et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2004.

OHARA, E. C. C. et al. **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

OLIVEIRA, E. H; SOARES, L. F. Prevalência de vaginites infecciosas através da Citologia Clínica: Um estudo no Laboratório Central de Saúde Pública do Piauí. **RBAC**, vol. 39(1): 33-35, 2007.

ROCHA, K. P. W. F. A educação em saúde no ambiente hospitalar. **Revista Nursing**. Paraná, v.108, n.9, p.216-221, maio, 2007.

ROSA, M. I; RUMEL, D. Fatores associados à candidíase vulvovaginal: estudo exploratório. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, Fev. 2004 .

SALMERON, N. A.; FUCITALO, A. N. Programa de Saúde da Família: o papel do enfermeiro na área de saúde da mulher. **Saúde Coletiva**, v. 04, n. 19, p. 25-29, 2008.

SANTOS, F. R. et al. Promoção em Saúde: Pressupostos, Sentidos, Práticas e a Compreensão dos Técnicos em Saúde. In: SAITO, R. X. S. **Integralidade da atenção**. 1 ed. São Paulo: Martinari, 2008. Cap. 2, p. 47-80.

SMELTZER, S. C, BARE, Brenda G. Brunner/Sudarth. **Tratado de enfermagem Médico-Cirúrgico**. 9º. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2006.

SOUTO, K. M. B. Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun. 2008.

SOUZA, E. P; RIBEIRO, M. L. M. M. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. São Paulo: Atheneu, 2000.

TEIXEIRA, C. A. B.; *Et al.* Comunicação Interpessoal como Instrumento que Viabiliza a Qualidade da Consulta de Enfermagem Ginecológica. **Rev. APS**, v. 12, n. 1, p. 16-28, jan./mar. 2009.

TELES, E. P. B. **Manual de Clínica da MEAC**. 2004. <Disponível em: www.meac.ufc.br/ginecologia/arquivos> Acesso em: 05 de Dezembro de 2009.

TORRES, G. V. **Atividades Educativas na Prevenção da AIDS, em uma rede básica de saúde: uma abordagem compreensiva para atuação do enfermeiro**. 1999 Dissertações (Mestrado em Enfermagem) UFPB João Pessoa 1999.

VICTOR, J. F. VIEIRA, N. F. C. A educação em saúde na visão dos enfermeiros do Programa de Saúde da Família (PSF). **Rev. Rene**. v.3, n.1, julho/dezembro, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Conhecimento de usuárias de uma Unidade de Saúde da Família acerca das vulvovaginites

Pesquisador responsável: Edineide Nunes da Silva

Pesquisador participante: Jainara Mendes de Carvalho

Eu _____, RG _____, CPF _____, residente na _____, fui informado (a) que este projeto tem o objetivo de averiguar o conhecimento de usuárias de uma Unidade de Saúde da Família acerca das vulvovaginites. Para desenvolvê-lo as participantes deste estudo deverão responder um questionário contendo perguntas objetivas e subjetivas elaboradas com fins específicos de alcançar os objetivos propostos.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa tive assegurados os meus direitos de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Tive assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato. Os resultados da pesquisa só serão utilizados para fins científicos.

Caso deseje, eu posso procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, BR 230, Km 504, Caixa Postal 30, CEP 58900-000, Cajazeiras (PB), telefone (83) 3531-2848, ou com o Coordenador, o professor Joselito Santos, telefone (83) 8836-6250/ 3335-4586.

Após obter as informações necessárias sobre o projeto de pesquisa, declaro ainda estar ciente do conteúdo deste Termo e desejar participar do projeto.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

Nome do sujeito ou responsável: _____

Assinatura: _____

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisa):

Testemunha 1:

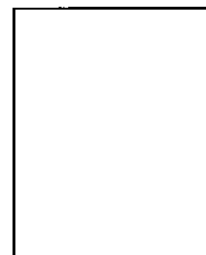
Nome: _____

Assinatura: _____

Testemunha 2:

Nome: _____

Assinatura: _____



Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE B
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA:

1.1 Idade: _____ anos

1.2 Situação conjugal:

- casada viúva amasiada
 solteira divorciada

1.3 Escolaridade:

- Sem estudo
 Ensino Fundamental
 Ensino Médio
 Ensino Superior

1.4 Profissão: _____

1.5 Renda:

- Menos de um salário Um salário
 De um a três salários De três ou mais salários

2 – DADOS ESPECÍFICOS DO ESTUDO

2.1 A senhora possui vida sexual ativa?

- Sim Não

2.2 Em caso de possuir vida sexual ativa a senhora possui mais de um parceiro sexual?

- Sim Não

2.3 A senhora já ouviu falar em vulvovaginite?

- Sim Não Caso positivo descreva a sua percepção sobre esse assunto

2.4 A senhora já realizou o exame preventivo?

- Sim Não caso positivo, há quanto tempo? _____

2.5 Se a senhora já tiver se submetido ao exame preventivo, houve alguma alteração no resultado do último exame?

- Sim Não Caso positivo, qual(is)? _____

2.6 A senhora já teve algum problema vaginal?

Sim Não Caso positivo, quais foram os sintomas apresentados:

2.7 Na percepção da senhora existem fatores contribuintes para o aparecimento das vulvovaginites?

Sim Não Caso positivo, quais seriam esses fatores?

Multiplicidade de parceiros sexuais

Multiparidade

Infecções vaginais não tratadas

Más condições de higiene íntima

Baixo nível socioeconômico

Estress

Dificuldade de acesso ou de utilização dos serviços de saúde

Outros: _____

2.8 A senhora foi orientada sobre a prevenção das Vulvovaginites?

Sim Não Caso positivo, qual(is) os profissional(is) que lhe orientaram?

Enfermeiro(a) Médico Outro: _____

2.9 Como a senhora classifica as ações de educação em saúde para a prevenção de vulvovaginites realizadas nesta unidade de saúde?

Satisfatórias Insatisfatórias Outro Especificar: _____

2.10 Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar as ações de educação em saúde voltadas a saúde da mulher nesta unidade de saúde?

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS- PB

OFÍCIO CCE/CFP/UFCG N. 43/09

Cajazeiras, 07 de outubro de 2009.

Da: Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem/CFP/UFCG

À: Secretária Municipal de Saúde

Sra. Raelza Borges de Almeida Pereira

Venho por meio deste, solicitar a V. Sa. Autorização para a aluna Jainara Mendes de Carvalho, matrícula Nº 50522118, coletar dados referente ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) ao Curso de Graduação em Enfermagem intitulado: **CONHECIMENTO DE USUÁRIAS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DAS VULVOVAGINITES.**

Sob a orientação da Professora Esp. Edineide Nunes da Silva
Durante o período de Novembro de 2009.

Atenciosamente,

p/ Flávia Oliveira

Coordenador de Pesquisa e Extensão

Flávia Márcia Oliveira
UACV / CFP / UFCG
COORDENADORA ADMINISTRATIVA
SIAPE 1648282

Raelza Borges de Almeida Pereira

Ilma. Sra. Raelza Borges de Almeida Pereira
Secretária Municipal de Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS- PB

OFÍCIO Nº 19

Cajazeiras, 07 de outubro de 2009.

Da: Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem/CFP/UFCCG

À: Unidade de Saúde da Família José Leite Rolim


Sr. Charles Duane Casemiro de Oliveira

Venho por meio deste, solicitar a V. Sa. Autorização para a aluna Jainara Mendes de Carvalho, matrícula Nº 50522118, coletar dados referente ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) ao Curso de Graduação em Enfermagem intitulado: **CONHECIMENTO DE USUÁRIAS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DAS VULVOVAGINITES.**

Sob a orientação do Professora Esp. Edineide Nunes da Silva

Durante o período de Novembro de 2009.

Atenciosamente,



Coordenador de Pesquisa e Extensão

Flávia Márcia Oliveira
UACV / CFP / UFCCG
COORDENADORA ADMINISTRATIVA
SIAPE 1648282

Ilmo. Sr. Charles Duane Casemiro de Oliveira
Enfermeiro da Unidade de Saúde da Família José Leite Rolim

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS – PB

OFÍCIO CCE/CFP/UFCG N. 43/09

Cajazeiras, 07 de outubro de 2009.

Da: Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem
Ao: Comitê de Ética e Pesquisa

Venho por meio deste, encaminhar o Projeto de Monografia da aluna, Jainara Mendes de Carvalho, matrícula N° 50522118 intitulado: **CONHECIMENTO DE USUÁRIAS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DAS VULVOVAGINITES**, para fins de apreciação e parecer. Ademais, segue em anexo: Projeto de Pesquisa, Folha de Rosto para Pesquisa envolvendo seres humanos devidamente assinada e cadastrada, bem como o Currículo Lattes do orientador.

Atenciosamente,


ANEXO 1
CCE/CFP/UFCG
N.º 43/09
Cajazeiras, 07 de outubro de 2009

Coordenação do curso

Ao Comitê de Ética e Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Dr. José Cezário de Almeida, Diretor do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, autorizo a realização da pesquisa intitulada: "Docentes universitários: quais as expectativas acerca da aposentadoria?", cujo objetivo geral é verificar as expectativas dos docentes universitários em transição à aposentadoria acerca do processo de aposentadoria. O estudo tem como pesquisadora responsável a Prof^a Dr^a Francisca Bezerra de Oliveira e assistente a aluna Jesana Sá Damasceno do curso de Graduação em Enfermagem. O estudo se respaldará na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que no Brasil, regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

Cajazeiras, 07 de fevereiro de 2013

Dr. José Cezário de Almeida
Diretor do CFP

Jose Cezario de Almeida
2013