



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**



**PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL MESTRADO**

JOAQUIM GUERRA DE OLIVEIRA NETO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMEIROS NO PRÉ-NATAL PARA PREVENÇÃO E
CONTROLE DA INFECÇÃO URINÁRIA**

TERESINA-PI

2016

JOAQUIM GUERRA DE OLIVEIRA NETO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMEIROS NO PRÉ-NATAL PARA PREVENÇÃO E
CONTROLE DA INFECÇÃO URINÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Nível Mestrado da Universidade Federal do Piauí como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no contexto social brasileiro

Linha de pesquisa: Políticas e práticas socioeducativas de Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dra. Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle

TERESINA-PI

2016

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Serviço de Processamento Técnico

O48a Oliveira Neto, Joaquim Guerra de.
Assistência de enfermeiros no pré-natal para prevenção e controle da infecção urinária / Joaquim Guerra de Oliveira Neto. -- 2016.
93 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2016.

“Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle.”

1. Infecções Urinárias. 2. Gravidez – Pré-natal. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Enfermagem - Assistência. I. Título.

CDD 616.6

JOAQUIM GUERRA DE OLIVEIRA NETO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMEIROS NO PRÉ-NATAL PARA PREVENÇÃO E
CONTROLE DA INFECÇÃO URINÁRIA**

**Relatório final de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção
do título de Mestre em Enfermagem**

Aprovado em: ____/____/2016

BANCA EXAMINADORA

**Prof.^a Dra. Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle – Presidente/orientadora
Universidade Federal do Piauí – UFPI**

**Prof.^a Dra. Luana Kelle Batista Moura – 1^a Examinadora
Centro Universitário UNINOVAFAPI**

**Prof.^a Dra. Inez Sampaio Nery – 2^a Examinadora
Universidade Federal do Piauí – UFPI**

**Prof.^a Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães – Suplente
Universidade Federal do Piauí – UFPI**

Dedico este trabalho aos meus irmãos Tércio Rangel e Tércia Morgana pelo apoio e incentivo, aos meus pais José Aquino e Maria Angélica pelo exemplo de determinação, garra e amor e à minha amada Aleily Daiany.

Amados essa conquista também é de vocês!

AGRADECIMENTOS

Apesar desse curso de mestrado ter subtraído algumas centenas de fios de cabelo, estou feliz, pois aqui concluo outro ciclo de minha vida e inicio um novo. Nessa perspectiva:

Agradeço a Deus e a Nossa Senhora, Mãe de Jesus Cristo, pela proteção e força divina para cumprir mais uma etapa dessa caminhada da vida. Por me iluminar, encher minha vida de alegria e me proporcionar conquistas maravilhosas, pois Deus é tão maravilhoso que me faz acreditar que sempre existirão motivos para lutar. “Lutar para ser o melhor. Não melhor que ninguém, mas o melhor que eu possa ser, porque se eu quero, eu posso, se eu posso, eu vou lutar para conseguir!”. Dando o melhor de mim sempre.

Aos meus pais José Aquino e Maria Angélica pelo exemplo de superação, honestidade, trabalho e amor; por acreditarem em mim, instruírem meu caminho, serem minha fonte de inspiração a cada dia.

Aos meus irmãos Tércio Rangel e Tércia Morgana que sempre me apoiaram e incentivaram em todos os sentidos.

À minha amiga e namorada Aleily Daiany, pela incessável compreensão, companheirismo, apoio, incentivo e principalmente por acreditar em mim, quando eu mesmo não acreditei. Essa conquista eu também dedico a você, mulher dos meus sonhos!

Ao meu amigo e irmão Guilherme Guarino pelas palavras de conforto, apoio imensurável, companheirismo, empatia e amizade leal. Eh! Meu amigo, conseguimos o tão almejado mestrado e se Deus quiser, seguiremos rumo ao doutoramento!

Aos meus amigos e colegas de turma do Mestrado, em especial, Guilherme Guarino, Allamy Danilo, Girlene Ribeiro, Lourival Júnior, Raylane Machado, Ruth Rocha, Laelson Millanês, Inara Sena, Gaubeline Feitosa, pelo acolhimento, empatia, companheirismo e apoio para que a finalização desta dissertação fosse possível. Minha gratidão e admiração.

Ao amigo pernambucano e Doutorando Prof. Nelson Miguel Galindo, pelas palavras de conforto, disponibilidade e orientação fundamental na elaboração do projeto. Minha sincera gratidão, respeito e admiração.

A Prof.^a Dra. Maria do Carmo de Carvalho e Martins, que muito influenciou minha vida acadêmica e profissional. Por me aproximar da possibilidade de adentrar ao curso de mestrado. Imensurável gratidão pelo apoio, incentivo, compartilhamento de angústias e saberes. Eis referência na minha prática docente.

A Prof.^a Dra. Andréia Valle, pela orientação desta pesquisa e ensinamentos ao seu jeito especial de ser.

Aos membros da banca examinadora, professoras Inez Nery, Luana Moura, Rosilane Magalhães, pelas valiosas contribuições para o enriquecimento dessa pesquisa.

Aos professores do Mestrado em Enfermagem UFPI, pela possibilidade de construção de novos saberes ao longo destes dois anos.

A mestranda Hérica Emília, por se dispor em ajudar na minha pesquisa. Obrigado por sua contribuição.

Aos servidores da Secretaria Municipal de Saúde do município de Florianópolis, pela autorização e contribuição com esta pesquisa.

Aos funcionários do programa de pós-graduação em enfermagem, em especial à Ruth Barros, Rafael e Leonardo.

Aos meus familiares, pelo apoio, incentivo, admiração e compreensão do meu afastamento em alguns dos encontros de família.

A todos os meus amigos próximos e distantes que compreenderam a minha ausência em momentos de lazer e me incentivaram nos momentos mais difíceis ao longo desta jornada de estudos.

Thank you very much!

“A vida me ensinou a nunca desistir, nem ganhar, nem perder, mas procurar evoluir”

Charlie Brown Jr.

RESUMO

As infecções do trato urinário podem ser de origem comunitária ou estar relacionadas à assistência à saúde. No período gestacional, elas representam uma das formas mais comuns de infecção bacteriana, pois se manifestam geralmente no primeiro trimestre, além de ser a terceira intercorrência clínica mais comum. Por isso, as condutas adequadas, na assistência prestada pelo enfermeiro, são essenciais para o melhor prognóstico materno-fetal. Este estudo objetivou descrever e discutir a assistência de enfermeiros na consulta de pré-natal para prevenção e controle da infecção do trato urinário. Estudo qualitativo descritivo realizado nas 24 unidades básicas de saúde do município de Floriano-PI. Participaram 22 enfermeiros que atuam na zona rural e urbana. A coleta foi realizada no período de fevereiro a março de 2016, utilizando-se um questionário semiestruturado contendo dados sociodemográfico seguido da técnica de entrevista. Realizou-se a escuta dos depoimentos e elaboração do *corpus*. O processamento dos dados deu-se com auxílio do *software* IRAMUTEQ por meio do método da Classificação Hierárquica Descendente. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFPI sob o parecer nº 1.380.128 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Verificou-se que a maioria dos enfermeiros (n=21) eram mulheres, com idade entre 31 e 40 anos (n=15); com cinco anos ou mais de formados (n=11). A maior parte (n=14) sempre atuou na atenção básica, era especialista em Saúde da Família, Saúde Pública e/ou em Obstetrícia (n=11). Metade deles não fazem cursos, periodicamente, de atualização em saúde da mulher. O *corpus* foi dividido em 316 segmentos de texto analisáveis com aproveitamento de 64.23% do material processado. A análise dos agrupamentos de palavras e interpretação dos significados conduziu a nomeação dos respectivos sentidos das classes com base nas palavras evocadas: Classe 1 – Rotina de atendimento do enfermeiro à gestante (Solicitar; Urocultura; Exame; Pedir; Sumário de urina); Classe 2 – Educação em saúde como principal medida adotada pelo enfermeiro para prevenção de infecção urinária em gestantes (Higiene; Orientar; Roupas; Calça; Muito; Cuidado); Classe 3 – Condutas do enfermeiro para prevenção e controle de infecção urinária em gestantes (Médico; Agendar; Aqui no posto; Encaminhar; Enfermeiro); Classe 4 – Dificuldades no diagnóstico de infecção urinária em gestantes (Chamar; Laboratório; Atenção; Repetir; Sentir). A assistência dos enfermeiros está fundamentada nas orientações e encaminhamento. As principais medidas de prevenção e controle foram orientações quanto a higienização íntima, ingestão de líquidos, higiene antes e após a relação sexual, não atrasar o esvaziamento voluntário da bexiga e uso de roupas leves.

Descritores: Infecções Urinárias. Gravidez. Papel do Profissional de Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

Urinary Tract Infections (UTI) may be community-acquired or be related to health care. In the gestational period, they represent one of the most common bacterial infection, considering that they usually manifest in the first trimester, besides being the third most common clinical occurrence. Therefore, the appropriate behavior, in the assistance provided by the nurse, is essential for an efficacious maternal-fetal prognosis. This study aimed to describe and discuss the assistance of nurses in the prenatal consultation for the prevention and control of urinary tract infection. A qualitative descriptive study carried out in the 24 Basic Health Units of the municipality of Floriano, Piauí, Brazil. Twenty-two nurses working in rural and urban areas participated. The data capture was performed from February to March 2016, using a semi-structured questionnaire containing sociodemographic data followed by an interview technique. We listened to the statements and elaborated the corpus. The Data processing was done using the IRAMUTEQ software applying the Hierarchical Descending Classification method. The study was approved by the Ethics Committee of the UFPI under no. 1,380,128 and all participants signed the Informed Consent Term. It was verified that the majority of the nurses (n = 21) were women, aged between 31 and 40 years (n = 15); With five or more years graduated (n = 11). The majority (n = 14) always worked in basic care, specialized in Family Health, Public Health and / or Obstetrics (n = 11). Half of them do not take periodic refresher courses on women's health. The corpus was divided into 316 segments of text that can be analyzed using 64.23% of the material processed. The analysis of the groupings of words and interpretation of the meanings led to the naming of the respective meanings of the classes based on the words evoked: Class 1 - Routine of care of the nurse to the pregnant woman (Request; Urine Culture; Examination; Request; Urine Analysis); Class 2 - Health education as the main measure adopted by nurses to prevent Urinary Tract Infections in pregnant women (Hygiene; Guidance; Clothing; Pants; Great; Care); Class 3 - Nursing conducts for the prevention and control of urinary tract infection in pregnant women (Medical, Schedule, Here at the post, Forward, Nurse); Class 4 - Difficulties in the diagnosis of urinary infection in pregnant women (Call, Laboratory, Attention, Repeat, Feel). Nurses' assistance is based on guidelines and referral. The main prevention and control measures were guidelines for intimate hygiene, fluid intake, hygiene before and after sexual intercourse, not delaying voluntary emptying of the bladder and wearing light clothing.

Descriptors: Urinary Tract Infections. Pregnancy. Nurse's Role. Primary Health Care. Nursing Care.

RESUMEN

Las infecciones del trato urinario pueden ser de origen comunitario o estar relacionadas a la asistencia a la salud. En el periodo de la gestación, ellas representan una de las formas más comunes de infección bacteriana, pues se manifiestan generalmente en el primer trimestre, además de ser la tercera ocurrencia clínica más común. Por eso, las conductas adecuadas, en la asistencia prestada por el enfermero, son esenciales para el mejor pronóstico materno-fetal. Este estudio objetivó describir y discutir la asistencia de enfermeros en la consulta de prenatal para prevención y control de la infección del trato urinario. Estudio cualitativo descriptivo realizado en las 24 unidades básicas de salud del municipio de Floriano-PI. Participaron 22 enfermeros que actúan en la zona rural y urbana. La colecta fue realizada en el periodo de febrero a marzo de 2016, utilizándose un cuestionario semiestructurado conteniendo datos socio-demográficos seguido de la técnica de entrevista. Se realizó la escucha de las declaraciones y elaboración del corpus. El procesamiento de los datos se dio con auxilio del software IRAMUTEQ por medio del método de la Classificação Hierárquica Descendente (Clasificación Jerárquica Descendente). El estudio fue aprobado por el Comitê de Ética da UFPI (Comité de Ética de UFPI) bajo el parecer nº 1.380.128 y todos los participantes firmaron el Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Término de Consentimiento Libre y Aclarado). Se verificó que la mayoría de los enfermeros (n=21) eran mujeres, con edad entre 31 y 40 años (n=15); con cinco años o más de graduados (n=11). La mayor parte (n=14) siempre actuó en la atención básica, era especialista en Saúde da Família (Salud de la Familia), Saúde Pública (Salud Pública) y/o en Obstetrícia (Obstetricia) (n=11). Mitad de ellos no hace cursos, periódicamente, de actualización en salud de la mujer. El corpus fue dividido en 316 segmentos de texto analizables con aprovechamiento de 64.23% del material procesado. El análisis de los agrupamientos de palabras e interpretación de los significados condujo el nombramiento de los respectivos sentidos de las clases con base en las palabras mencionadas: Clase 1 – Rutina de atendimento del enfermero a la gestante (Solicitar; Toma de prueba de orina; Examen; Pedir; Sumario de orina); Clase 2 – Educación en salud como principal medida adoptada por el enfermero para prevención de infección urinaria en gestantes (Higiene; Orientar; Ropa; Pantalón; Mucho; Cuidado); Clase 3 – Conductas del enfermero para prevención y control de infección urinaria en gestantes (Médico; Incluir en la agenda; Aquí el en puesto; Encaminar; Enfermero); Clase 4 – Dificultades en el diagnóstico de infección urinaria en gestantes (Llamar; Laboratorio; Atención; Repetir; Sentir). La asistencia de los enfermeros está fundamentada en las orientaciones y encaminamiento. Las principales medidas de prevención y control fueron orientaciones en cuanto a higienización íntima, ingestión de líquidos, higiene antes y tras la relación sexual, no atrasar el vaciado voluntario de la vejiga y uso de ropas leves.

Descriptor: Infecciones Urinarias. Embarazo. Rol de la Enfermera. Atención Primaria de Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Dendograma das classes obtidas a partir do *corpus*. Teresina, 2016 47

Figura 2 – Dendograma da assistência de enfermeiros no pré-natal para prevenção e controle da infecção do trato urinário. Teresina, 2016 48

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1 – Banco de dados para decodificar variáveis fixas	38
Quadro 2 – Distribuição dos dados relativos aos profissionais segundo aspectos sociodemográfico. Teresina, 2016.	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
BA	Bacteriúria Assintomática
CAS	Casado (a)
CE	Ceará
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CIERS-ed	Centro Internacional de Estudos em Representações Sociais e Subjetividade-Educação
EAS	Elementos Anormais e Sedimento
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEM	Feminino
FCC	Fundação Carlos Chagas
GNU GPL	General Public License
HBsAg	Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Ig G	Imunoglobulina G
Ig M	Imunoglobulina M
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
ITU	Infecção do Trato Urinário
LACCOS	Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição
MAS	Masculino
Mp3	Moving Picture Experts Group (MPEG) Layer 3
MT	Mato Grosso
NIN	Não Informou
PE	Pernambuco
PRI	Privada
PROPEAQ	Pró Reitoria de Pesquisa
PUB	Pública
SEP	Separado (a);
SOL	Solteiro (a)
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE	Unidades de Contextos Elementares

UCI	Unidade de Contexto Inicial
UFC	Unidade Formadora de Colônia
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNESP	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
VCC	Vive Com Companheiro (a)
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
X ²	Qui-quadrado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Contextualização do problema.....	17
1.2 Objeto de estudo.....	19
1.3 Questão norteadora.....	19
1.4 Objetivos.....	19
1.5 Justificativa e relevância do estudo.....	20
2 REFERENCIAL TEMÁTICO.....	21
2.1 Infecção comunitária como problema de saúde pública.....	21
2.2 Infecções do trato urinário do período gestacional.....	25
2.3 Atuação do enfermeiro na assistência pré-natal para prevenção e controle das infecções do trato urinário.....	28
3 METODOLOGIA.....	34
3.1 Tipo de estudo.....	34
3.2 Cenário do estudo.....	34
3.3 Participantes do estudo.....	35
3.4 Procedimentos para a produção de dados.....	36
3.5 Processamento e análise dos dados.....	37
3.6 Aspectos éticos e legais.....	40
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
4.1 Caracterização dos enfermeiros estudados.....	41
4.2 Organização e descrição do conteúdo das classes.....	45
4.2.1 Classe 1 – Rotina de atendimento do enfermeiro à gestante.....	49
4.2.2 Classe 3 – Condutas do enfermeiro para tratamento e prevenção de infecção urinária em gestantes.....	54
4.2.3 Classe 4 – Dificuldades no diagnóstico infecção urinária em gestantes.....	57
4.2.4 Classe 2 - Educação em saúde como principal medida adotada pelo enfermeiro para prevenção de infecção urinária em gestantes.....	61
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS.....	
APÊNDICES.....	
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	82

	17
APÊNDICE B - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA.....	83
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	84
ANEXOS	87
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANO-PI.....	88
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP.....	90

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

As infecções do trato urinário (ITUs) estão entre as doenças infecciosas mais frequentes e comuns na prática clínica, particularmente em mulheres sexualmente ativas, adultos jovens e crianças hospitalizadas ou não, podendo atingir todas as faixas etárias (ANVISA, 2004; LO et al., 2013).

As ITUs podem ser de origem comunitária ou estar relacionadas à assistência à saúde. Quando está associada ao serviço de saúde, são definidas como contaminações do trato urinário diagnosticadas após o acesso em um serviço de saúde e para as quais, no momento da admissão, não apresentam sinais e sintomas característicos ou em estado de incubação; enquanto a ITU de origem comunitária é definida como infecção detectada com menos de 48 horas de internação no serviço de saúde (ANVISA, 2009; CARDOZO JUNIOR; SILVA, 2014).

Assim, a ITU pode ser entendida como colonização de microorganismos que geralmente provocam lesões aos tecidos do sistema urinário (uretra, bexiga, ureteres e parênquima renal) causadas por endotoxinas bacterianas (SALCEDO et al., 2010; MARTINI et al., 2011). Elas podem ser classificadas em assintomática e sintomática. Nas sintomáticas, têm-se as infecções caracterizadas segundo o local de ocorrência, ainda por cima, é possível constatar bacteriúria significativa do sistema urinário inferior e superior (cistite e pielonefrite, respectivamente). Por sua vez, as infecções urinárias assintomáticas são desprovidas de qualquer sintomatologia, porém, apresentam bacteriúria significativa (FIGUEIREDO et al., 2012).

No mundo todo, cerca de 150 milhões de pessoas são diagnosticadas a cada ano com ITU, o que provoca um impacto financeiro substancial tanto para o sistema de saúde quanto para a sociedade, a um custo que pode variar em bilhões de dólares. Nos Estados Unidos, as mulheres que apresentam sintomas ligados à ITU representam cerca de 3 a 4% das consultas médicas anuais, sendo que no Brasil esse índice representa praticamente o dobro, ou seja, são responsáveis por 80 em cada 1.000 consultas (AKRAM et al., 2007; MARTINI et al., 2011; RODRIGUES et al., 2013; LAROCCO et al., 2016).

Nessas condições, essa patologia representa a forma mais comum de infecção bacteriana na gestação, que se manifesta geralmente no primeiro trimestre,

abrange de 10 a 12% das grávidas, além de ser a terceira intercorrência clínica mais comum devido às modificações anatômicas e fisiológicas do trato urinário (NASCIMENTO et al., 2012; FERNANDES et al., 2015).

Dentre as alterações anatômico-fisiológicas anormais que ocorrem durante esse período, destacam-se a constrição do ureter por compressão uterina, maior prevalência de refluxo vesicoureteral, dilatação progressiva das pelvis renais e ureteres e diminuição da sua atividade peristáltica provocada pela progesterona, e a alcalinização do pH vaginal (VASCONCELOS-PEREIRA et al., 2013; FERNANDES et al. 2015). Todas essas condições podem predispor a paciente a desenvolver, a partir de uma ITU assintomática, uma infecção sintomática.

Ao considerar as mulheres grávidas, 5 a 12% são afetadas por bacteriúria assintomática, 30% podem desenvolver cistite e outros 50% podem apresentar pielonefrite. A bacteriúria assintomática quando não tratada adequadamente pode acarretar, em recém-nascido de baixo peso ao nascer, possibilidade de desenvolver sintomas e progressão para pielonefrite (HACKENHAAR; ALBERNAZ, 2013; VASCONCELOS-PEREIRA et al., 2013).

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2011) refere que pielonefrite é uma infecção do parênquima renal e do sistema pielocalicial acompanhada de bacteriúria significativa, e por sinais e sintomas tais como febre, dor lombar e calafrios. Por outro lado, a cistite aguda caracteriza-se pela presença de sintomas como disúria, polaciúria, urgência miccional, nictúria, estrangúria, dor retropúbica, suprapúbica ou abdominal. Normalmente, é afebril e sem evidência de sintomas sistêmicos (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2009; BRASIL, 2012a).

Assim, é indispensável uma atuação integral à mulher gestante no pré-natal para que ocorra um atendimento de qualidade que permita a identificação precoce de situações de risco. Prontamente, o compromisso de todos os membros das equipes da Atenção Primária em Saúde (APS) é fundamental. Desse modo, a assistência pré-natal deve ser organizada para acolher às reais necessidades da população de gestantes, por meio da utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e mediante recursos disponíveis mais adequados para cada caso (BRASIL, 2012a).

Nesse sentido, o estudo do tema é de grande importância em função da elevada incidência e prevalência da ITU nesse período da vida e dos impactos sobre

a saúde da mulher e do feto. Além de constituir problema relativamente comum no período gestacional, devido às mudanças anatômicas e fisiológicas do trato urinário, é a terceira ocorrência clínica mais comum na gestante. Ao se considerar essa premissa, a qualidade da atenção pré-natal fornecida pelos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, é fundamental, uma vez que o diagnóstico precoce, o tratamento e as orientações adequadas são essenciais para o melhor prognóstico materno-fetal (DUARTE et al., 2008; NASCIMENTO et al., 2012).

1.2 Objeto de estudo

Diante do exposto, definiu-se como objeto de estudo a assistência de enfermeiros na consulta de pré-natal para prevenção e controle da infecção do trato urinário.

1.3 Questão norteadora

Nessa perspectiva, teve-se como questão norteadora: Como é realizada a assistência de enfermeiros na consulta de pré-natal para prevenção e controle da infecção do trato urinário?

1.4 Objetivos

Caracterizar os participantes do estudo quanto aos aspectos sociodemográficos;

Descrever e discutir a assistência de enfermeiros na consulta de pré-natal para prevenção e controle da infecção do trato urinário.

1.5 Justificativa e relevância do estudo

Justifica-se realizar este estudo pela elevada frequência de ocorrência da infecção urinária no contexto da Estratégia Saúde da Família, que se caracteriza como um problema de saúde pública, e pela gravidade das infecções urinárias durante a gravidez. Essa realidade demonstra a necessidade de promoção e de prevenção mais efetivas, bem como pela importância de se conhecer qual a conduta adotada pelos enfermeiros no interior do estado do Piauí, visto que esses municípios menores, geralmente, não possuem protocolo de Enfermagem para atendimento na Atenção Básica.

Ademais, evidenciam-se as elevadas pesquisas pós-positivistas na perspectiva de tratamento, tipos de microrganismos mais prevalentes, formas de diagnósticos e conhecimento dos profissionais de saúde. Porém, há escassez de trabalhos que abordem a conduta e/ou a subjetividade da atuação de enfermeiros no atendimento à gestante com infecção urinária, o que poderia viabilizar a compreensão das práticas de prevenção e de controle adotadas para essa infecção.

Além disso, destaca-se a carência de pesquisas, não somente na capital como, principalmente, no interior do estado do Piauí, para a obtenção de informações que possibilitem o planejamento de medidas para prevenção e controle da infecção do trato urinário na gestante, ao se considerar a manutenção da saúde em sua universalidade. Considera-se este estudo relevante para a assistência, para a educação das próprias mulheres e por possibilitar realização de outras pesquisas futuras.

Este estudo buscou colaborar com informações que contribuam para orientar os profissionais que compõem uma equipe da Estratégia Saúde da Família a buscar uma conduta unificada perante a gestante com esse tipo de infecção, bem como formação e capacitação de recursos humanos, fundamentada no cuidar em saúde da mulher, para atender à gestante de maneira individualizada e padronizada, conforme a necessidade de cada uma e, com isso, permitir que as transformações corporais e fisiológicas decorrentes do processo de gravidez ocorram de forma equilibrada e, posteriormente, tragam menos ou nenhuma complicação.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Infecção comunitária como problema de saúde pública

A abordagem da infecção hospitalar como problema de saúde pública teve início há mais de 30 anos com a elaboração da primeira legislação sobre o assunto, por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 196, de 24 de junho de 1983. A partir dessa Portaria, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) intensificou o controle de infecção em serviços de saúde e estabeleceu a obrigatoriedade das instituições, dentro dos hospitais, de um serviço específico, com o objetivo de trabalhar no controle e na prevenção daquela. Contudo, as infecções não se limitam somente aos hospitais e podem ser adquiridas em quaisquer espaços, inclusive nas comunidades (ANVISA, 2013a).

A respeito da infecção comunitária, no Brasil, ela é definida por meio da Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde, como qualquer infecção comprovada ou em incubação antes da admissão do paciente em um hospital. Ela é descrita, também, como infecção concernente às complicações ou extensão da infecção já presente na admissão, por exemplo, a infecções em neonatos associadas à bolsa rota superior a 24 horas e ou cuja obtenção por via transplacentária já se conhece ou foi constatada, por se tornar evidente logo após o nascimento (BRASIL, 1998).

Outra definição é a referida nas diretrizes publicadas pelo *Center of Diseases Control and Prevention* para diferenciar infecção comunitária e infecção hospitalar, em que as infecções identificadas a partir de amostras colhidas antes ou em até 48 horas de admissão do paciente devem ser categorizadas como infecção comunitária, desde que não esteja relacionada à internação anterior no mesmo hospital; e as identificadas após o período de 48 horas como infecção hospitalar (HERNDERSON et al., 2013).

Falar em infecções comunitárias é pensar em atenção primária à saúde, pois a Atenção Básica tem um papel importantíssimo na prevenção e no controle dessas infecções, porém, diferentemente do ambiente hospitalar, o Brasil não possui um sistema de vigilância de infecção comunitária e esta é diagnosticada, principalmente, pelo reconhecimento de sinais e de sintomas, em razão da dificuldade na realização de exames complementares de laboratório. Essas investigações não apenas limitam

a acurácia do diagnóstico clínico e epidemiológico, como também favorecem o uso exacerbado de antimicrobianos utilizados de forma empírica, de modo a contribuir para o fenômeno da resistência microbiana (PADOVEZE; FIGUEIREDO, 2014).

Ademais, Shang et al. (2014) destacaram também a insuficiência de recursos diagnósticos e complementares, o que pode dificultar e/ou postergar o diagnóstico e o tratamento desses tipos de infecções. No tocante ao fenômeno da resistência microbiana, ela é um evento biológico natural que se seguiu à introdução de agentes antimicrobianos na prática clínica e seu crescimento proporciona dificuldades no controle das infecções e contribui para o aumento dos custos do sistema de saúde (OMS, 2010).

No que versa sobre o controle das infecções comunitárias, Valle e Andrade (2015) evidenciaram que, atualmente, a implementação de práticas que previnem e controlam as infecções comunitárias na atenção primária estão associadas, principalmente, à experiência e/ou à aproximação anteriores dos profissionais de saúde no manejo dessas infecções. Isso posto, e de acordo com Atchison et al. (2015) e Kendall et al. (2015), essas experiências dos profissionais da atenção primária modificam a associação entre a forma de atendimento e a qualidade dos resultados obtidos, ou seja, quanto mais experiente é o profissional, mais completa é a assistência oferecida.

Entretanto, a falta de experiência com o controle e com a prevenção das infecções comunitárias é bem comum entre os profissionais da atenção básica. Além disso, existem dificuldades para realizar esse controle por insuficiência de recursos humanos e de insumos nos serviços de saúde; por dúvidas a respeito do rastreamento e da notificação das infecções; pela ausência de apoio especializado, de capacitação dos profissionais de saúde e de suporte financeiro para diagnóstico e tratamento adequado para cada tipo de infecção (VALLE; ANDRADE, 2015; ATCHISON et al., 2015).

Em relação às formas de prevenção das infecções comunitárias, Levy et al. (2015) e Khalil (2015) apontam que há dificuldades para prevenir e até desconhecimento das formas de prevenção das infecções e, por isso, alguns profissionais de países emergentes não estão dispostos a realizar procedimentos invasivos em pacientes acometidos por infecções comunitárias pela apreensão do risco de infecção cruzada, risco esse que pode ser minimizado pela adoção de programas de educação permanente em saúde, com o intuito de informar e de

sensibilizar os profissionais de saúde a adotar medidas de precaução e a disseminá-las na comunidade.

Ao se considerar as infecções comunitárias, tem-se a ITU como exemplo de infecção bacteriana mais comumente encontrada em ambulatorios, pois ela se apresenta, nas mulheres. Antes dos 24 anos, uma em cada três mulheres irá desenvolver uma ITU, a qual precisará de tratamento e, pelo menos, 50% irão desenvolver uma ITU durante a sua vida (DIELUBANZA; SCHAEFFER, 2011; TORO-PEINADO et al., 2015). Além disso, existem autores que destacam as complicações das ITUs são motivos frequentes de consultas das mulheres na atenção primária à saúde. No que se refere ao ambiente hospitalar, as ITUs representam 40% das infecções nosocomiais e geralmente são associadas a sondas urinárias (KAMENSKI et al., 2012; PEZZLO, 2014).

A infecção do trato urinário é uma invasão patogênica do urotélio que gera uma resposta inflamatória e, conseqüentemente, abrange uma gama de condições clínicas que irão repercutir tanto no trato urinário superior quanto no inferior. Em conformidade com a anatomia do cliente, suas comorbidades e a gravidade em que se encontra esse cliente, as ITUs são classificadas em complicadas ou simples e variam de cistite benigna autolimitada a urosepse (TORO-PEINADO et al., 2015).

No tocante ao principal agente patogênico da ITU simples, adquirida na comunidade, tem-se a *Escherichia coli* (60-90%), embora essa bactéria também seja prevalente entre as ITUs complicadas e hospitalares (50% dos casos). Outros patógenos como a *Klebsiella pneumoniae* e a *Proteus mirabilis* tendem a aumentar sua prevalência em populações com fatores de risco. Corroborando esses dados, um estudo realizado com 3.596 pacientes, em 457 (12,7%), a razão para internação foi devido a ITU, sendo que o microrganismo mais frequentemente isolado foi *Escherichia coli* (60,4%), seguido de *Klebsiella spp.* (9,2%), *Enterococcus spp.* (8,4%) e *Pseudomonas aeruginosa* (7,2%) (BUONAIUTO et al., 2014; MEDINA-POLO et al., 2015).

As ITUs são classificadas, ainda, de acordo com o local da invasão dos microorganismos, como cistite, pielonefrite, urosepses e uretrite, em que esta última é relacionada a infecções da glândula acessória do sexo masculino, as quais são, geralmente, tratadas separadamente, pois as apresentações clínicas são bastante diferentes. A pielonefrite é sempre mais grave do que a cistite, e a urosepse é sempre mais grave do que as duas condições anteriores (JOHANSEN et al., 2010).

Entender todo o contexto em que se insere a ITU na comunidade é imprescindível para que o diagnóstico precoce seja realizado e o tratamento seja iniciado imediatamente, pois a ITU pode passar de uma simples infecção para uma infecção complicada e, por isso, as ações de prevenção e de controle dessa doença repercutem de forma significativa nas políticas de atenção primária à saúde (MEDINA-POLO et al., 2015; TORO-PEINADO et al., 2015).

Medina-Polo et al. (2015) ressaltam também a importância de se pontuar os fatores de risco que podem levar uma ITU adquirida na comunidade a ter um tratamento hospitalar, tais como: idade avançada, sexo masculino, presença de cateter urinário, história de cálculos urinários e ITU nos meses anteriores. Esses fatores também estão associados à presença de germes como *Escherichia coli* e às taxas mais elevadas de resistência aos antibióticos.

Uma revisão integrativa elaborada por Fioravante e Queluci (2016) acrescenta mais alguns fatores de risco da infecção urinária na gravidez, a saber: baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, atividade sexual, história prévia de infecção urinária, anemia materna, adolescência, diabetes, multiparidade, terceiro trimestre de gravidez, atraso no esvaziamento da bexiga, não lavar a genitália pré e pós-coito, e conviver com cães e gatos.

No que diz respeito ao tratamento das ITUs complicadas, a utilização de antibióticos é apresentada pela literatura como de suma importância, e sua escolha deve ser realizada de acordo com o tipo e da gravidade da infecção, tendo em conta os fatores de risco e as características do paciente. Os antibióticos mais comumente utilizados na terapia empírica foram as cefalosporinas de terceira geração (44,4%), seguido por aminoglicósidos (16,8%) e carbapenemos (15,2%). As quinolonas foram empregadas como de primeira escolha (3,8%), principalmente em quem apresentava alergia à penicilina (MEDINA-POLO et al., 2015).

O tratamento com antibióticos deve cumprir com os objetivos de obter uma resposta rápida e eficaz, ou seja, os sintomas desaparecem com a erradicação da bactéria; evitar repetições e o surgimento de resistência aos antibióticos e, ainda, a escolha do tratamento para ITU depende da síndrome clínica apresentada pelo paciente, situação clínica, doenças de base, presença de fatores risco (HILT et al., 2014).

No tocante à resistência aos antibióticos, um estudo (HENDERSON et al., 2013) analisou 3.596 pacientes internados em um serviço hospitalar, dos quais 457

(12,7%) foram internados em decorrência de uma ITU adquirida na comunidade. Os pacientes com ITU foram submetidos à terapia com antibióticos e, posteriormente, foram realizados testes de susceptibilidade ao antibiótico usado, evidenciando-se resistência aos antibióticos em 41 casos (8,9%). Os homens apresentaram maiores taxas de resistência, (29,9%) para a amoxicilina / clavulanato e 38,8% para as quinolonas. Além disso, a idade avançada foi associada à maior resistência.

A infecção adquirida na comunidade e tratada no ambiente hospitalar é entendida por Jeon et al. (2014) como um potencial contrassenso no atendimento ambulatorial, além de estar relacionada a fatores socioeconômicos e a comorbidades, o que leva a destacar a atenção primária à saúde como instituição fundamental para implementar estratégias de prevenção e de controle destas. Assim, o controle do uso de antibiótico na comunidade, por meio de um sistema de vigilância de resistências emergentes no setor ambulatorial, torna-se relevante, pois a resistência antimicrobiana não é só encontrada em ambiente hospitalar, mas também no comunitário (KAMENSKI et al., 2012).

2.2 Infecções do trato urinário no período gestacional

O processo gestacional determina diversas mudanças no contexto anatômico, fisiológico, hormonal e psicológico das mulheres, uma vez que se trata de um evento esperado nessa fase da vida. Tais mudanças são mais conhecidas como sintomas característicos da gestação e esses sintomas podem afetar a qualidade de vida da mulher e limitar algumas atividades diárias que as mulheres gestantes costumam se submeter (CHOU et al., 2006; KAMYSHEVA et al., 2009).

Essas mudanças, junto com a curta uretra, ausência de secreção prostática, dificuldade com a higiene devido ao processo de crescimento da barriga, fácil contaminação do trato urinário com flora fecal, tornam mais susceptíveis e frequentes as ITUs em gestantes (JOHNSON; KIM, 2012; APOLINÁRIO et al., 2014).

Na verdade, ITUs tanto estão entre as infecções comunitárias bacterianas mais comuns durante a gravidez quanto estão associadas aos riscos para o feto e para a mãe. Estes incluem trabalho de parto e parto prematuro, ruptura prematura de membranas amnióticas, baixo peso ao nascer, e aumento da mortalidade perinatal, todos com possibilidades de serem prevenidas por meio do diagnóstico

precoce e tratamento adequado. Outras complicações da gravidez têm sido associadas às infecções urinárias, incluindo-se a hipertensão, a pré-eclâmpsia, anemia, corioamnionite, endometrite e septicemias (SHEFFIELD; CUNNINGHAM, 2005; APOLINÁRIO et al., 2014; IZADI et al., 2016; HEIN et al. 2016).

Apesar de décadas de pesquisa, e muito progresso no discernimento de biomarcadores na circulação materna, a patogênese da pré-eclâmpsia permanece indefinida, porém, as mulheres que desenvolvem pré-eclâmpsia durante a gravidez parecem estar predispostas a ITU. Alguns estudos sobre a possível relação entre ITU e risco aumentado de pré-eclâmpsia têm sido realizados e explicações para essa relação sugerem que a maioria deles se concentra em efeitos indiretos mediados pelo aumento da resposta inflamatória materna sistêmica (KARMON; SHEINER, 2008; KASHANIAN et al., 2011; EASTER et al., 2015).

Acredita-se que a fisiopatologia da pré-eclâmpsia envolva uma associação da formação anormal da placenta e um aumento na inflamação sistêmica. Nessa perspectiva, ela torna-se mais provável quando o nível de carga inflamatória sistêmica inerente à própria gravidez excede a capacidade materna para compensar esse esforço adicional. Se esse for o caso, então é possível levantar a hipótese de que as condições, tais como a doença infecciosa, que aumentam a carga inflamatória sistêmica, também devem aumentar o risco de pré-eclâmpsia (EASTER et al., 2015).

Por outro lado, as formas de apresentação da ITU na gestação podem ser divididas em duas categorias: as ITUs assintomáticas, caracterizadas pela bacteriúria assintomática; e as ITUs sintomáticas, caracterizadas pela cistite e pela pielonefrite (HACKENHAAR et al., 2011).

No sexo feminino, a bacteriúria assintomática (BA) é uma condição clínica definida pela presença de 10^5 unidades formadoras de colônia (UFC) por mililitro de um único patógeno, sem queixas urinárias e com amostra urinária da porção mediana do jato expelido na primeira urina do dia ou para os casos com quatro horas ou mais de retenção urinária. Toda gestante deve ser tratada, por conseguinte, o exame deve ser oferecido no primeiro e no terceiro trimestre da gravidez e o tratamento guiado pelo antibiograma (FIGUEIREDO et al., 2012; BRASIL, 2016; HEIN et al. 2016).

Muitos são os relatos de estudos sobre a prevalência de BA. Seja como for, ela é mais frequente em países em desenvolvimento, varia dentro da mesma área

geográfica e sofre influência da população estudada, por consequência, notam-se números entre 13% a 21%. Entretanto, a bacteriúria assintomática atinge entre 2 a 10% das gestantes, se não tratadas, 25% a 35% delas desenvolvem pielonefrite aguda e 40% evoluem para infecções sintomáticas (HAMDAN et al., 2011; DARZÉ et al., 2011; BRASIL, 2012a; HACKENHAAR; ALBERNAZ, 2013).

No que se refere às ITUs sintomáticas, a pielonefrite, durante a gestação, é grave, podendo causar sepse e trabalho de parto prematuro. Nela, há o comprometimento de ureteres, da pelve e do parênquima renal. Sua incidência é estimada em aproximadamente nove a onze casos por 10.000 habitantes, é quatro a cinco vezes mais frequentes em mulheres do que em homens, provoca altos custos sociais e cuidados de saúde e causa sofrimento significativo ao indivíduo. O diagnóstico é feito por bacteriúria e sintomas como febre, taquicardia, calafrios, náuseas, vômitos e dor lombar, e com sinal de Giordano positivo. É fundamental o diagnóstico precoce e a hospitalização é indicada quando há sinais de sepse e de desidratação, sendo realizada a antibioticoterapia endovenosa (NEAL, 2008; GLASER; SCHAEFFER, 2015; SHEERIN, 2015).

Por outro lado, a cistite acomete entre 1 a 1,5% das gestantes e possui baixa taxa de recorrências, apresenta como características clínicas a disúria, polaciúria, urgência miccional, desconforto suprapúbico, dor retropúbica, hematúria macroscópica, urina de odor desagradável e pode apresentar, ainda, nictúria, febre, náuseas e vômitos. Os antibióticos mais utilizados para o tratamento da cistite são os beta-lactâmicos, nitrofurantoína e fosfomicina, assim como para bacteriúria assintomática, recomendados por período de sete a dez dias de tratamento (NEAL, 2008; SHEERIN, 2015).

Como se vê, diversos estudos demonstraram que a ocorrência de infecções do trato urinário em gestantes pode levar a sérias complicações clínicas, portanto, colocam em risco a saúde materno-infantil. Desse modo, a atuação do profissional enfermeiro é fundamental para minimizar tais riscos, visto que ele atua diretamente e de forma mais próxima da gestante nas consultas de pré-natal (HEIN et al. 2016; RIBEIRO et al., 2016).

2.3 Assistência do enfermeiro no pré-natal para prevenção e controle das infecções do trato urinário adquiridas na comunidade

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, no ano de 2016, completou 26 anos de sua implantação, e com ela trouxe diversos avanços e mudanças e, conseqüentemente, melhorias no sistema de saúde. Para que isso ocorresse, foram necessários desde mudanças de comportamento dos profissionais ao prestar os serviços, como também investimentos do poder público no setor saúde. Todas as mudanças se devem, entre outras coisas, a acordos feitos em conferências nacionais de saúde, que ajudaram a formular e/ou a reformular diretrizes para manter as conquistas e superar os desafios de sua operacionalização no dia a dia da vida do povo brasileiro (OLIVEIRA et al., 2008; SOUZA; CABRAL, 2014).

O SUS se apresenta como uma política que deve possibilitar tanto o acesso universal a cuidados básicos de saúde quanto aos cuidados de alta complexidade. Ele se constitui de significativa importância no quadro clínico de saúde dos brasileiros, não somente como estrutura de organização institucional da área da saúde e como modelo de atendimento à clientela, mas, especialmente, pela mudança impressa nas formas de direcionar, idealizar, ajuizar e fazer a assistência à saúde no país (OLIVEIRA et al., 2008; ARAÚJO, 2015).

No âmbito do SUS, as equipes multiprofissionais trabalham com o intuito de favorecer a promoção, a proteção, a prevenção e a recuperação da saúde. Assim, faz-se necessário um processo de trabalho organizado e efetivo (ARAÚJO, 2015). Uma das formas de organizar o sistema de saúde é por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Criado no ano de 1994, o Programa Saúde da Família teve como objetivo inicial a reorientação do modelo assistencial hegemônico existente naquela época. O modelo instituído ganhou forças e firmou-se, em 1999, em ESF, com o intuito de agregar aliados para reorganização e fortalecimento da atenção primária à saúde, reconhecer a necessidade de modificações das práticas de saúde, assim como a renovação dos vínculos de compromisso e de corresponsabilização entre esses serviços e a população (LIMA, 2013). Nesse ponto, tem-se dado destaque à saúde da família para aprimorar cada vez mais a prevenção de agravos, a manutenção e a promoção da saúde.

A composição da ESF recomenda uma equipe multiprofissional na qual maior parte dos seus integrantes concerne à área do conhecimento da enfermagem. Embora todos os profissionais envolvidos na ESF tenham sua função de extrema relevância, merece destaque o enfermeiro, pois ele tem, dentre outras atribuições, seu processo de trabalho caracterizado por promoção de ações que visam aproximar os usuários ao serviço de saúde, além de assumir cargos de direção e gerência (MOREIRA et al., 2016).

O enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, atende às gestantes, às parturientes e às puérperas, visto que possui embasamento teórico e científico para assistir o pré-natal de baixo risco e o parto sem distócia. Em sua assistência pré-natal, pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, a depender do problema encontrado, de maneira a impedir um resultado desfavorável ou prejudicial à saúde materna. Ademais, a ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2016). Riscos diversos que englobam, inclusive, infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

Ao longo dos anos, a utilização do termo infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) vêm crescendo notadamente e substituindo o termo infecções hospitalares. A prevenção e o controle das infecções passam a ser consideradas para os diferentes locais onde se oferecem o cuidado e a assistência à saúde. Imediatamente, IRAS apresentam-se como eventos adversos ainda persistentes nos serviços de saúde, onde provocam significativas elevações dos custos no cuidado ao paciente, prolongamento do período de internação, favorecendo a morbidade e a mortalidade nos serviços de saúde do país (WAWRZYNAIK, 2010; ANVISA, 2013b; PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

As IRAS são consideradas problemas graves de saúde pública visto que em média de 5% a 15% de todos os pacientes internados desenvolvem algum tipo dessas infecções. Embora no Brasil não se disponha de estimativas precisas, em razão da ausência de sistematização de informações, são necessárias medidas interventivas eficazes para reduzir essas taxas de infecções (RIBEIRO; CORTINA, 2016).

Além disso, os países em desenvolvimento sofrem com maior carga de IRAS, podendo ser até 20 vezes mais elevado do que nos países desenvolvidos. Tal

fato pode ser explicado pelo desconhecimento de medidas de prevenção e de controle das IRAS, pela inadequada qualificação e/ou insuficiência de recursos humanos, aliados à carência das estruturas físicas em serviços de saúde e subfinanciamento específico para o Programa Nacional de Prevenção e Controle de IRAS (ALLEGIANZI et al., 2011; PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

A ITU é uma das causas prevalentes de infecções relacionadas à assistência à saúde de grande potencial preventivo. Desse modo, as intervenções utilizadas para evitar ITU em mulheres grávidas podem ser farmacológicas ou não farmacológicas. No tocante às intervenções farmacológicas, tem-se a prescrição de antibióticos em formas diferentes, tais como: profilaxia contínua; profilaxia pós-coito; e terapia iniciada pelo paciente, com base nos sintomas de uma infecção urinária (EPP et al., 2010; SCHNEEBERGER et al., 2015; VIDAL, 2015).

Analogamente, muito se tem discutido sobre o uso indiscriminado de antibióticos que, por sua vez, levam à resistência bacteriana e por esse motivo constitui-se em um problema mundial. Diversas iniciativas vêm sendo tomadas para minimizar ou reduzir a disseminação das bactérias resistentes. No entanto, constatações de resistência bacteriana na comunidade têm sido relatadas e, de forma preocupante, com um perfil de acometimento de indivíduos diferentes daqueles hospitalizados, ou seja, acomete indivíduos jovens saudáveis e sem fatores de risco previamente detectados (OLIVEIRA et al., 2009; SILVA et al., 2015).

São inúmeros os fatores de risco para o desenvolvimento de infecção comunitária, dentre eles: a precariedade na higienização dos indivíduos, dos alimentos e do ambiente; a coleta do lixo domiciliar e o armazenamento de forma indevida; a deficiência na situação vacinal da população; o convívio e/ou a presença de animais e de vetores potencialmente contaminados ou contaminados por micro-organismos infecciosos, como bactérias, fungos, helmintos ou protozoários. Cruz et al. (2015) ratificam a importância da educação em saúde para a comunidade sobre o controle das infecções hospitalares, a fim de diminuir a exposição da comunidade a esses fatores.

Retomando as intervenções farmacológicas, a profilaxia contínua e pós-coito é mais utilizada para casos de recorrência de ITU e fundamenta-se na administração de nitrofurantoína, fluoroquinolonas ou baixas doses de sulfametoxazol + primetoprima. Esses regimes demonstraram eficácia se usados como profiláticos por seis meses, entretanto, há relatos de resistência bacteriana para aqueles casos

que foram necessários mais de seis meses de profilaxia (KASPER et al., 2015; GRABE et al., 2015). Ademais, recomenda-se não utilizar rotineiramente antimicrobianos sistêmicos profiláticos. A profilaxia pós-coito deve ser reservada para os casos em que existe uma relação causa-efeito entre a atividade sexual e os episódios de ITU (PEREIRA, 2012; SOUZA et al., 2013; VIDAL, 2015).

Ainda considerando as intervenções farmacológicas, no requisito terapia iniciada pela gestante, com base nos sintomas de uma infecção urinária, tem-se um procedimento pouco utilizado no Brasil ou mesmo não praticado, pois a mulher teria que monitorar seu estado de saúde e possuir conhecimentos sobre a sintomatologia da doença e, só posteriormente, recorreria ao médico para confirmar o diagnóstico de ITU. Ademais, ela deve ter capacidade de interpretar uma tira de teste físico-químico, saber os antibióticos disponíveis e ter material de colheita de urina (VIDAL, 2015; GRABE et al., 2015; KASPER et al., 2015; SHEERIN, 2015).

Dentro das ações de educação permanente, destinadas aos profissionais de saúde, a abordagem de temas como a prescrição medicamentosa é primordial, pois a prescrição irracional de antibióticos pode acarretar em resistência bacteriana. Assim, Neumark, Brudin e Mölsted (2015) ressaltam que os profissionais de saúde devem manter um *feedback* contínuo sobre o diagnóstico e a prescrição de antibióticos, de modo a diminuir possíveis resistências antimicrobianas desenvolvidas na comunidade.

Sobre as intervenções não farmacológicas para prevenção e controle da ITU, tem-se o uso de suco ou de comprimidos de *cranberries* (*Vaccinium macrocarpon*), probióticos, acupuntura e modificações comportamentais, tais como: micção frequente e completa; urinar após a relação sexual; ingerir bastante líquidos; e técnicas de limpeza da genitália. A maioria das modificações comportamentais é fundamentada na educação em saúde. Outras intervenções potenciais, tais como vacinas e interferência bacteriana, em que uma estirpe bacteriana previne a colonização com outra cepa e aplicação tópica de hidratos de carbono, ainda estão em desenvolvimento (EPP et al., 2010; SCHNEEBERGER et al., 2015).

A utilização de *Vaccinium macrocarpon* tem sido testada na prevenção de ITU, pois sua ação parece resultar em inibição da adesão bacteriana à parede epitelial, enquanto a falta de efeito no sucesso reprodutivo bacteriano limita o desenvolvimento de cepas resistentes. Todavia, não foi demonstrado eficácia dos

comprimidos de *cranberries* no tratamento de infecções do trato urinário em curso ou, mais importante ainda, não há dados quanto à eficácia de ingestão diária durante a gravidez para a prevenção de bacteriúria assintomática. Por consequência, seu uso tem sido contestado e estudos a respeito estão sendo realizados (WING et al., 2008; MASSON et al., 2009; O'DELL, 2011).

Nesse contexto, o enfermeiro possui atribuições para serem executadas no âmbito ambulatorial, com o atendimento feito por meio da consulta de Enfermagem. Durante as consultas, ou mesmo quando for oportuno, as orientações devem abordar higiene corporal, exames laboratoriais e sinais de alarme, bem como realizar encaminhamentos que julgar necessário (casos de pielonefrite, por exemplo) para os demais profissionais da equipe de saúde ou urgência/emergência obstétrica (BRASIL, 2012b). Além disso, a prescrição de antibióticos é permitida ao profissional enfermeiro para tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes, utiliza-se nitrofurantoína, cefalexina e amoxicilina-clavulanato, conforme observado no teste de sensibilidade do antibiograma (BRASIL, 2016).

Ao considerar que as modificações comportamentais são pautadas no processo de conscientização das pessoas que possuem o seu referencial de vida e, portanto, apresentam resistência para mudanças, o profissional enfermeiro deve buscar estratégias ou atividades voltadas para o desenvolvimento das capacidades individuais e até mesmo coletivas (por meio de grupos de gestantes) visando um melhor bem-estar materno e fetal ao longo do período gestacional e após o parto (ROECKER et al., 2013). Nesse ponto, ressalta-se o contínuo e incansável processo de educação em saúde que deve ser feito pelos profissionais da ESF.

No que concerne à educação permanente dos profissionais de saúde e à participação da comunidade nesse controle, Murila et al. (2015) destacam que o apoio prático, para clínicos de países em desenvolvimento, é pré-requisito para um melhor aconselhamento da população, pois a assimilação, por parte dos profissionais, das informações repassadas pelas organizações de saúde, é maior e repassada com mais fidedignidade e clareza para a população. Nessa perspectiva, Lorch et al. (2015) acrescentam que o enfoque na educação continuada para a população deve ter sua essência na saúde preventiva e direcionar maior atenção a grupos prioritários, passíveis de contrair infecções comunitárias.

Nessas condições, independentemente da formação, a educação permanente em saúde é fundamental, visto que a educação difunde conhecimentos

e estimula a adesão às medidas de controle de infecção. Além disso, configura-se como desafio a ser enfrentado no âmbito dos gestores, das instituições de saúde e do próprio profissional, que deve ser proativo na busca da sua atualização, como também de estratégias que possam melhorar a saúde da comunidade assistida (PADOVEZE; FORTALEZA, 2014; SILVA et al. 2015).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa. A pesquisa tanto é uma atividade básica da ciência na sua indagação e na construção da realidade quanto alimenta a atividade de ensino e a atualiza diante da veracidade do mundo. As razões de pesquisar, para o pesquisador, encontram-se no desenrolar da vida cotidiana, ou seja, está relacionada a uma investigação que, de fato, encontra-se aprofundada nos interesses e nas circunstâncias socialmente condicionadas e, assim, são frutos de determinada inserção na vida real, nela encontrando suas razões e seus objetivos (MINAYO, 2012).

A pesquisa qualitativa tem uma visão subjetivista, idealista e interpretativa dos fatos. Nessa perspectiva, possibilita a coleta, a produção e a análise por meio das falas (MIRANDA et al., 2013). No que diz respeito às pesquisas descritiva e exploratória, Marconi e Lakatos (2010) e Gil (2011) explicam que, nelas, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles, bem como possui um planejamento bastante flexível e proporciona maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito e sem a preocupação de identificar uma série de fatores que irão determinar e contribuir para a ocorrência de um fenômeno.

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido nas vinte e quatro unidades básicas de saúde pertencentes a Estratégias Saúde da Família (ESF) do município de Floriano, localizado ao sul do Piauí. A escolha do local de pesquisa deu-se em função do mesmo fazer parte da vivência profissional do pesquisador, reforçado pela conveniência, acesso à equipe da secretaria municipal de saúde e por ser o município sede de uma das onze regionais de saúde do estado.

Este município possuía, segundo o censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma população de 57.690 habitantes, localizando-se a 240 km de Teresina, capital do estado (IBGE, 2010). Ademais, Floriano possui

vinte e quatro equipes da ESF (BRASIL, 2015), onde dezessete estão localizadas na zona urbana e sete na zona rural.

3.3 Participantes do estudo

Do total de 24 enfermeiros, participaram 22 profissionais – um deles recusou-se; e a outra estava de licença-maternidade no período da coleta – pertencentes à ESF e que atuam nas zonas rural e urbana, a fim de vislumbrar o conhecimento de cada realidade na qual estavam inseridos.

Os tamanhos típicos de amostras de pesquisas qualitativas variam desde alguns poucos até trinta sujeitos, e, portanto, bastante diferente das amostras quantitativas que normalmente demandam um número maior de sujeitos baseados em análise de poder. A relevância da pesquisa qualitativa está na riqueza da descrição e nos detalhes de experiências específicas, nos processos sociais, nas culturas e nas narrativas (DRIESSNACK et al., 2007).

Os participantes foram selecionados de forma intencional, pois esses profissionais de saúde sabem informar as questões propostas na pesquisa pela experiência acumulada na abordagem das consultas de pré-natal. Para tanto, teve como critério de inclusão: trabalhar há pelo menos um ano na unidade ou já ter trabalhado em alguma ESF por período igual ou superior; ter realizado consultas de pré-natal conforme preconizado pelo manual do Ministério da Saúde ou Protocolo de Enfermagem para Atenção Básica. Foram excluídos do estudo os enfermeiros que estivessem afastados por motivo de férias, licença ou atestado de saúde no momento da produção dos dados.

Numa busca qualitativa, o pesquisador deve preocupar-se mais com a qualidade dos depoimentos de cada participante, com a profundidade, a abrangência e a diversidade das informações coletadas, podendo-se dizer que uma amostra ideal é a que reflete a totalidade das várias dimensões do objeto investigado (MINAYO 2010).

3.4 Procedimentos para a produção de dados

A produção dos dados foi realizada no período de fevereiro a março de 2016, utilizando-se um questionário semiestruturado (APÊNDICE A) contendo elementos sociodemográfico (sexo, idade, estado civil, tempo de atuação na estratégia saúde da família, instituição de formação e ano de conclusão, curso de pós-graduação que possui, curso de atualização em saúde da mulher), seguido da técnica de entrevista (APÊNDICE B), os quais foram adaptados dos estudos de Araújo (2011) e Sousa (2015). A técnica de entrevista foi guiada por um roteiro composto pelas questões norteadoras: Você atende ou identifica com frequência gestantes com infecção do trato urinário (ITU)? Fale sobre o seu atendimento; Quais os cuidados de Enfermagem são prestados à gestante com ITU? Qual a sua conduta quando, na consulta de pré-natal, encontra um resultado de exame com positividade para infecção do trato urinário? Em relação às práticas de prevenção e de controle das ITUs, quais orientações você fornece às gestantes?

Os dados foram gravados em dois aparelhos de Mp3 e, posteriormente, transcritos na íntegra pela escuta dos depoimentos. Em seguida, foi realizada a leitura atenta das transcrições a fim de favorecer o processamento analítico permeado pelo suporte teórico que sustentou a pesquisa. As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada, em cada Unidade Básica de Saúde, e para os enfermeiros pertencentes à zona rural realizou-se a entrevista em uma sala reservada na sede da Secretaria Municipal de Saúde, conforme solicitação do participante. Todas as entrevistas foram agendadas previamente via ligação telefônica. Além do mais, foram garantidos aos participantes do estudo o sigilo e o anonimato e não houve interferência nas atividades diárias do profissional na unidade. A duração média das entrevistas foi de nove minutos.

A entrevista constitui a estratégia mais usada no trabalho em campo, sendo definida como uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, com a finalidade de construir informações pertinentes para delineamento do objeto estudado (MARCONI; LAKATOS, 2010).

3.5 Processamento e análise dos dados

De posse do conteúdo adquirido por meio do instrumento de coleta de dados e para obter o entendimento acerca do objeto deste estudo, de acordo com seus pressupostos teóricos e metodológicos, o processamento dos dados foi realizado com auxílio do *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), que foi desenvolvido na França por Pierre Ratinaud, em 2009, e licenciado por GNU GPL (v2). Esse programa começou a ser usado no Brasil em 2013 pela equipe do Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição da Universidade Federal de Santa Catarina (LACCOS/UFSC), em parceria com o Centro Internacional de Estudos em Representações Sociais e Subjetividade – Educação, da Fundação Carlos Chagas (CIERS-ed/FCC), e com o grupo de pesquisa Valores, Educação e Formação de Professores da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), os quais estão tentando aprimorar o dicionário experimental em língua portuguesa (LAHLOU, 2012; CAMARGO; JUSTO, 2013; CAMARGO; JUSTO, 2016).

Trata-se de um programa gratuito que se ancora no *software* R e na linguagem *Python*, permitindo diferentes formas de análises estatísticas sobre *corpus* textuais e tabelas de indivíduos por palavras (CAMARGO; JUSTO, 2016). Ademais, esse programa permite, apesar da utilização de análise quantitativa de dados textuais, apreciar a qualidade do fenômeno em estudo, fornecendo critérios provenientes do próprio material para a consideração desse como indicador de um fenômeno de importância para a ciência (CAMARGO, 2005; CAMARGO; JUSTO, 2013).

Além disso, foi construído o *corpus* definido como o conjunto de textos que se pretende analisar, ou seja, o conjunto das entrevistas transcritas pelo pesquisador, em que o coloca em um único arquivo de texto, conforme orientação do tutorial do IRAMUTEQ. Na elaboração e na estruturação do *corpus* textual foram realizadas leituras, adaptações, correções e decodificação das variáveis fixas elaboradas pelos pesquisadores (linhas de comando usando asterisco e o nome), conforme se observa no Quadro 1.

Além do *corpus*, outros dois eixos determinam uma análise textual e auxiliam o entendimento na presente pesquisa: o texto e os seguimentos de texto. Já se sabe que o *corpus* é o conjunto de textos que se pretende analisar. Portanto, o texto é

cada entrevista que compõe o *corpus*. Se uma determinada análise diz respeito às respostas de “n” participantes a uma questão aberta, cada resposta será um texto e teremos “n” textos. Os segmentos de texto são correspondentes às partes do texto, na maioria das vezes, do tamanho de três linhas, dimensionadas pelo próprio *software*. Nesse sentido, é válido destacar que o *corpus*, o texto e os segmentos de texto constituem o objeto de análise do IRAMUTEQ (CAMARGO; JUSTO, 2016).

Quadro 1 – Banco de dados para decodificar variáveis fixas

ENTREVISTAS	SEXO	IDADE	TEMPO DE SERVIÇO	TITULARIDADE
*ent_1 a	*sex_1 - Masculino	*ida_1 - 27 a 40 anos	*tem_1 - Até 5 anos	*pos_1 - Possui Pós-graduação
*ent_22 (Participantes entrevistados: 1 a 22)	*sex_2 - Feminino	*ida_2 - 41 a 51 anos	*tem_2 - Mais de 5 anos	*pos_2 - Não possui Pós-graduação

Ressalta-se que foram digitadas as linhas de comando sempre antes de cada conteúdo semântico da entrevista, com o intuito de separar cada Unidade de Contexto Inicial (UCI). Nas linhas de asteriscos ou de comando, foram digitadas as variáveis do estudo, conforme recomendações do tutorial do IRAMUTEQ referentes às normas de formatação do *corpus*.

Ademais, esse *software* permite a utilização de diferentes recursos técnicos de análise lexical, das quais se destacam: análises lexicais clássicas; análise de especificidades; método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD); análise de similitude e nuvem de palavras (CAMARGO; JUSTO, 2013; CAMARGO; JUSTO, 2016).

Assim, das cinco formas de análise de dados textuais oferecidas por esse *software*, utilizou-se o método da CHD, que organizou a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e de clara visibilidade. Esta análise dispôs-se a obter classes de segmentos de texto que, ao mesmo tempo, apresentaram vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente dos segmentos de texto das outras classes. A partir disso, o *software* organizou a análise dos dados em um dendograma da CHD, que permitiu a obtenção de classes de segmentos de textos com testes estatísticos significantes de Qui-quadrado (X^2) e que ilustrou as relações entre as classes (CAMARGO; JUSTO, 2013; CAMARGO; JUSTO, 2016).

Posteriormente, construiu-se outro dendograma para ilustrar as classes nomeadas com suas palavras mais evocadas e respectivos valores X^2 . Foram consideradas as palavras evocadas com frequência maior ou igual a 3, que apresentou X^2 maior ou igual a 10 e valor p menor ou igual a 0,0001. Cada classe foi descrita pelas palavras mais significativas e pelas suas respectivas associações com a classe.

Na CHD, cada classe é constituída de vários segmentos de texto com classificação segundo a distribuição do vocabulário (formas) desses segmentos. As classes geradas a partir da classificação hierárquica descendente representam o contexto de sentido das palavras e podem apontar representações sociais ou elementos de representações sociais sobre o objeto social estudado (CAMARGO, 2005; CAMARGO; JUSTO, 2016).

O método da CHD apresenta uma organização possível dos dados por meio de análises estatísticas e matemáticas, fornecendo o número de classes, as relações existentes entre elas, o contexto semântico de cada classe, entre outros. Além disso, segmenta o material das respostas das entrevistas dos participantes em grandes unidades denominadas de UCI e em unidades de segmentos denominadas Unidades de Contextos Elementares (UCE) (REINERT, 1990).

Tal UCE corresponde ao segmento de texto, ou seja, uma espécie de representação, um sentido ou um enunciado mínimo em um discurso. Tal enunciado é estabelecido como uma ideia que se refere ao mesmo tempo a um objeto e ao próprio sujeito. É essa dupla referência que permite a formação da representação de um objeto (REINERT, 1990; NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

Com a organização dos discursos produzidos pelos participantes desse estudo, e a partir do processamento dos dados pelo IRAMUTEQ, foi possível nomear e interpretar, a partir de todas as informações fornecidas pelo *software*, cada classe do método CHD. Consequentemente, possibilitou o alcance dos objetivos do estudo sobre a atuação de enfermeiros perante a gestante com ITU atendidas na Estratégia Saúde da Família. Os resultados foram expostos e analisados à luz do referencial temático.

3.6 Aspectos éticos e legais

O presente estudo seguiu os preceitos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das pesquisas envolvendo seres humanos. Previamente à submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), foi solicitado a Autorização Institucional (ANEXO A) junto à Secretaria Municipal de Saúde de Floriano.

A operacionalização dos aspectos éticos deste estudo teve continuidade mediante a submissão do projeto ao CEP da UFPI, o qual foi aprovado com número do parecer 1.380.128 (ANEXO B). Ressalta-se que a coleta de dados foi iniciada após a aprovação da proposta por parte do CEP da UFPI.

Os enfermeiros foram conscientizados do seu direito de não participação ou desistência de participação na pesquisa durante qualquer etapa desta, bem como da ausência de ônus ou bônus para sua participação. Receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, um permaneceu com os pesquisadores e o outro com o participante da pesquisa (APÊNDICE C).

Os riscos físicos e psicológicos previstos não foram percebidos pelos pesquisadores ou demonstrados pelos participantes, mesmo ao revelar aspectos da temática estudada advindos de uma conversa informal que perpassou a experiência íntima de cada participante. Entretanto, percebeu-se benefícios ligados diretamente à ampliação de conhecimento moderno acerca da temática, a requalificação dos profissionais por meio do repasse de protocolos recentes sobre a saúde da mulher na atenção primária com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência, e atualização na implementação do protocolo de Enfermagem municipal que está em processo de elaboração.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos enfermeiros estudados

A análise dos resultados encontrados, à luz da literatura científica pertinente à temática, permitiu elaborar este capítulo. Foi constatado que poucos são os estudos que tratam da atuação da Enfermagem no cuidado dispensado à gestante com ITU, tal fato é corroborado como lacuna no estudo da Hein et al. (2016).

Os participantes da pesquisa foram 22 enfermeiros que atuavam nas zonas urbana e rural do município de Floriano – PI, dos quais, 21 eram mulheres, o que corrobora os aspectos sócio-históricos da profissão. O perfil da Enfermagem brasileira confirma a feminilização da força de trabalho dessa profissão, mesmo havendo uma tendência à masculinização da categoria (FIOCRUZ; COFEN, 2015). Desse modo, tem-se uma realidade que pode ser notada nos cursos de graduação, pós-graduação e nos serviços de saúde (MAHL; TOMASI, 2009; VILLELA et al., 2011).

A feminização da força de trabalho da atenção primária é uma tendência que se mostra predominante (PINTO et al., 2010; COSTA et al., 2013). Tal resultado corrobora os estudos de Corrêa et al. (2012), em investigação desenvolvida na cidade de Cuiabá-MT, com 79 enfermeiros das Unidades Saúde da Família do município, que constatou maioria feminina (88,6%).

Em relação à idade, essa variável mostrou um grupo jovem, economicamente ativo e em idade produtiva no trabalho. As idades predominantes foram menores de 40 anos, dos quais, mais da metade (n=15) pertencia à faixa etária entre 31 e 40 anos, e cinco com a faixa etária de 21 a 30 anos. Observa-se que esse achado converge com outros estudos que apresentam a faixa etária jovem como idade preponderante na assistência do cuidado (FERNANDES et al., 2010; CELEDÔNIO, 2012; DUARTE et al., 2013).

Quanto à situação conjugal dos profissionais, percebeu-se que a maioria (n=14) encontrava-se casada. Martins et al. (2013) observaram, por meio da investigação com 41 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Brasília-DF, que a maioria era casada (68,2%), o que corrobora o resultado da presente casuística. Zanetti et al. (2010) também asseguram que tal indicador pode estar associado à idade das profissionais que estão, em sua maioria, na idade adulta, se

considerado o ciclo do desenvolvimento humano, o que, em geral, predispõe a constituição de novos núcleos familiares.

No que diz respeito ao tempo de atuação na ESF, a maior parte (n=14) sempre atuou na atenção básica, tendo mais de cinco anos de trabalho. Os enfermeiros participantes do estudo de Brandoni Junior et al. (2011), que atuavam na ESF em municípios localizados no sul do Rio Grande do Sul e que cursavam a Especialização Multiprofissional em Saúde da Família, referiram uma variação de três meses a dez anos de atuação na unidade de saúde. Estudo semelhante desenvolvido com vinte enfermeiros no estado do Paraná verificou que o tempo de trabalho na atual unidade variou entre cinco meses e oito anos (ROECKER et al. 2013).

Segundo Rocha et al. (2009), o tempo médio de três anos de atuação na mesma equipe é característica importante, pois valoriza o profissional no ambiente de trabalho e favorece a criação de vínculo com as propostas da ESF, com a equipe e com a comunidade. Resultados do estudo de Viegas e Penna (2012) mostram o vínculo como diretriz essencial à consolidação da integralidade em saúde, ao favorecer a participação do usuário como sujeito autônomo na produção da sua saúde. Entretanto, a rotatividade de profissionais interfere tanto na dinâmica do trabalho cotidiano como na construção de vínculo com as famílias, o que implica diretamente na consolidação local da ESF.

O tempo de atuação profissional no mesmo serviço, permite inferir se existe um vínculo dos enfermeiros com o território e a comunidade, melhor conhecimento de suas necessidades e maior possibilidade de dar continuidade aos programas desenvolvidos nas unidades. A estabilidade na contratação do trabalho também possui importância, uma vez que possibilita melhor qualidade no atendimento ao usuário, visto que o contrato temporário enseja rotatividade de profissionais, insegurança e insatisfação (CELEDÔNIO, 2012).

No tocante à instituição e ao ano de formação, mais da metade (n=14) foram certificados por instituição pública, informação que coaduna com o estudo de Roecker et al. (2013). Quanto ao ano de conclusão, variou entre 1985 e 2010, ou seja, a maioria tinha entre seis e 14 anos de formados. Tais informações referentes ao tempo de graduação também demonstra a discreta maturidade dessas profissionais para atuarem na atenção primária.

Nesse ponto, há predominância de enfermeiras com certa vivência de trabalho na área da atenção básica, dados que se assemelham com os encontrados por Roecker et al. (2013), uma vez que 13 dos 20 enfermeiros estudados tinham de cinco a 20 anos de formados.

A quase totalidade dos entrevistados referiu possuir pós-graduação, sendo que as especialidades de saúde pública, saúde da família e/ou obstetrícia foram mencionadas pela metade dos enfermeiros. Estudos revelam que os enfermeiros são os que mais procuram e possuem essa formação em saúde da família ou saúde pública quando comparados a outras categorias, como a médica, por exemplo (ZANETTI et al., 2010; LOPES et al., 2013). A outra metade dos profissionais buscou se qualificar por meio de pós-graduações *Stricto sensu* (um entrevistado com nível mestrado) ou especialidades de urgência e emergência e/ou saúde do trabalhador ou unidade de terapia intensiva.

Uma pesquisa realizada em um município do sul de Minas Gerais demonstrou que, dos 32 enfermeiros estudados, 26 eram mulheres, tinham faixa etária entre 25 e 45 anos, tinham entre um e 20 anos de formados, e 22 enfermeiros se formaram em instituições privadas. Quanto ao grau de escolaridade, os dados mostraram que todos os profissionais possuíam algum tipo de pós-graduação *Lato sensu* e somente uma enfermeira possuía também pós-graduação *Stricto sensu* (mestrado acadêmico) (SOARES et al., 2016). No presente estudo, os dados foram semelhantes à pesquisa supracitada nos seguintes aspectos: grau de escolaridade, faixa etária e sexo mais prevalente. Por outro lado, diferem quanto à maior prevalência de formação em instituição pública.

Ao analisar o estudo de Bezerra et al. (2014), apenas o aspecto idade dos enfermeiros foi semelhante ao desta pesquisa, pois a maioria dos profissionais daquele estudo não havia concluído especialização, o tempo de graduado foi de dois a 10 anos, e quanto ao tempo de trabalho na ESF variou entre um ano e seis meses a 10 anos.

Essa busca da especialização reflete a necessidade de atender à lógica do mercado competitivo na área da Enfermagem e, assim, poder ter mais possibilidades na busca por um emprego, além de ratificar a importância de permanentes capacitações profissionais, em decorrência dos avanços tecnológicos, de novas informações na área da saúde e das diversas necessidades dos usuários que buscam esses serviços (FERNANDES, 2012).

No que se refere aos cursos de atualização em saúde da mulher, metade dos profissionais informou não fazer cursos periodicamente (Quadro 2) e a outra metade declarou se atualizar na temática a cada semestre, anualmente, a cada dois anos ou quando é disponibilizado pela Secretaria de Saúde.

Quadro 2 – Distribuição dos dados relativos aos profissionais segundo aspectos sociodemográfico. Teresina, 2016.

Participante	Sexo	Idade (anos)	Estado civil	Tempo Atuação na ESF (anos)	Instituição e ano de conclusão	Fez Pós-graduação	Possui outro vínculo empregatício	Curso de atualização na saúde da mulher
01	FEM	34	VCC	5	PUB - 2006	Sim	Sim	Não
02	FEM	33	SEP	6	PRI - 2005	Sim	Sim	Não
03	FEM	36	CAS	12	PUB - 2003	Sim	Sim	Sim
04	FEM	27	CAS	04	PRI - 2010	Sim	Sim	Sim
05	FEM	41	CAS	14	PUB - 2002	Sim	Sim	Não
06	FEM	33	CAS	10	PUB - NIN	Sim	Sim	Sim
07	FEM	33	CAS	2	PRI - 2008	Sim	Sim	Sim
08	FEM	37	CAS	11	PUB - 2004	Sim	Sim	Não
09	FEM	35	SOL	10	PUB - 2004	Sim	Sim	Sim
10	FEM	29	CAS	3	PRI - 2008	Sim	Não	Não
11	MAS	29	SOL	4	PRI - 2010	Sim	Sim	Sim
12	FEM	31	CAS	4	PRI - 2008	Sim	Não	Não
13	FEM	28	CAS	4	PRI - 2010	Sim	Não	Sim
14	FEM	51	SEP	10	PUB - 1985	Sim	Sim	Não
15	FEM	34	CAS	7	PUB - 2007	Não	Não	Não
16	FEM	32	CAS	7	PUB - 2006	Sim	Não	Não
17	FEM	36	CAS	12	PUB - 2003	Sim	Não	Não
18	FEM	33	SEP	11	PUB - 2004	Sim	Sim	Não
19	FEM	31	SOL	9	PUB - 2008	Sim	Sim	Sim
20	FEM	35	CAS	11	PRI - 2004	Sim	Sim	Sim
21	FEM	33	CAS	10	PUB - NIN	Sim	Não	Sim
22	FEM	27	SOL	3	PUB - NIN	Sim	Sim	Sim

Fonte: Pesquisa direta.

Legenda: ESF – Estratégia Saúde da Família; FEM – Feminino; MAS – Masculino; CAS – Casado (a); SEP – Separado (a); SOL – Solteiro (a); VCC – Vive com companheiro (a); PUB – Pública; PRI – Privada; NIN – Não informou.

As iniciativas de capacitação visam ao aprimoramento profissional, a fim de melhorar a resolutividade dos serviços. Contudo, nem sempre essas capacitações atingem seus objetivos com a eficiência esperada, uma vez que fatores como a falta de estímulo financeiro, a falta de um plano de cargos e salários, a longa duração, a ocorrência de cursos fora do horário de serviço e a deficiente infraestrutura, que

envolve a falta de organização e as condições do local da capacitação, dificultam a participação de profissionais nessas atividades. Por outro lado, vale ressaltar que as atividades de atualização e de aperfeiçoamento permitem ao profissional o conhecimento de novas estratégias de trabalho e de relacionamento interpessoal, abrindo caminhos para a melhoria da qualidade do atendimento (SILVA et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2013).

Nesse sentido, observou-se que os enfermeiros estudados estão parcialmente preocupados em adquirir conhecimentos no contexto da saúde da mulher, de forma a oferecer uma assistência mais qualificada às gestantes. Ao passo que as especialidades diferentes do contexto de atenção primária podem sugerir déficit na qualidade do serviço prestado, visto que a assistência pode ficar pautada somente em velhos conceitos adquiridos na graduação.

Ademais, acredita-se que a especialização direcionada para a área de atuação promove autonomia profissional, habilidades cognitivas, mobilidade profissional, entre outros benefícios. Prontamente, os cursos contribuem para aumentar a competência dos profissionais, na medida em que promovem ampliação e/ou obtenção de conhecimentos; incentivam novos modos de agir; proporcionam maior propriedade das normas antecedentes e a oportunidade de refletir sobre sua própria experiência no trabalho, mesmo em contexto adverso (SCHERER et al., 2016).

4.2 Organização e descrição do conteúdo das classes

A organização dos resultados desta pesquisa evidenciou quatro classes semânticas relacionadas entre si. Tal fato foi percebido por meio de relatórios completos disponibilizados pelo processamento do *software* IRAMUTEQ, o que nos permitiu ler profundamente, nomear as classes e interpretar as palavras mais evocadas. As distribuições das falas dos entrevistados foram organizadas e apresentadas conforme sequência dos segmentos de texto disponibilizados pelo IRAMUTEQ.

O IRAMUTEQ reconheceu a separação do *corpus* em 21 textos. O número de segmentos de textos (UCE) foi de 492, apresentou 2044 formas distintas ou palavras diferentes e 17351 ocorrências de palavras no texto. A frequência média das formas por segmento foi de 35.266260 que resultou em quatro classes

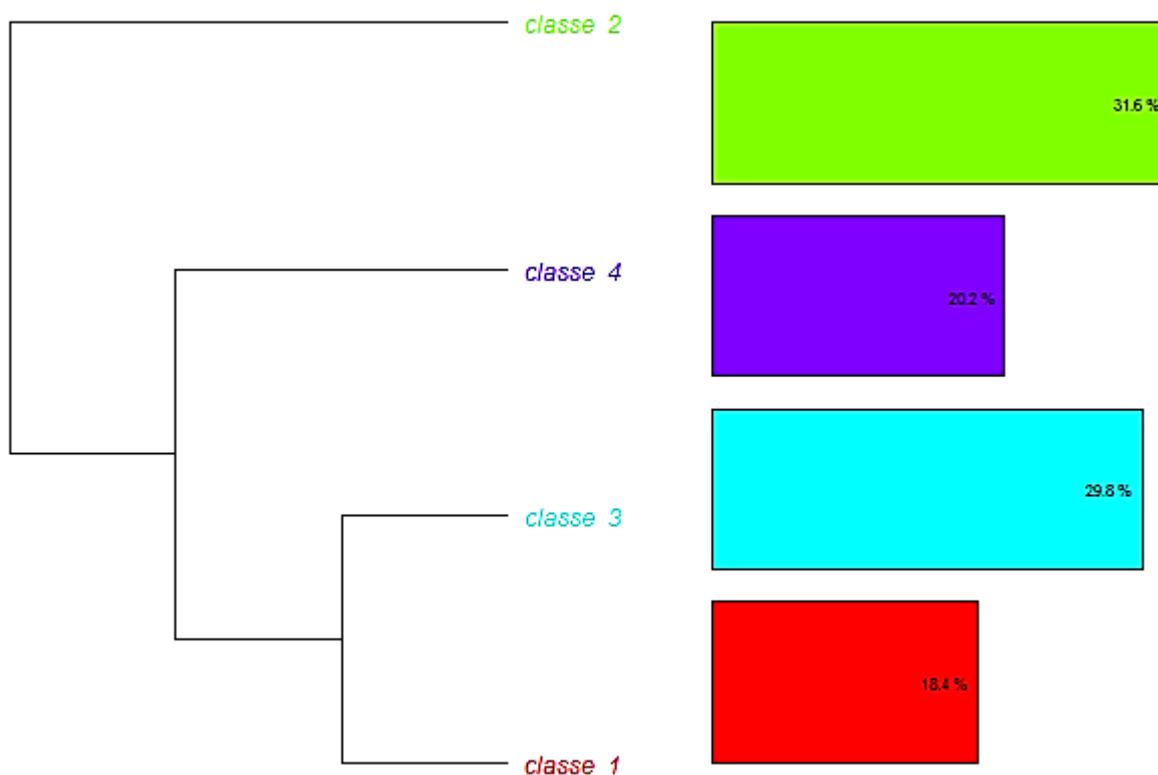
semânticas distintas, analisadas pela CHD. Da amostra de palavras distintas, o número de palavras ativas que apresentaram frequência maior ou igual a três foi de 487. No universo da amostra, a frequência mínima de formas distintas foi de 3.38.

O *corpus* foi dividido em 316 segmentos de texto analisáveis de um total de 492, no qual se observou um nível de aproveitamento de 64,23% do material processado. Ressalta-se que a CHD considerou a associação das classes às variáveis fixas do estudo citadas no Quadro 1. A Figura 1 representa as quatro classes do dendograma construído pelo IRAMUTEQ a partir do *corpus*.

Tal dendograma da Figura 1 ilustra as subdivisões que foram feitas no *corpus*, até a obtenção das classes finais. Conforme recomendação do tutorial realizou-se a leitura da esquerda para a direita e observa-se que, inicialmente, houve uma divisão do *corpus* principal com surgimento de um segmento com dois subcorpus (classe 1 e classe 3, respectivamente). Estas tiveram maior proximidade de conteúdo, ou seja, estão relacionadas diretamente entre si. Num segundo momento, e ainda levando em consideração as classes 1 e 3, foi possível apreender que elas estavam inseridas e imediatamente interligadas à classe 4. Nesse contexto, ainda é possível notar que a classe 2 compreende todas as demais classes citadas. Ademais, nota-se que a CHD se conclui na terceira partição, pois as quatro classes mostraram-se estáveis, ou seja, são compostas de unidades de segmentos de texto com vocábulos semelhantes.

As palavras analisáveis foram distribuídas nas quatro classes desse estudo, da seguinte forma: classe 1 teve 58 Unidades de Contextos Elementares (UCE), correspondendo a 18,4% do total dos segmentos de texto; classe 3, com 94 UCE, perfazendo 29,8% do total dos segmentos de texto; classe 4 teve 64 UCE, totalizando 20,2% do total dos segmentos de texto; classe 2, com 100 UCE, satisfazendo 31,6% dos segmentos de texto.

Figura 1 – Dendograma das classes obtidas a partir do *corpus*. Teresina, 2016.



Fonte: Relatórios IRAMUTEQ, 2016.

As representações das quatro classes identificadas com a construção do segundo dendograma podem ser observadas na Figura 2. Cada classe foi nomeada segundo as palavras mais evocadas, análise dos agrupamentos de palavras, interpretação dos significados e conforme *corpus* colorido disponibilizado nos relatórios emitidos pelo *software*.

Ademais, a nomeação dos respectivos sentidos das classes foi: 1 – Rotina de atendimento de Enfermagem à gestante; 3 – Condutas do enfermeiro para tratamento e prevenção de infecção urinária em gestantes; 4 – Dificuldades no diagnóstico de infecção urinária em gestantes; 2 – Educação em saúde como principal medida adotada pelo enfermeiro para prevenção de infecção urinária em gestantes. Ressalta-se que todas as palavras evocadas e presentes no dendograma da Figura 2 tiveram o valor *p* menor ou igual a 0,0001.

Pela Classificação Hierárquica Descendente, a análise e a discussão das classes deve acompanhar o dendograma com suas partições, e a leitura deve-se

Figura 2 – Dendograma da assistência de enfermeiros no pré-natal para prevenção e controle da infecção do trato urinário. Teresina, 2016



Fonte: Relatórios IRAMUTEQ, 2016.

proceder da esquerda para direita, como mencionado anteriormente. Assim, a sequência de análise no dendograma foi: classe 1, classe 3, classe 4 e classe 2.

O estudo das classes traz a descrição que emergiram das falas dos participantes, a partir da assistência dos profissionais enfermeiros na consulta pré-natal para prevenção e controle da infecção do trato urinário, ou seja, posicionamentos e atitudes relacionadas à rotina, às condutas, às possíveis dificuldades e orientações expressas nas quatro classes oriundas do *corpus*.

4.2.1 Classe 1 – Rotina de atendimento do enfermeiro à gestante

Esta classe é constituída por 58 UCE ou segmentos de textos, correspondendo a 18,4% do *corpus* total e está diretamente associada à classe 3. Os vocábulos que aparecem mais com mais frequência e que são mais significativos dos segmentos de texto desta classe são: Solicitar, Urocultura, Exame, Pedir, Sumário de urina, Depois, Resultado, Consulta, Antibiograma e Enfermagem, cujos valores do X^2 correspondem, respectivamente, 105.84; 76.24; 46.1; 38.36; 25.76; 20.62; 18.93; 18.91; 18.02; 17.23 (Figura 2). Os vocábulos pertencentes a essa classe foram extraídos predominantemente das entrevistas 5, 13 e 8 por ordem de significância.

A partir dos discursos e das palavras mais evocadas foi possível perceber que os profissionais solicitam rotineiramente os exames preconizados pelo Ministério da Saúde para verificação de infecção do trato urinário, porém, de formas distintas: alguns solicitam o sumário de urina e a urocultura para todas as gestantes, principalmente, na primeira consulta de pré-natal; outros requerem somente o exame de urina; quanto à urocultura, pedem ao profissional médico para fazê-lo. E há aqueles que somente solicitam a urocultura se a gestante apresentar alguma condição clínica (sintomatologia) ou alteração laboratorial (sumário de urina).

No que concerne aos exames complementares preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) e cujos profissionais enfermeiros e médicos podem solicitar, de forma ampliada, durante as consultas de pré-natal de baixo risco, têm-se: hemoglobina e hematócrito; eletroforese de hemoglobina; tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto; glicemia de jejum; teste de tolerância à glicose; urina tipo I; urocultura e antibiograma; teste de proteinúria; teste rápido para sífilis ou VDRL;

teste rápido para HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) ou sorologia (anti-HIV 1 e 2); sorologia para hepatite B (HBsAg); toxoplasmose IgG e IgM; malária (gota espessa) em áreas endêmicas; parasitológico de fezes; ultrassonografia obstétrica. A seguir, têm-se algumas falas que retratam essas formas distintas de atuação.

[...] a solicitação do exame, ela é feita como manda o cronograma do Ministério, no início da gravidez e após a trigésima semana. Agora, nos casos de infecção urinária, sim, os exames sou eu que solicito [...] (Ent_14).

[...] meu atendimento foi primeiro de solicitar o sumário de urina, que veio o resultado e também com as queixas da gestante, que eu lembro bem que foi disúria e mal-estar. Foi feito a medicação e eu encaminhei ela para o obstetra do posto e ele pediu a urocultura [...] (Ent_5).

Eu faço regularmente o atendimento de pré-natal para todas as gestantes, então, sempre a primeira consulta é comigo, onde eu solicito todos os exames que inclui o exame de urina e a urocultura, então sempre eu solicito na primeira consulta [...] (Ent_9).

[...] se ela estiver assintomática, a gente vai esperar o resultado do exame da urocultura e do exame de urina eu solicito a urocultura. Na primeira consulta, é solicitado todos os exames preconizados, incluindo o exame de urina e a urocultura para todas as gestantes [...] (Ent_6).

[...] no manual do Ministério da Saúde diz que eu posso solicitar a urocultura, só que eu nunca solicitei. É o médico que sempre... Como ele é obstetra, eu sempre peço ajuda para ele e ele solicita [...] (Ent_5).

[...] não solicito urocultura, só mesmo o sumário de urina. Por isso que, às vezes, quando acho necessário, peço para o médico, já que ele não faz o pré-natal, que ele faça pelo menos isso [...] (Ent_12).

[...] geralmente, a urocultura eu só solicito quando o sumário de urina estiver alterado. A princípio, eu solicito primeiro o sumário de urina. Se o sumário de urina estiver alterado ou, então, os piócitos aumentados, eu solicito a urocultura com antibiograma [...] (Ent_8).

Nessa perspectiva, entende-se que o atendimento inicial à gestante com infecção urinária se apresenta diversificado, o que remete desigualdade do cuidado no município estudado, pois alguns profissionais se utilizam de todas as informações presentes no manual do Ministério da Saúde, outros a utilizam parcialmente.

Além disso, percebeu-se uma restrição de autonomia dos enfermeiros para sua atuação na base do sistema de saúde, o que nos leva a refletir sobre um possível receio de atuar ativamente por desconhecimento das suas reais atribuições, devido à ausência de protocolo. Dessa forma, reforça a necessidade de finalização e de utilização do protocolo de Enfermagem para a atenção primária que se encontra em processo de elaboração.

[...] quando ela chega com o resultado, que dá positivo, dá nitrito positivo, dá a quantidade de leucócitos muito grande por campo, a gente já identifica uma possível infecção urinária. Como a gente não tem protocolo no município para esse atendimento [...] (Ent_16).

[...] o município não tem protocolo próprio, logo, a gente segue mais ou menos o manual do Ministério da Saúde mesmo, do pré-natal [...] (Ent_1).

[...] a gente não tem protocolo, a gente não tem manual informativo, a gente não tem cartilha, nem banner, nada, nada com relação a esse tema no posto, nunca nos foi disponibilizado [...] (Ent_4).

Por outro lado, os enfermeiros do estudo que encaminham as pacientes para consulta médica para viabilizar a solicitação da urocultura fazem tal procedimento sem necessidade, pois a solicitação do exame de urina e urocultura, pelo enfermeiro, já existe como rotina na primeira e terceira consulta de pré-natal.

Sabe-se que, para um bom acompanhamento pré-natal, é necessário que a equipe da atenção primária execute, dentre outras coisas, os procedimentos de maneira uniforme e correta durante a solicitação e a realização dos exames complementares. Caso isso não aconteça, ocorrerão alterações significativas que podem prejudicar a interpretação dos dados e a comparação entre eles. Ademais, os profissionais de formação universitária (enfermeiros e médicos) devem solicitar, rotineiramente, dentre outros exames complementares, o exame de urina e urocultura para pesquisar infecção urinária nas gestantes (BRASIL, 2016).

Ao se considerar os profissionais que solicitam o exame de urocultura, somente conforme quadro clínico ou laboratorial da gestante, pode-se vislumbrar que eles se apropriam das recomendações do manual atualizado, porém, sugere uma forma precipitada de execução, uma vez que o manual não prevê esse tipo de procedimento. Há, no entanto, profissionais que realizam o procedimento de somente solicitar urocultura quando o exame de urina estiver alterado.

[...] geralmente, a grande maioria eu consigo resolver quando o sumário vem alterado. Eu solicito a urocultura, veio alterado, eu prescrevo o que eu tenho na unidade e o que está no antibiograma, por exemplo [...] (Ent_8).

Para situações clínicas, o protocolo atualizado demonstra que não é necessário realizar urocultura de controle para ITU com resolução clínica, bem como só é necessário se os sintomas persistirem após 48h a 72h de tratamento ou recorrência em poucas semanas, os quais devem ser reavaliados e classificados

como ITU complicada (BRASIL, 2016). Os casos de ITU complicada devem ser acompanhados pelo profissional médico.

As condições que se associam à ITU complicada incluem as de causa obstrutiva anatomofuncionais, metabólicas, gravidez, transplante renal, uso de catéter de demora ou qualquer tipo de instrumentação e de derivações atípicas, ou seja, acomete indivíduos com anormalidades funcionais ou estruturais do trato geniturinário. Paradoxalmente, a ITU não complicada é aquela que não está relacionada ao meio hospitalar e ocorre em pacientes com sistema anatomofuncional normal (HEILBERG; SCHOR, 2003; JORGE; VIDAL, 2014).

Por outro lado, um estudo prospectivo realizado por Guerra et al. (2012) em Recife-PE, demonstrou que quando o exame simples de urina foi normal, o resultado da pesquisa indicou que em 87% das vezes a urocultura pode ser dispensada. Assim, os achados dos autores sugerem que em locais onde há impossibilidade de realização da urocultura, o exame simples de urina pode ser utilizado como rastreamento de infecção urinária.

Na presente pesquisa, a atitude de alguns profissionais foi semelhante ao estudo supracitado. Tal acontecimento dos enfermeiros pode estar respaldado na perspectiva de entenderem como desnecessário ou desperdício de recursos se houver requisição de urocultura concomitantemente ao exame de urina, e fundamentado no saber empírico, mesmo com a recomendação do manual do Ministério da Saúde.

Estudos internacionais como o de Hamdan et al. (2011) reforçam as recomendações do manual brasileiro, quando asseguram que a urocultura deve ser realizada como instrumento de diagnóstico e de rastreamento para detecção de ITU em gestantes.

Por outro lado, muito tem sido feito para aperfeiçoar a qualidade proporcionada à população nas instituições de saúde, com a finalidade de buscar cada vez mais a excelência do cuidado. Para que isso seja realizado, os profissionais devem se utilizar de protocolos. Ressalta-se, ainda, que os protocolos possibilitam reordenação da estratégia de assistência de Enfermagem e/ou reorganização do processo de trabalho.

No campo da saúde, os protocolos são recursos de tecnologia tão importantes quanto os recursos humanos, físicos ou materiais. Assim, observa-se

que o uso de instrumentos, há muito tempo, integra o processo de trabalho em saúde, perpassando grande parte dos espaços e dos momentos do processo de cuidar. Não obstante, poucos esforços são observados na literatura no intuito de sistematizar o conhecimento nesta área, o que contribui e justifica que sua produção e utilização, em parte, pareçam marcadas pelo empirismo (MOURÃO NETO et al., 2016).

Sabe-se que a previsão e a provisão de cuidados devem procurar uma racionalidade baseada em evidências científicas e evitar o empirismo profissional. A Enfermagem baseada em evidência ressalta que a tomada de decisão sobre a assistência à saúde seja realizada a partir do consenso de evidências relevantes, obtidas de pesquisas, estudos e informações de bases de dados que possibilitem escolhas terapêuticas adequadas no cuidado prestado ao paciente (KARINO; FELLI, 2012).

Analogamente, a terapêutica da ITU poderá ser conduzida empiricamente, se estiver fundamentada nas taxas de prevalência das infecções urinárias locais e nos protocolos elaborados em conjunto com a equipe assistencial; e ajustada aos resultados de culturas (SOUZA et al., 2013).

Os profissionais que utilizam protocolos estarão normatizados e respaldados ao exercerem suas funções, zelando pela qualidade dos serviços prestados, pois se trata de um documento elaborado por profissionais que exercem sua profissão, conforme estabelece o conselho desta classe (FRANCO et al., 1999; RODRIGUES et al., 2011). A esse propósito, a prática assistencial baseada em protocolos, realizada pelo enfermeiro na assistência pré-natal, é indispensável na atenção primária, já que esse profissional proporciona acolhimento e atendimento longitudinal, visando evitar problemas ao longo do período gestacional ao puerpério (ALVES et al., 2015).

Estima-se que os municípios brasileiros passaram a confeccionar protocolos de acordo com as referências teóricas e as necessidades ou as demandas do serviço da população em meados do ano 2000. Os Protocolos da Atenção Básica cumprem uma função primordial, que é oferecer respaldo ético-legal para a atuação dos trabalhadores da Atenção Básica, conforme disposto em suas atribuições comuns e específicas constantes na política nacional de atenção básica,

particularmente no que se refere aos profissionais de Enfermagem (RODRIGUES et al., 2011; BRASIL, 2016).

4.2.2 Classe 3 – Condutas do enfermeiro para tratamento e prevenção de infecção urinária em gestantes

A classe três é composta por 94 UCE (segmentos de textos), que corresponde a 29,8% do *corpus* total e está diretamente associada à classe 1. Os vocábulos mais evocados e significativos dos segmentos de texto desta classe são: Médico, Agendar, Aqui no Posto, Encaminhar, Enfermeiro, Então, Como, Dia, Entrar, Aqui, Sair, cujos valores do qui-quadrado correspondem, respectivamente, 40.09; 26.92; 26.9; 25.13; 23.79; 18.92; 17.28; 17.22; 16.91; 15.51; 15.51 (Figura 2). Os vocábulos pertencentes a essa classe foram extraídos predominantemente das entrevistas 4, 7 e 14, por ordem de significância, considerando as variáveis idade maior que quarenta anos e tempo de serviço de até cinco anos.

Ao longo das falas da referida classe, percebeu-se constantemente a evocação da palavra médico, demonstrando que a conduta dos enfermeiros está baseada no fornecimento de orientações no sentido de prevenir a ITU e no encaminhamento para o médico realizar a prescrição do tratamento caso seja comprovada. O encaminhamento para consulta médica acontece da própria unidade de saúde, hospital de referência ou mesmo para o médico especialista da equipe do NASF ou rede cegonha.

[...] tendo identificado essa alteração no exame de EAS, a gente faz as orientações necessárias, mas a gente faz o encaminhamento porque eu não faço prescrição de antibiótico para infecção urinária [...] (Ent_4).

[...] então, eu começo a orientação mesmo sem infecção. Quando ela está com infecção, primeiro, eu faço o encaminhamento ou para o médico daqui ou então direto para o hospital quando se articula com a rede cegonha e ao uso da medicação [...] (Ent_7).

[...] eu encaminho ao ginecologista que é o que tá dando esse suporte, pelo menos para essa unidade, o exame dando alterado com relação os piócitos e os leucócitos, eu já encaminho ela para o ginecologista. Eu não prescrevo a medicação para ela [...] (Ent_4).

[...] sempre gosto de trabalhar em acordo com ele, nesses casos de infecção, de prescrição de antibiótico, com relação aos casos positivos, são esses que a gente encaminha pra o médico [...] (Ent_14).

[...] mas eu passo para o obstetra. Eu mesmo agendo, porque a gente tem o obstetra do Núcleo de Apoio Saúde da Família pela secretaria de saúde. Aí, eu mesmo marco como eu estou acompanhando [...] (Ent_9)

Na prática da Estratégia Saúde da Família (ESF), o encaminhamento permite a produção de intervenções mais eficazes entre o trabalhador e o usuário, com inúmeras possibilidades de atuação, proporcionando o cuidado continuado e a satisfação de necessidades de saúde que não puderam ser contempladas naquele primeiro atendimento (SOUZA et al., 2013).

Ao enfermeiro, compete encaminhar os casos que necessitem de acompanhamento pelo médico da equipe e/ou especialista e caso haja dificuldade para agendar a consulta médica ou demora significativa para esse atendimento, o profissional deve encaminhar diretamente ao serviço de referência (ROSSO et al., 2014; BRASIL, 2016). Além disso, o protocolo de Enfermagem da atenção primária de Teresina-PI estabelece, como atribuição do enfermeiro, a realização de encaminhamentos para o médico da equipe da ESF e/ou especialidades médicas, se necessário (BRASIL, 2012b).

Por outro lado, notou-se que poucos enfermeiros (n=7) fazem, além das orientações, a prescrição de antibióticos, conforme recomendação do manual do Ministério da Saúde, enquanto que outros não prescrevem tratamento medicamentoso algum, apenas encaminham para consulta médica.

[...] eu uso cefalexina, dependendo da quantidade de piócitos ou, então, dependendo do grau de intensidade da infecção, eu prescrevo cefalexina de 7 a 14 dias [...] (Ent_13).

[...] então, eu faço um tratamento inicial no caso de recidiva. Aí, eu já tento não tratar se tiver médico na equipe que possa fazer isso [...] (Ent_18).

[...] eu, como enfermeira, eu encaminho ao médico para ele fazer o tratamento e solicitar urocultura com antibiograma. Eu não solicito a urocultura e nem prescrevo o antibiótico porque a gente fica na dúvida porque não tem protocolo [...] (Ent_16).

[...] o protocolo que eu sigo é o protocolo do Ministério da Saúde. Se não estiver dentro das medicações do protocolo, eu encaminho para o médico [...] (Ent_6).

[...] se persistir, se continuar ou der alguma alteração na urocultura, é que eu encaminho para a médica do posto, mas eu nunca acompanhei um caso mais grave de gestante com infecção urinária e, também, aqui na unidade básica de saúde, a maioria eu trato porque são infecções mais simples [...] (Ent_9).

Entende-se que o protocolo não obriga o enfermeiro a prescrever medicamentos, solicitar exames ou encaminhar o paciente diretamente para a referência. Contudo, ele respalda o profissional a fazê-lo, caso o enfermeiro possua capacidade técnica científica (BRASIL, 2012b).

Como já foi dito, há semelhança e associação entre a classe anterior e esta. Isso posto, pode-se dizer que as condutas adotadas pelos profissionais enfermeiros diante da gestante com infecção urinária envolvem, dentre outras coisas: marcação dos exames de pré-natal pelas centrais existentes em cada posto de saúde, a consulta realizada mensalmente, tanto pelo enfermeiro quanto pelo médico, intercaladamente, o atendimento por demanda programada e de atenção à demanda espontânea, conforme se nota abaixo.

[...] então, esse atendimento é feito mensalmente. A equipe vai e faz o atendimento, tanto passa com o enfermeiro como passa com o médico [...] (Ent_14).

[...] nós temos, aqui no posto, a nossa central de marcação de exames. Então, em algumas vezes, ela já sai com todos os exames marcados, outras vezes ela deixa a guia aqui no posto e vem buscar, posteriormente, quando estiver marcada [...] (Ent_6).

[...] bom, a gestante é agendada previamente, agendada pro dia de consulta de pré-natal. A gente inicia o pré-natal solicitando todos os exames preconizados pelo Ministério da Saúde, dentre eles o sumário de urina. Então, todas elas fazem pelo menos duas vezes, durante o pré-natal, o sumário de urina [...] (Ent_4).

Sucedem, às vezes, que o profissional enfermeiro parece, ainda, ser dependente de atos médicos para executar alguns cuidados de sua competência. Apreende-se que isso não deve acontecer, pois há tempos que a enfermagem tem autonomia para prestar assistência aos pacientes. Embora, em algumas situações, sejam necessários atendimentos em conjunto e/ou em parceria com outros profissionais, não significa dizer que essas ações são totalmente dependentes.

Os profissionais da Enfermagem precisam se apropriar mais das informações de forma que possam executar suas atividades satisfatoriamente, mas eles precisam também do apoio dos gestores para a regulamentação de documentos que lhes dê mais autonomia.

Os profissionais enfermeiros desenvolvem atividades clínico-assistenciais e gerenciais, conforme as atribuições constituídas na Portaria nº 2.488/2011, obedecendo-se também à regulamentação do trabalho em Enfermagem,

estabelecida pela Lei nº 7.498/1986 e pelo Decreto nº 94.406/1987, bem como às Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem nº 159/1993 e nº 358/2009 (BRASIL, 2016).

4.2.3 Classe 4 – Dificuldades no diagnóstico de infecção urinária em gestantes

A classe quatro é formada por 64 segmentos de textos, que equivalem a 20,2% do total do *corpus*, determinando as classes 1 e 3. Os vocábulos mais significativos e que surgem com maior frequência dos segmentos de texto (Figura 2) são: Chamar, Laboratório, Atenção, Repetir, Sentir, Nada, Dizer, Bem, Sintomatologia, Difícil, Caso, Aí, Partir, Olhar, Erro, cujos valores de qui-quadrado correspondem respectivamente a: 40.66; 39.62; 32.62; 30.85; 29.04; 22.82; 22.08; 20.88; 20.0; 20.0; 16.93; 16.84; 15.95; 15.95 e 15.95. Os vocábulos pertencentes a essa classe foram extraídos predominantemente das entrevistas 19, 12 e 3 por ordem de significância, considerando a variável idade.

O diagnóstico de infecção urinária nas gestantes é baseado na sintomatologia e nos exames laboratoriais (em especial a análise da urina quanto à densidade, à cor, ao aspecto, aos segmentos urinários, ao nitrito, à presença de bactérias, à presença de leucócitos ou piócitos, dentre outros) solicitados durante a consulta de pré-natal. Estes elementos de análise são bons indicativos de bacteriúria e geralmente são considerados sinais indiretos de inflamação (GUERRA et al., 2012 CARVALHO, 2015).

Nesse ponto, observa-se que o número de piócitos utilizados como parâmetros de confirmação do diagnóstico de infecção urinária é diferente entre a maioria dos profissionais. Alguns referem seguir o preconizado pelo Ministério da Saúde e outros a partir dos valores de referência especificadas pelos laboratórios, conforme se pode perceber nos depoimentos a seguir:

[...] o número de piócitos depende, o Ministério da Saúde diz 10 piócitos por campo, mas, também, depende da sintomatologia da paciente. Dez por campo, por exemplo, ela não está sentindo nada, ela não tem nenhum sintoma [...] (Ent_19).

[...] assim, sempre tem laboratórios que eles variam bastante e eu considero os piócitos acima de 12, dependendo também do que ela me relata [...] (Ent_12).

[...] diante do resultado do sumário de urina, com a presença de mais de 12 piócitos por campo que é, né? Considerado limite quando vem mais de doze. O que é que eu faço? Eu, geralmente, procuro encaminhar essa gestante para o médico da equipe, tá certo? [...] (Ent_3).

[...] embora no resultado indique normal até oito piócitos por campo em um curso que fiz, por conta própria, ensinou que acima de cinco piócitos já está alterado e se sugere fazer a ingestão de líquidos [...] (Ent_8).

[...] eu utilizo acima de 12 piócitos e correlaciono com a clínica, né? E, geralmente, todos os que vão acima de 12 piócitos, o médico prescreve a medicação [...] (Ent_4).

[...] de acordo com os exames, a gente tira normalmente em relação aos piócitos. Se der mais de cinco por campo, a gente já começa o tratamento com antibiótico, faz as orientações necessárias [...] (Ent_11).

Com os depoimentos, confirma-se as distintas referências utilizadas para complementar o complexo diagnóstico de infecção urinária. Embora alguns profissionais informaram fazer tratamento medicamentoso com valores de referência baixo (cinco piócitos, por exemplo), essa prática não é recomendada, porque faz-se necessário uma associação com outros fatores, incluindo a sintomatologia e presença do microrganismo no exame laboratorial, para se confirmar o diagnóstico.

Embora pareça simples o diagnóstico de infecção urinária, muitas vezes, caracteriza-se por uma situação mais complexa, haja vista que a presença de leucócitos e nitrito estabelece um provável diagnóstico. Por outro lado, para sua confirmação, faz-se necessária a urocultura, pois é nesse momento que terá o isolamento e a quantificação do patógeno (CARVALHO, 2015; TORO-PEINADO et al., 2015).

Corroborando os autores acima, Schulz et al. (2016) reafirmam o exposto e acrescentam que a análise de urina com leucócitos positivos não deve ser utilizada isoladamente para diagnosticar ITU ou iniciar a terapia antimicrobiana em qualquer população de pacientes e os sintomas, também, devem ser considerados para o diagnóstico. Caso contrário, pode resultar num tratamento desnecessário com taxa de até 47%.

O Ministério da Saúde estabelece que existe necessidade de intervenção medicamentosa para aqueles casos de infecção urinária cujos resultados dos exames no aspecto análise do segmento urinário evidencia leucocitúria, ou seja, presença acima de dez piócitos por campo (BRASIL, 2012a), bem como no estudo de Silva Júnior et al. (2016), o protocolo de Enfermagem de Teresina (BRASIL,

2012b), dentre outros estudos, colocam como referência de normalidade até dez leucócitos por campo. Muito embora seja este o critério de intervenção medicamentosa, o manual não deixa explícito quanto ao manejo dos casos com valores entre cinco e dez leucócitos por campo, porém, sabe-se que as gestantes devem receber orientações de tratamentos não medicamentosos.

Alguns estudos e o *Guidelines* da Associação Europeia de Urologia sugerem que o resultado normal para ITU é até cinco piócitos por campo, pois os casos acima desse valor de referência indicam processo inflamatório das vias urinárias, sendo ou não de causa infecciosa, haja vista que a urina é teoricamente um ambiente estéril, e a presença de qualquer número de bactérias seria um achado anormal, por isso, remete à importância da realização da urocultura na primeira consulta da gestante (CARVALHAL et al., 2006; CMCISS, 2009; GUERRA et al., 2012; GRABE et al., 2015; BRASIL, 2016;).

Ademais, foi possível perceber, em outros segmentos dos depoimentos, que alguns profissionais suspeitam de erro de laboratório para os casos de resultados muito elevados dos piócitos sem sinais e sintomas explícitos.

Esse possível receio pode ser notado quando os profissionais solicitam que a paciente refaça o exame em outro laboratório. Por outro lado, têm-se os casos sugestivos de irregularidades no procedimento de coleta da urina e/ou armazenamento e/ou transporte do material e, conseqüentemente, levam a resultados distorcidos, como pode ser observado nos relatos abaixo:

[...] a gente leva em consideração se vem um resultado muito absurdo e a pessoa não tem nenhuma sintomatologia nem característica. Aí, eu tento repetir o exame em um outro local para fazer a comparação [...] (Ent_3).

[...] às vezes, já chegou a 1000, 800 que, às vezes, eu desconfio de erro de laboratório. Aí, eu sempre repito [...] (Ent_10).

[...] e a partir daí a gente tenta identificar se realmente se trata de uma infecção urinária ou se foi simplesmente uma falha na hora da coleta para a realização do exame [...] (Ent_3).

[...] já percebi diferença de um laboratório para outro de um resultado alterado e outro totalmente normal. Então, a gente está atento a isso e ainda peço um terceiro laboratório quando dá muita diferença de um resultado para outro, principalmente na consulta médica que ela é quem solicita mais esses exames para repetir [...] (Ent_2).

[...] agora, se dá 12 e diz que não está sentido nada, ele (o médico) não trata, não, porque ele pede para ela repetir em outro laboratório.

Geralmente, é essa conduta que ele faz e me orienta, apesar que eu não prescreva [...] (Ent_17).

Esses erros de laboratório tão mencionado pelos enfermeiros provocam elevação dos gastos com saúde, o que poderiam ser evitados se houvesse um maior comprometimento de todos os envolvidos, bem como seria fundamental o acompanhamento minucioso das clientes e dos laboratórios com o intuito de identificar aonde acontece a falha.

As causas mais frequentes de erros na realização e na análise dos resultados dos exames de urina são: coleta inadequada, demora no processamento de urina e/ou contaminação vaginal ou bálano-prepucial (erros falso-positivo). No tocante aos erros falso-negativos, tem-se: pH urinário menor que cinco, diluição urinária, contaminação com agentes bacteriostáticos usados na genitália, pacientes em uso de antimicrobianos, curto período de incubação urinária na bexiga, obstrução total do ureter que drena o rim afetado e/ou bactérias de difícil crescimento (SILVA et al., 2014).

Um estudo realizado por Barros (2013) em dois grupos de gestantes assistidas por duas enfermeiras, em períodos distintos, durante a assistência pré-natal no município de Tupanatinga-PE, demonstrou que um dos grupos estudados apresentou déficit nas orientações da técnica de coleta da urina, situação oposta foi percebida no outro grupo estudado por esse autor.

Nesta pesquisa, os profissionais relatam orientações prévias quanto à coleta da urina ou fase pré-analítica, inclusive houve casos que os enfermeiros pediam para as gestantes repetirem a informação que recebera para assim garantirem que as orientações foram compreendidas.

[...] e também quando elas vão fazer a coleta do exame de urina, eu oriento que tem que desprezar o primeiro jato e coletar logo o subsequente, eu faço essas orientações [...] (Ent_17).

[...] quanto ao sumário, a gente orienta como fazer a coleta, a higiene antes de colher a urina. A orientação a gente diz: olha você tem que ter o asseio antes de urinar, asseia a vagina [...] (Ent_20).

[...] geralmente, os laboratórios não orientam nada, a gente que tem que orientar se não elas fazem do jeito que acham que deve ser feito [...] (Ent_4).

Com as falas, presume-se, também, uma carência de cuidados por parte das clientes quando essas coletam o material para exame, que pode estar relacionado à

falta de atenção ou desleixo no momento em que o profissional fornece as orientações.

As condutas que acontecem na fase pré-analítica dos exames, ainda que pouco valorizadas, repercutem na confiabilidade dos resultados e como as amostras de urina são coletadas pelo próprio paciente, a urinálise está altamente susceptível a erros pré-analíticos. Acredita-se que cerca de 30 a 75% de todos os erros em um laboratório ocorrem nos processos pré-analíticos, medidas que assegurem a qualidade da coleta dos exames realizados devem ser postas em prática (PERUCCI et al., 2016).

Diversas medidas podem ser adotadas na fase pré-analítica, tais como: a precisa identificação do paciente, orientações prévias de maneira clara e objetiva para os procedimentos de preparo, orientações sobre dieta, jejum mínimo desejável de oito horas, uso de medicamentos, horário ideal de coleta, não fazer atividade física vigorosa nas 24 horas que antecedem os exames, material a ser coletado, entre outros, bem como a replicação de informações prévias, que se adiciona àquelas que ainda não foram ditas e a fiel adesão do paciente às orientações, ou seja, técnicas adequadas para coleta de urina, preservação, armazenamento e transporte (MANUAL... 2014; LAROCCO et al., 2016; PERUCCI et al., 2016).

4.2.4 Classe 2 – Educação em saúde como principal medida adotada pelo enfermeiro para prevenção de infecção urinária em gestantes

A classe dois é composta por 100 UCEs (segmentos de texto), que corresponde a 31,6% do *corpus* total e esta determina as demais classes do dendograma da Figura 2. Os vocábulos que aparecem mais frequentes e significativos dos segmentos de texto desta classe são: Higiene, Orientar, Roupa, Calça, Muito, Cuidado, Íntimo, Além, Urinar, Evitar, Também, Banheiro, Xixi, Sol e Banho, cujos valores de X^2 correspondem, respectivamente, a: 54.5; 41.6; 29.28; 26.94; 25.3; 25.28; 24.62; 22.31; 22.04; 20.77; 18.13; 16.26; 15.46; 15.46 e 15.46. Os vocábulos pertencentes a essa classe foram extraídos predominantemente das entrevistas 16, 8 e 21, por ordem de significância, considerando a variável idade.

Com base nas palavras mais evocadas pelo *software* para compor esta classe, notou-se que são várias as medidas adotadas pelos enfermeiros, algumas já

citadas na classe anterior, para prevenir e controlar a ITU em gestantes, de modo que essas medidas visam, principalmente, perspectivas de orientação e/ou educação em saúde.

As diretrizes da Enfermagem preconizam a função do enfermeiro como educador, afinal não há educação sem cuidado e vice-versa. Logo, a prática da educação em saúde requer do enfermeiro, por sua proximidade com essa prática, um julgamento crítico da sua atuação, bem como uma reflexão de seu papel como educador (FERNANDES; BACKES, 2010; ALMEIDA et al., 2016).

Dentre as orientações que foram citadas nos depoimentos, têm-se aquelas que contemplam tanto alertas para a possibilidade de adquirir ITU por estar grávida, quanto as direcionadas para cuidados com a higiene íntima, devendo evitar o uso de roupas apertadas e evitar o atraso no esvaziamento voluntário da bexiga. É o que se pode perceber nos depoimentos abaixo:

[...] e uma dessas orientações é voltada para infecção urinária, que a gente orienta ela dizendo que pode acontecer de ter a infecção urinária porque uma coisa que, na prática, a gente observa que acontece bastante [...] (Ent_16).

[...] uma outra recomendação é a higiene íntima, independente de estar associada ou não à atividade sexual que é como uma prática de higiene normal recomendada a qualquer mulher, independente de estar ou não em período gestacional, mas eu ainda reforço [...] (Ent_8).

[...] para a gestante com infecção no trato urinário a gente orienta [...] a higiene pessoal e higiene íntima, também diminuir uso de roupas apertadas, principalmente roupa jeans, usar roupas mais leves [...] (Ent_21).

[...] uso de calcinha de algodão para evitar o calor, não prender o xixi, [...] a gestante, elas reclamam muito que urina demais por comprimir a bexiga. Explico, oriento que na gestação tem que se fazer nem que seja um pouco [...] (Ent_10).

É essencial que os profissionais tenham a capacidade de educar continuamente o usuário, bem como estabelecer uma relação de confiança (vínculo) para efetivar as orientações fornecidas ao longo das consultas de pré-natal e assim garantir que haja mudança de comportamento.

Outra orientação que aparece com bastante frequência diz respeito ao estímulo à ingestão de líquidos, assim como a higienização antes e após as relações sexuais. O presente estudo e uma pesquisa realizada por Schneeberger et al. (2015) demonstrou como medidas não farmacológicas para prevenção da ITU em gestantes as orientações para aquisição do hábito de urinar após as relações

sexuais, orientar e, se necessário, demonstrar técnica de higienização correta da genitália e estimular a mulher a ingerir bastante líquido, como se pode notar nas falas abaixo.

[...] para a gestante com infecção no trato urinário, a gente orienta muito a ingestão de líquido, água, sucos [...] (Ent_21).

[...] as mulheres durante o percurso da gravidez apresentam infecção urinária. Então, eu já costumo orientar fazer a ingestão hídrica constante, não segurar por muito tempo a urina, evitar usar roupas muito apertadas, principalmente [...] (Ent_16).

[...] ter cuidado com relações sexuais, né? Porque pode estar com a infecçãozinha, [...] ter cuidado na higienização após a relação sexual, a maioria delas precisam dessa informação antes e após a relação sexual [...] (Ent_2).

[...] orientada a ingestão de líquidos, a higiene da gestante, cuidados na limpeza, no banho, mudança de calcinha, na relação sexual, a higiene após a relação sexual, lavar, tomar banho [...] (Ent_5).

Múltiplas orientações no contexto da relação sexual são repassadas as gestantes, onde elas devem adquirir práticas de higienização antes e após as atividades sexuais para minimizar as possibilidades de ocorrência de infecção urinária, pois se sabe que o estado gravídico já predispõe a ocorrência dessas infecções e essa medida ajuda no controle.

A atividade sexual predispõe a uma maior ocorrência de ITU, pois há o risco de contaminação da uretra devido à bactéria *Escherichia coli* ser mais frequentemente encontrada na região perineal e intestinal. Caso a gestante não tenha hábitos de higienizar a genitália pré e pós-coito e de não urinar após o coito, o risco é ainda maior, em vista disso, a ação de urinar após o coito e/ou de lavar previamente a genitália ajuda a eliminar os patógenos que possam ter migrado para a uretra (FIORAVANTE; QUELUCI, 2016; EBIDOR U, 2015).

No tocante à educação em saúde, e além das orientações já mencionadas, alguns profissionais realizam atividades em grupos ou contam com apoio de estudantes. Todavia, houve enfermeiros que achavam mais conveniente realizar orientações individualmente se comparado à realização de grupos de gestantes, pois seus clientes são oriundos de comunidades distantes da zona rural, como se observa a seguir:

[...] a gente sempre faz grupos de gestante, acho que talvez isso diminua a frequência de acontecimentos, porque a gente trabalha muito com grupo de gestante

de orientações gerais quanto à alimentação aumento de ingesta hídrica [...] (Ent_12).

[...] faço medidas educativas com as gestantes e os estudantes que vêm também. Geralmente, eles fazem as medidas sobre o aleitamento materno sobre o trabalho de parto sobre a alimentação, que elas têm que ter cuidado [...] a medida mais frequente é a palestra [...] (Ent_17).

[...] são localidades bem distantes e não dá pra reunir essas gestantes devido a distância, dificuldades geográficas. Então, a gente não teve muito êxito em relação a grupo de gestantes para fazer essas orientações, então, é mesmo individual, como são poucas, dá para orientar direitinho [...] (Ent_21).

Apreende-se, portanto, que as gestantes assistidas pelos enfermeiros do município estudado, parecem estar recebendo as informações mínimas necessárias para prevenir ITU. Analogamente, emerge a inquietação sobre as informações repassadas pelos profissionais, ou seja, no que se refere à satisfação e à perspectiva com que estão sendo absorvidas, no sentido de promover mudanças de comportamentos.

Um estudo realizado na ESF do município de Juazeiro do Norte-CE, cujo objetivo foi analisar a comunicação estabelecida na educação em saúde desenvolvida pelos enfermeiros, demonstrou que as profissionais procuravam concretizar as ações de educação em saúde por meio de uma comunicação diferenciada para cada usuário. Desta maneira, o instrumento mais utilizado foi a comunicação verbal por meio de grupos de pacientes, palestras, escuta, linguagem clara, entre outros, porém, também relatavam ser satisfatória, para a prática educativa, a utilização da comunicação não verbal (BEZERRA et al., 2014).

Quando se fala em mudança de comportamento, deve-se lembrar de um dos modelos pedagógicos da educação em saúde chamado hegemônico. Tal modelo caracteriza-se pela transmissão de conhecimento para mudanças de comportamentos por meio de argumentos e coerção (ALMEIDA et al., 2016).

No campo das técnicas pedagógicas, é frequente ocorrer palestras e rodas de conversas com grupos de paciente, utilizando folhetos, painéis ou *banners*, cartazes, cartilhas ou até mesmo exposições em aparelhos multimídia, bem como existe uma supervalorização da comunicação verbal e da unilateralidade com pequenas possibilidades de diálogo (FIGUEIREDO et al., 2010; FERNANDES; BACKER, 2010; ALMEIDA et al., 2016).

Sabe-se que é preferível a bilateralidade à unilateralidade, visto que a primeira permite conhecer a necessidade do cliente e perceber se ele recebeu a mensagem proposta no diálogo estabelecido, ou seja, é recomendado colocar o usuário na centralidade do processo, pois sua participação é fundamental. Nesta pesquisa, alguns profissionais fornecem a orientação e depois pedem ao paciente para repetir o que foi dito, conforme vislumbra o discurso a seguir:

[...] só se lave um pouco. Deixa sair o primeiro jato de urina, aí, você vai colher aquela parte bem do meio, não precisa ser um depósito cheio. Depois peço para ela me explicar o que ela entendeu [...] (Ent_18).

Além disso, Pessanha e Cunha (2009) e Roecker et al. (2013) dizem que para trabalhar a prática de educação em saúde junto com as comunidades é fundamental que os profissionais estabeleçam uma relação entre, pelos menos, três ciências (saúde, sociais e a educação), com a intuito de promover ações democráticas de educação, respeitando a liberdade individual para alcançar o processo de conscientização.

Fica, pois, claro, que os profissionais estudados fornecem orientações pertinentes à gestante que apresenta ITU e também para aquelas que ainda não tiveram a patologia, porém, esse tipo de infecção comunitária ainda é frequente, assim, sugere uma melhoria da assistência à saúde que acrescenta o uso de tecnologias leves, como a comunicação, no contexto da atenção primária.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos neste estudo apontam que a assistência dos enfermeiros está fundamentada nas orientações; outra conduta bastante citada foi o encaminhamento para o profissional médico para tratamento medicamentoso. As principais medidas de prevenção e de controle da infecção do trato urinário em gestantes foram a higienização íntima adequada, aumento da ingestão de líquidos, higiene antes e após a relação sexual, estímulo a não atrasar o esvaziamento voluntário da bexiga e o uso de roupas leves.

Mesmo com algumas disparidades encontradas nos depoimentos, considera-se que as atuações dos enfermeiros são satisfatórias para a demanda, porém, surge a necessidade de concretizar as orientações feitas apenas por diálogos unilaterais. Para tanto, sugere-se elaborar uma tecnologia leve dura para complementar a tecnologia leve já praticada pelos profissionais, ou seja, construir uma cartilha ou um *folder*, que contemple a temática, para distribuição no momento das consultas de pré-natal.

No que diz respeito à relação entre as classes, a rotina de atendimento a gestante está diretamente relacionada as condutas que os enfermeiros adotam ou vice-versa e ambas levam à dificuldade de diagnóstico. Por outro lado, a educação em saúde abrange todas as demais classes e é a principal medida adotada pelos enfermeiros na sua assistência para prevenir a infecção do trato urinário.

Recomenda-se a elaboração do protocolo de Enfermagem para a atenção básica, visto que não há uma padronização dos atendimentos ofertados pelos profissionais para esse tipo de infecção comunitária, conseqüentemente, essa ausência do protocolo promove uma diminuição da autonomia do enfermeiro e leva à uma assistência fragmentada e comprometida visto que a população ainda é habituada ao modelo biomédico, mesmo com a crescente medidas de promoção e prevenção de agravos abordados na atenção primária.

Recomenda-se o fortalecimento da orientação preventiva como a prática de grupos de gestantes durante as consultas de pré-natal ou mesmo mensalmente com o intuito de reduzir os casos de infecção urinária na gestante.

Para essas distintas atuações, e até o término do protocolo, sugere-se que sejam feitas reuniões para melhor conceituar infecção urinária e, portanto,

estabelecer um consenso quanto ao número de piócitos para diagnosticar a ITU; elucidação de que é permitido ao enfermeiro solicitar a urocultura concomitantemente ao sumário de urina; reforçar que as orientações na fase pré-analítica da coleta de exames urinários devem ser contempladas e, se necessário, informar por escrito aos pacientes para evitar falhas de laboratórios e, por fim, estabelecer melhor os critérios de encaminhamento dos casos positivos de ITU para o profissional médico.

Uma possível limitação do estudo foi a subjetividade das respostas, pois se baseou na experiência de cada profissional, em vista disso, pode ter ocorrido redução das respostas e, conseqüentemente, diminuição da acurácia das informações que se desejou investigar.

Estudos adicionais que vislumbrem a elaboração e a validação de uma tecnologia leve dura se fazem necessários, assim como uma pesquisa que meça e/ou avalie o conhecimento das gestantes sobre prevenção e controle de infecção urinária comunitária.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde**. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 1 ed., 2013a. 84 p. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro2-CriteriosDiagnosticosIRASaude.pdf>>. Acesso em 10 ago. 2016.
- AGÊNCIA NACIONAL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Infecção do Trato Urinário – ITU: critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. **Portal CCIH**. 2009. 17 p. Disponível em: <http://www.ccih.med.br/criterios_itu.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2015.
- AGÊNCIA NACIONAL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Manual de Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção em Serviços de Saúde – Principais Síndromes Infecciosas: Módulo I – Infecções do trato urinário**. 1ª ed. Edição Comemorativa para o IX Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar, Salvador, 2004. Disponível em: <http://www.ccih.med.br/mod_1_2004.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2015.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde**. 1º ed. Brasília-DF, 2013b. Disponível em:<http://www.sausedireta.com.br/docsupload/1385982605Modulo%204%20Medidas%20de%20Prevencao%20de%20IRA%20a%20Saude_parte_001.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2015.
- ALLEGIANZI, B. et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. **Lancet**. v. 377, n. 9761, p. 228-241, 2011.
- ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. Family health nurses' teaching practice in the health education development. **Interface**. Botucatu, v. 20, n. 57, p. 389-401, 2016.
- ALVES, D. P. S. et al. Caracterização de gestantes em atendimento pré-natal. **Rev. Univ. Vale do Rio Verde**. Três Corações, v. 13, n. 2, p. 630-638, 2015.
- AKRAM, M.; SHAHID, M.; KHAN, A. U. Etiology and antibiotic resistance patterns of community-acquired urinary tract infections in J N M C Hospital Aligarh, India. **Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials**, v. 6, n. 4, p. 1-7, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1852324/>>. Acesso em: 25 set. 2015.
- APOLINÁRIO, T. A. et al. Prevalência de infecção urinária e resistência a antimicrobianos em um grupo de gestantes. **Rev. Científica da FAMINAS**. Muriaé-MG, v. 10, n. 2, p. 56-68, 2014.

ARAÚJO, L. D. M. **Gestão da qualidade nos serviços públicos de saúde: uma abordagem multidimensional**. 2015. 142 f. Dissertação (Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde) - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real, 2015.

ARAÚJO, M. G. P. **Atuação do enfermeiro na rede básica de saúde frente a gestante com infecção do trato urinário**. 2011. 48 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

ATCHISON, C. et al. Treating latent TB in primary care: a survey of enablers and barriers among UK General Practitioners. **BMC infectious diseases**, v. 15, n. 331, 2015. Disponível em: <doi 10.1186/s12879-015-1091-9>. Acesso em: 19 jul. 2016.

BARROS, S. R. A. F. Urinary tract infection during gestation and its correlation with low back pain versus nursing interventions. **Rev. Dor**. São Paulo, v. 14, n. 2, p. 88-93, abr.-jun. 2013.

BEZERRA, I. M. P. et al. Comunicação no Processo Educativo Desenvolvido pelos Enfermeiros: as tecnologias de saúde em análise. **Sau. & Transf. Soc.** Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 42-48, 2014.

BRANDONI JUNIOR, D. A. et al. Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 1, n. 1, p. 41-50, 2011.

BRASIL, Fundação Municipal de Saúde. Coordenação de Ações Estratégicas. Gerência de Atenção Básica. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica e Ambulatórios do Município de Teresina**. Teresina, 2012b. 266 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Histórico de cobertura da Saúde da Família. **Portal da Saúde**. 2015. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 31 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. **Portal DAB**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. 318 p.: II. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)

BRASIL. Portaria nº 2.616/MS/GM, de 12 de maio de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html>. Acesso em: 30 jun. 2016.

BUONAIUTO, V. A. et al. Clinical and epidemiological features and prognosis of complicated pyelonephritis: a prospective observational single hospital-based study.

BMC Infectious Diseases., v. 14, n. 639, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4267459/pdf/12879_2014_Article_639.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2016.

CAMARGO, B. V. Alceste: um programa informativo de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. (Org.). **Perspectivas teóricas-metodológicas em Representações Sociais**, João Pessoa (PB): Universitária, 2005.

CAMARGO, B. V; JUSTO, A. M. Tutorial para uso do software IRAMUTEQ. **Iramuteq.org**. 2016. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf>. Acesso em 17 mai. 2016.

CAMARGO, B. V; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. 1º ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

CARDOZO JUNIOR, L. C. M.; SILVA, R. R. Sepsis em pacientes com traumatismo cranioencefálico em unidade de terapia intensiva: fatores relacionados à maior mortalidade. **Rev. bras. ter. intensiva (Online)**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 148-154, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n2/0103-507X-rbti-26-02-0148.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

CARVALHAL, G. F.; ROCHA, L. C. A.; MONTI, P. R. Urocultura comum de urina: considerações sobre sua coleta e interpretação. **Rev. AMGRIS**, v. 50, n. 1, p. 59-62, 2006.

CARVALHO, C. I. Infecção do trato urinário associado às gestantes e o papel do profissional farmacêutico no tratamento farmacoterapêutico. **FACIDER Revista Científica**. Colider, v. 1, n. 7, p. 01-18, 2015.

CELEDÔNIO, R. M. **Educação permanente do enfermeiro na perspectiva do cuidado em saúde e da clínica para atenção básica**. 2012. 123 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

CHOU, F. H. et al. Experience of Taiwanese women living with nausea and vomiting during pregnancy. **Journal of Midwifery and Women's Health**, v. 51, n. 5, p. 370–375, 2006. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526952306002169>>. Acesso em: 04 nov. 2015.

COMISSÃO MUNICIPAL DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM SERVIÇO DE SAÚDE (CMCISS). Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de manejo e tratamento de infecção urinária**. Contagem, MG, 2009. Disponível em: <http://www.contagem.mg.gov.br/arquivos/downloads/manejo_e_tratamento_de_infeccao_urinaria.pdf>. Acesso em 28 jul. 2016.

CORRÊA, A. C. P. et al. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Rev. Eletr. Enf.** v. 14, n. 1, p. 171-180, 2012.

COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 8, n. 27, p. 90-96, 2013.

CRUZ, M. P. et al. Prevalência de infecções comunitárias: revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 8, n. 4, p. 181-190, 2015.

DARZÉ, O. I. S. P.; BARROSO, U.; LORDELO, M. Preditores clínicos de bacteriúria assintomática na gestação. **Rev. Bras. Ginecol.Obstet.** Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, p. 196-200, agosto de 2011.

DIELUBANZA, E. J.; SCHAEFFER, A. J. Urinary tract infections in women. **Med Clin North Am.**, v. 95, v. 1, p. 27-41, jan. 2011.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: part 2: desenhos de pesquisa qualitativa. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 4, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a25.pdf>. Acesso em 31 ago. 2015.

DUARTE, G. et al., Infecção urinária na gravidez. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 30, n. 2, p. 93-100, 2008.

DUARTE, S. J. H.; FERREIRA, S. F.; SANTOS, N. C. Desafios de enfermeiros da estratégia saúde da família na implantação do programa saúde do adolescente. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 2, p. 479-486, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.18179>>. Acesso em: 21 ago. 2016.

EASTER, S. R. et al. Urinary tract infection during pregnancy, angiogenic factor profiles, and risk of preeclampsia. **Am. J. Obstet Gynecol**, v. S0002-9378, n. 15, p. 387.e1-387.e7, 2015.

EBIDOR U, L. Urinary tract infection amongst pregnant women in Amassoma, Southern Nigeria. **Afr. Jour. Microbiol. Research**, v. 9, n. 6, p. 355-359, Feb. 2015.

EPP, A. et al. Recurrent urinary tract infection. **Journal of Obstetrics and Gynaecology** Canada, v. 32, n. 11, p. 1082-1101, 2010.

FEDERACAO BRASILEIRA DAS ASSOCIACOES DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA (FEBRASGO) et al. Infecção urinária não complicada na mulher: diagnóstico. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 3, p. 258-261, jun. 2011.

FERNANDES, F. A. et al. Relevância do diagnóstico e tratamento da infecção do trato urinário em gestantes: uma revisão da literatura. **Rev. Ciência e Desenvolvimento**, Vitória da Conquista, v. 8, n. 1, p. 54-70, 2015.

FERNANDES, J. S. et al. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 434-442, 2010.

FERNANDES, M. C. **Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: enfoque na gerência do cuidado**. 2012. 108 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev Bras Enferm.** v. 63, n. 4, p. 567-573, 2010.

FIGUEIREDO, A; GOMES, G; CAMPOS, A. Infecções urinárias e gravidez - diagnóstico, terapêutica e prevenção. **Acta Obstet Ginecol Port**, v. 6. n. 3, p. 124-133, 2012.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev Bras Enferm.** v. 63, n. 1, p. 117-121, 2010.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. et al. Infecção do trato urinário na gravidez: aspectos atuais. **FEMINA**, v. 39, n. 3, p. 165-172, 2009

FIORAVANTE, F. F. S.; QUELUCI, G. C. Os fatores de risco da infecção do trato urinário na gravidez: revisão integrativa. **Rev. Enferm. Atual In Derme**, v. 77 p. 60-66, 2016. Disponível em: <http://inderme.com.br/revistas/revista_15-08.pdf>. Acesso em 9 set. 2016.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345 – 353, 1999.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ); CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem. **Portal Cofen**. 2015. Acesso em: <http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html>. Acesso em: 26 jun. 2016.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GLASER, A. P.; SCHAEFFER, A. J. Urinary tract infection and bacteriuria in pregnancy. **Urol Clin N Am**, v. 42, n. 4, p. 547–560, 2015.

GRABE, M. et al. Guidelines on urological infections european association of urology. **European Association of Urology**. 2015. Disponível em: <http://uroweb.org/wp-content/uploads/19-Urological-infections_LR2.pdf>. Acesso em 10 set. 2016.

GUERRA, G. V. Q. L. et al. Exame simples de urina no diagnóstico de infecção urinária em gestantes de alto risco. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 34, n. 11, p. 488-493, 2012.

HACKENHAAR, A. A.; ALBERNAZ, E. P. Prevalência e fatores associados à internação hospitalar para tratamento da infecção do trato urinário durante a gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet.** Rio de Janeiro, p. 35, n. 5, p. 199-204, 2013.

HACKENHAAR, A. A.; ALBERNAZ, E. P.; TOMASI, E. Infecção urinária sintomática na gestação e sua associação com desfechos neonatais e maternos desfavoráveis. **VITTALLE**, Rio Grande, v. 23, n. 2, p. 19-26, 2011.

HAMDAN, Z. H. et al. Epidemiology of urinary tract infections and antibiotics sensitivity among pregnant women at Khartoum North Hospital. **Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials**, v. 10, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://www.ann-clinmicrob.com/content/10/1/2>>. Acesso em: 28 jul. 2016.

HEILBERG, I. P.; SCHOR, N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na Infecção do Trato Urinário – ITU. **Rev Assoc Med Bras**, v. 49, n. 1, p. 109-116, 2003;

HEIN, S.; BORTOLI, C. F. C.; MASSAFERA, G. L. Fatores relacionados à infecção de trato urinário na gestação: revisão integrativa. **J Nurs Health**. v. 1, n. 1, p. 83-91, 2016.

HENDERSON, K. L. et al. Community-acquired, healthcare-associated and hospital-acquired bloodstream infection definitions in children: a systematic review demonstrating inconsistent criteria. **J Hosp Infect.**, v. 85, n. 2, p. 94-105, 2013.

HILT, E. E. et al. Urine is not sterile: use of enhanced urine culture techniques to detect resident bacterial flora in the adult female bladder. **J Clin Microbiol.**, v. 52, n. 1, p. 871-876, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Populacional 2010: resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=22,220390&cat=-1,-2,-3,128&ind=4707>>. Acesso em: 02 set. 2015.

IZADI, B. et al. Urinary Tract Infection (UTI) as a risk factor of severe preeclampsia. **Global J. of Health Science**, v. 8, n. 9, p. 77-82, 2016.

JEON, C. Y. et al. Burden of present-on-admission infections and health care-associated infections, by race and ethnicity. **American Journal of Infection Control**, v. 42, n. 12, p. 1296-1302, 2014.

JOHANSEN, T. E. B. et al. Patient assessment in urinary tract infections: symptoms, risk factors and antibiotic treatment options. **Surgery**. Oxford, v. 29, n. 6, p. 265-271, 2011

JOHNSON, E. K.; KIM, E. D. Urinary tract infections in pregnancy. **FACS**, 2012. Disponível em: http://www.santacasarg.com.br/cep/wp-content/uploads/2013/01/artigo_22_01_2013.pdf>. Acesso em 11 ago. 2016.

JORGE, H. M. S.; VIDAL, E. C. F. Infecção do trato urinário hospitalar e suas implicações para a gestão do cuidar: revisão integrativa. **Caderno de Cultura e Ciência**, Ano IX, v. 13, n. 1, p. 39-48, 2014

KAMENSKI, G. et al. Antibacterial resistances in uncomplicated urinary tract infections in women: ECO• SENS II data from primary health care in Austria. **BMC infectious diseases**, v. 12, n. 222, 2012. Disponível em: <<http://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-12-222>>. Acesso em 11 jul. 2016.

KAMYSHEVA, E. et al. Frequency, severity, and effect on life of physical symptoms experienced during pregnancy. **Journal of Midwifery and Women's Health**, v. 54, n. 1, p. 43–49, 2009. Disponível em:<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526952308003103>>. Acesso em: 04 nov. 2015.

KARINO, M. E.; FELLI, V. E. A. Enfermagem baseada em evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. suplement., p. 011-015, 2012.

KARMON, A.; SHEINER, E. The relationship between urinary tract infection during pregnancy and preeclampsia: Causal, confounded or spurious? **Arch Gynecol Obstet**, v. 277, n. 6, p. 479-481, 2008.

KASHANIAN, M. et al. Risk factors for pre-eclampsia: a study in Tehran, Iran. **Arch Iran Med**, v. 14, n. 6, p. 412-415, 2011.

KASPER, D. L. et al. Harrison's principles of internal medicine. 19th ed: **The McGraw-Hill Companies**, Inc.; 2015. Disponível em: <<http://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookID=1130>>. Acesso em: 10 set. 2016.

KENDALL, C. E. et al. A population-based study evaluating family physicians' HIV experience and care of people living with HIV in Ontario. **The Annals of Family Medicine**, v. 13, n.5, p.436-445, 2015.

KHALIL, H. Willingness of Saudi dental professionals to treat Hepatitis B virus infected patients. **Nigerian journal of clinical practice**, v. 2, n. 18, p. 247-250, 2015.

LAHLOU, S. Text Mining Methods: An answer to Chartier and Meunier. **Papers on Social Representations**, v. 20, n. 38, p. 1-7, 2012.

LAROCCO, M. T. et al. Effectiveness of preanalytic practices on contamination and diagnostic accuracy of urine cultures: a laboratory medicine best practices systematic

review and meta-analysis. **Clinical Microbiology Reviews**, v. 29, n. 1, p. 105-147, jan. 2016.

LEVY, B. et al. Ebola infection control in Sierra Leonean health clinics: A large cross-agency cooperative project. **American Journal of Infection Control.**, v. 43, n. 7, p.752-755, 2015.

LIMA, S. S. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família. **Aquichán**, Bogotá, v. 13, n. 2, p. 261 – 269, ago. 2013.

LOPES, M. S. V. et al. Promoção da saúde na percepção de profissionais da estratégia saúde da família. **Rev Rene**, v. 14, n. 1, p. 60-70, 2013.

LO, D. S. et al. Infecção urinária comunitária: etiologia segundo idade e sexo. **J. Bras. Nefrologia**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 93-98. 2013.

LORCH, R. et al. Do Australian general practitioners believe practice nurses can take a role in chlamydia testing? A qualitative study of attitudes and opinions. **BMC infectious diseases.**, v. 15, n. 31, 2015. Disponível em: <<http://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-015-0757-7>>. Acesso em: 11 jul. 2016.

MAHL, C.; TOMASI, E. Estratégia Saúde da Família na 19ª. Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul: Perfil dos Profissionais e Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. **Ciência et Praxis**. v. 2, n. 4, p. 19-26, 2009.

MANUAL DE EXAMES. **Hermes Pardini**. Ed. 2013/2014. 2014. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjJod6yqPjOAhVKDpAKHVHhCMIQFgguMAM&url=http%3A%2F%2Fwww.hermespardini.com.br%2Fmobile%2Fdownload%2FManualDeExames2013_HermesPardini.pdf&usg=AFQjCNFZf9_tl6Ekx_iolEZcxvrxOf7Ubg&bvm=bv.131783435,d.Y2I>. Acesso em: 01 ago. 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINI, R. et al. Caracterização de culturas de urina realizadas no laboratório de análises clínicas do hospital universitário de Santa Maria – Santa Maria, RS, no período de 2007 a 2010. **Saúde**, Santa Maria, v.37, n.1, p. 55-64, 2011.

MARTINS, M. B. et al. Qualidade de vida dos enfermeiros da atenção primária à saúde de Brasília – DF. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 2, p. 293-302, 2013. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/497/pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

MASSON, P. et al. Meta-analyses in prevention and treatment of urinary tract infections. **Infect Dis Clin N Am**. v. 23, n. 2, p. 355-385, 2009.

MEDINA-POLO, J. et al. Infecciones urinarias adquiridas en la comunidad que requieren hospitalización: factores de riesgo, características microbiológicas y resistencia a antibióticos. **Actas Urológicas Españolas**, v. 39, n. 2, p. 104-111, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo-SP: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa social**: Teoria, método e criatividade. 31 ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MIRANDA, S. M. et al. Aspectos éticos em pesquisas qualitativas da enfermagem: uma abordagem reflexiva. **Rev Enferm UFPI**, v. 2, n. 4, p. 92-96, 2013.

MOREIRA, D. A. et al. Estratégias de organização e fortalecimento do trabalho da enfermagem na equipe de saúde da família. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.1, n. 6, p. 2106-2118, abr. 2016.

MOURÃO NETO, J. J.; DIAS, M. S. A.; GOYANNA, N. F. Uso de instrumentos enquanto tecnologia para a saúde. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 1, p. 65-72, 2016.

MURILA, F. et al. Breast-feeding and human immunodeficiency virus infection: Assessment of knowledge among clinicians in Kenya. **International Journal of Nursing Practice**, v. 21, n. 1, p. 37-42, 2015.

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 72-88, 2006.

NASCIMENTO, W. L. S.; OLIVEIRA, F. M.; ARAÚJO, G. L. S. Infecções do trato urinário em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Ens. e Ciência: Ciênc. Biol., Agrár. e da Saúde**, v. 16, n. 4, p. 111-123, 2012.

NEAL, D. E. Complicated urinary tract infections. **Urol Clin North Am**. v. 35, n. 1, p. 13-22, 2008.

NEUMARK, T.; BRUDIN, L.; MÖLSTAD, S. Antibiotic prescribing in primary care by international medical graduates and graduates from Swedish medical schools. **Fam Pract.**, v. 32 , n. 3 , p. 343-347, jun. 2015.

O'DELL, K. K. Pharmacologic management of asymptomatic bacteriuria and urinary tract infections in women. **J Midwifery Womens Health**, v. 56, n. 3, p. 248–265, May.-June 2011.

OLIVEIRA, A. C.; DAMASCENO, Q. S.; RIBEIRO, S. M. C. P. Infecções relacionadas à assistência em saúde: desafios para a prevenção e controle. **Rev. Min. Enferm.** v. 13, n. 3, p. 445-450, set. 2009.

OLIVEIRA, D. C. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 197-206, jan., 2008.

OLIVEIRA, N. E. S. et al. Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 2, p. 334-343, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17916>>. Acesso em: 29 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). OMS adverte sobre doenças resistentes a medicamentos. **Portal UNIC**. 2010. Disponível em:<<http://unicrio.org.br/oms-advertesobre-doencas-resistentes-a-medicamentos/>>. Acesso em: 27 mai. 2016.

PADOVEZE, M. C.; FORTALEZA, C. M. C. B. Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 995-1001, out. 2014.

PADOVEZE, M. C.; FIGUEIREDO, R. M. de. O papel da Atenção Primária na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1137-1144, 2014.

PEREIRA S. Prevenção das Infecções Urinárias Recorrentes. **Associação Portuguesa de Urologia**. 2012.

PERUCCI, L. O.; MAGALHÃES, H. P. B.; BORGES, K. B. G. Interferências pré-analíticas da urinálise. **Analisando – Informe técnico**. Belo Horizonte, n. 18, ano 5, fev. – abr. 2016. Disponível em: <http://www.goldanalisa.com.br/arquivos/%7B2A4EFC61-F049-4ECD-8AC6-CDB7E764C84C%7D_Analisando%2018_web.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2016.

PESSANHA, R. V.; CUNHA, F. T. S. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**. v. 18, n. 2, p. 233-240, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200005&lng=pt>. Acesso em: 12 set. 2016.

PEZZLO, M. T. Laboratory Diagnosis of Urinary Tract Infections: Guidelines, Challenges, and Innovations. **Clinical Microbiology Newsletter**, v. 36, n. 12, p. 87-93, jun. 2014.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 3, p. 657-664, 2010.

REINERT, M. Alcest: Une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application. **Bulletin de Méthodologie Sociologique**, n. 28, p. 24-54, 1990.

RIBEIRO, J. F. et al. Contribuição do pré-natal para o parto normal na concepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. **R. Interd.** v. 9, n. 1, p. 161-170, mar. 2016.

RIBEIRO, M.; CORTINA, M. A. As principais bactérias de importância clínica e os mecanismos de resistência no contexto das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). **Rev. Científica UMC.** Mogi das Cruzes, v. 1, n. 1, p. 1-12, 2016.

ROCHA, B. S. et al. Enfermeiros coordenadores de equipe do Programa Saúde da Família: perfil profissional. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 2, p. 229-233, 2009.

RODRIGUES, C. E. F. B. et al. Perfil epidemiológico das infecções urinárias diagnosticadas em pacientes atendidos no laboratório escola da Universidade Potiguar, Natal, RN. **Rev. NewsLab**, ed. 119, p. 108-116, 2013. Disponível em: <http://www.newslab.com.br/newslab/revista_digital/119/artigo-4.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1041-1047, 2011.

ROECKER, S.; NUNES, E. F. P. A.; MARCON, S. S. O trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Texto contexto enferm.**, v. 22, n. 1, p. 157-165, 2013.

ROSSO, C. F. W. et al. (org.) Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde no estado de Goiás. **Portal Conselho Regional de Enfermagem de Goiás.** 2014. Disponível em: <<http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2015/02/Protocolo-de-Enfermagem-2015.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2016.

SALCEDO, M. M. B. P. et al. Infecções urinárias na gestação. **RBM rev. bras. med.** São Paulo, v. 67, n. 8, p. 3, 2010. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4377>. Acesso em: 24 ago. 2015

SCHERER, M. D. A. et al. Specialization courses on Health Family: what can training change in the work? **Interface.** Botucatu, v. 20, n. 58, p. 691- 702, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n58/1807-5762-icse-1807-576220150020.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2016.

SCHNEEBERGER, C. et al. Interventions for preventing recurrent urinary tract infection during pregnancy (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7. 2015. Disponível em: <[doi:10.1002/14651858.CD009279.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009279.pub3)>. Acesso em 17 jul. 2016.

SCHULZ, L. et al. Top Ten Myths Regarding the Diagnosis and Treatment of Urinary Tract Infections. **The Journal of Emergency Medicine**, v. 51, n. 1, p. 25-30, Jul. 2016.

- SHANG, J. et al. The prevalence of infections and patient risk factors in home health care: a systematic review. **American Journal of Infection Control**, v. 42, n. 5, p. 479-484, 2014.
- SHEERIN, N. S. Urinary tract infection. **Medicine** v. 43, n. 8, p. 435-439, Aug 2015.
- SHEFFIELD, J. S.; CUNNINGHAM, F. G. Urinary tract infection in women. **Obstet Gynecol**, v. 106, n. 5, p. 1085-1092, 2005.
- SILVA, J. A. M.; OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Rev Eletrônica Enferm.**, v. 9, p. 2, p. 389-401, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>>. Acesso em: 21 ago. 2016.
- SILVA, J. M. P. et al. Aspectos atuais no diagnóstico e abordagem da infecção do trato urinário. **Rev Med Minas Gerais**, v. 24, Supl 2, p. 20-30, 2014.
- SILVA JUNIOR, G. S. et al. Avaliação de alterações urinárias e função renal em gestantes com hipertensão arterial crônica. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 191-202, jun. 2016.
- SILVA, M. C. S. et al. Knowledge of nursing staff about patient care with infection caused by multidrug-resistant. **Rev Enferm UFPI**. v. 4, n. 2, p. 48-54, abr. – jun. 2015.
- SOARES, M. I. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: dialética entre o real e o ideal. **Atlas CIAIQ**. v. 2, n. 1, p. 145-154, 2016.
- SOUSA, J. C. **Cuidados dos enfermeiros à mulher lésbica na estratégia de saúde da família**. 2015. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.
- SOUZA, A. C. S. et al. Medidas de prevenção de infecção do trato urinário. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde**. 1º ed. Brasília-DF, cap. 2, p. 25-35, 2013. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1385982605Modulo%204%20Medidas%20de%20Prevencao%20de%20IRA%20a%20Saude_parte_001.pdf>. Acesso em: 11 set. 2016.
- SOUZA, M. G.; MANDU, E. N. T.; ELIAS, A. N. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 772-779, jul. – set. 2013.
- SOUZA, M. S.; CABRAL, I. E. 25 years of unified health system regulation and the 15th national conference of health. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 3, p. 376-378, 2014.

TORO-PEINADO, I. et al. Diagnóstico microbiológico de las infecciones urinarias. **Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica**, Barcelona, v. 33, p. 34-39, jul. 2015.

VIDAL, H. E. S. **Agentes etiológicos de infecções urinárias em ambulatório**. 2015. 91 f. Dissertação (Mestrado em Biomedicina Molecular) - Universidade de Aveiro. Portugal, 2015.

VALLE, A. R. M. C.; ANDRADE, D. Habilidades e atitudes do enfermeiro na atenção domiciliar: bases para a prevenção dos riscos de infecção. **Rev Min Enferm**. Minas Gerais, v. 19, n. 2, p. 67-72, 2015.

VASCONCELOS-PEREIRA et al. Urinary tract infection in high risk pregnant women. **Rev Patol Trop.**, v. 42, n. 1, p. 21-29, 2013.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na estratégia saúde da família. **Rev Rene**, v. 13, n. 2, p. 375-385, 2012.

VILLELA, L. C. M. et al. Tempo de atuação do profissional enfermeiro – Minas Gerais. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 4, p. 248-250, 2011.

WAWRZYNAIK, K. et al. Occurrence of alert pathogens in the clinical materials and consumption of antibiotics in the ICU, in the years 2007 and 2008. **Critical Care**, v. 14, n. 1, p. 53, 2010.

WING, D. A. et al. Daily cranberry juice for the prevention of asymptomatic bacteriuria in pregnancy: A randomized, controlled pilot study. **J Urol**. v. 180, n. 4, p. 1367–1372, Oct. 2008.

ZANETTI, T. G. et al. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de Equipes de Saúde da Família: um estudo de caso. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 9, n. 3, p. 448-455, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL MESTRADO



Nº da entrevista:	Nº do questionário:
Data: ____/____/____	
Pseudônimo do enfermeiro entrevistado:	
1. Sexo do enfermeiro:	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
2. Data do Nascimento do enfermeiro: ____/____/____	
Idade do enfermeiro: _____	
3. Estado Civil:	
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Vive com companheiro(a)	
4. Tempo que atua na Estratégia Saúde da Família: _____	
5. Qual instituição de ensino se formou e ano de conclusão?	
6. Fez alguma especialização (Poderá marcar mais de uma opção):	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
8.1 Se sim:	
<input type="checkbox"/> Pós-Graduação Lato sensu: Saúde Pública (); Saúde da Família (); Obstetrícia (); Outra: _____	
<input type="checkbox"/> Pós-Graduação Stricto Sensu, Em que? _____	
<input type="checkbox"/> Residência. Em que? _____	
7. Possui outro emprego?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
8. Faz constantemente cursos de atualizações na área de Saúde da Mulher?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
10.1 Com que frequência?	
<input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Semestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Outra: _____	

Adaptado de Araújo (2011) e Sousa (2015).

APÊNDICE B - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL MESTRADO



Nº da entrevista: _____

Pseudônimo do enfermeiro entrevistado: _____

Data: ____/____/____

Horário de início da entrevista: _____

Horário de término da entrevista: _____

Questões para coleta de dados:

1º) Você atende ou identifica com frequência gestantes com infecção do trato urinário (ITU)? Fale sobre o seu atendimento.

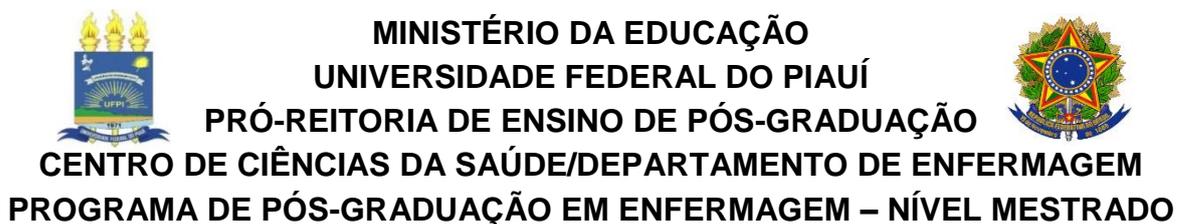
2º) Quais os cuidados de enfermagem são prestados à gestante com ITU?

3º) Qual a sua conduta quando na consulta de pré-natal encontra um resultado de exame com positividade para infecção do trato urinário?

4º) Em relação às práticas de prevenção e controle das ITUs, quais orientações você fornece às gestantes?

ANOTAÇÕES:

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Título do projeto: Assistência de enfermeiros no pré-natal para prevenção e controle da infecção urinária.

Pesquisadora responsável: Prof.^a Dra. Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle.

Pesquisador Participante: Joaquim Guerra de Oliveira Neto (Enfermeiro, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI).

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí (UFPI) / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Nível Mestrado.

E-mail para contato: andreiarncvalle@hotmail.com, andreiavalle@usp.br, kim_guerra@hotmail.com

Telefones para contato: (86) 3215-5862/ (89) 99425-8260.

Local da coleta de dados: Sala reservada em cada Unidade Básica de Saúde do município de Floriano-PI.

O (A) Sr. (a) é nosso convidado (a) a responder às perguntas deste instrumento de coleta de dados de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder estes instrumentos, é muito importante que compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que tiver. Estamos a sua disposição para responder todas as suas dúvidas antes da sua decisão em participar. Este estudo está sendo conduzido pela **Prof.^a Dra. Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle**. Depois de esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de autorizar este estudo, assine este documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. O (A) Sr. (a) tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade.

Esclarecimento sobre a pesquisa:

Objetivos do estudo: Caracterizar os participantes do estudo quanto aos aspectos sociodemográfico e profissionais. Descrever e discutir na consulta de pré-natal para prevenção e controle da infecção do trato urinário.

Período de participação para obtenção dos dados: em torno de cinquenta a sessenta minutos.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas sobre seus dados sociodemográfico e nos permitir gravar em MP3 suas respostas sobre os seguintes questionamentos: Você atende ou identifica com frequência gestantes com infecção do trato urinário (ITU)? Fale sobre o seu atendimento; Quais os cuidados de enfermagem são prestados à gestante com ITU? Qual a sua conduta quando na consulta de pré-natal encontra um resultado de exame com positividade para infecção do trato urinário? Em relação às práticas de prevenção e controle da ITU, quais informações você fornece às gestantes? e com isso possibilitar melhor entendimento de suas respostas.

Riscos: A participação do sujeito nesta pesquisa, envolve riscos mínimos de ordem física e psicológica tais como fadiga física, incomodo e desconforto. Tais riscos poderão estar relacionados a fatores estressores advindos de um conversa informal que perpassa a experiência íntima de cada participante. Porém estes serão minimizados ou anulados uma vez que você poderá se ausentar da pesquisa a qualquer momento bem como solicitar novos esclarecimentos. Nas abordagens considerar-se-á a linguagem não verbal do participante para manifestações indesejáveis, principalmente de cansaço e/ou fadiga durante o preenchimento dos questionários e realização das entrevistas. Para evitar desconfortos, tendo em vista que os benefícios do estudo superam os incômodos previstos, os pesquisadores se comprometem, sobremaneira, em manter conduta de discrição, discernimento e ética. Além disso, os pesquisadores irão interromper a entrevista caso ocorram esses possíveis riscos retomando-a assim que for conveniente para o participante.

Benefícios: Ao participar da pesquisa os participantes estarão contribuindo na construção de conhecimento atualizado acerca da temática, possibilitando assim a atualização dos profissionais e conseqüentemente trazer um retorno para o serviço, melhorando assim qualidade da assistência. Ademais, os benefícios estão ligados diretamente à produção de conhecimento acerca de identificar como os enfermeiros da ESF atendem as gestantes com ITU, com o intuito de contribuir para a elaboração de estratégias de educação em saúde que poderão qualificar o atendimento a referida população. Como benefícios diretos ao enfermeiro tem-se a possibilidade deste se perceber como sujeito ativo e participante, entendendo que sua opinião tem importância para o desenvolvimento de estratégias eficazes na promoção da saúde. Outro benefício do referido estudo está na discussão sobre a temática na gestão municipal na tentativa de construir um protocolo de atendimento de enfermagem na atenção primária para unificar o atendimento à gestante com ITU e minimizar os índices de incidência e prevalência dessa situação de risco.

Sigilo: Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem em manter o sigilo e anonimato da sua identidade, como estabelece a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa –

UFPI, na Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina –PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail cep.ufpi@ufpi.br.

Consentimento

Eu _____ tive pleno conhecimento das informações que me foram repassadas sobre o estudo "**Assistência de enfermeiros no pré-natal para prevenção e controle da infecção urinária**". Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os riscos mínimos, as garantias de confiabilidade e de esclarecimento permanentes e que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso à pesquisa. Concordo voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer tempo, antes ou durante o mesmo.

Local e data

Assinatura - nº identidade

Prof.^a Dra. Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle
RG: 2.004.495

Joaquim Guerra de Oliveira Neto
RG: 2.973.040

ANEXOS

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANO-PI



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FLORIANO
ESTADO DO PIAUÍ
Secretaria Municipal de Saúde

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANO-PI

Aceito o mestrando **Joaquim Guerra de Oliveira Neto**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), a desenvolver seu projeto intitulado **Atuação de enfermeiros frente a gestante com infecção do trato urinário atendidas na rede básica de saúde**, sob orientação da pesquisadora responsável **Prof.^a Dra. Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle**. Tal pesquisa tem como objetivo geral: analisar a atuação de enfermeiros frente às gestantes com infecção do trato urinário atendidas em consultas de pré-natal na rede básica de saúde e objetivos específicos: caracterizar os participantes do estudo quanto aos aspectos sociodemográficos e profissionais e descrever como a atuação do enfermeiro influencia na prevenção e controle da infecção do trato urinário em gestante; tem como participantes da pesquisa os enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família de Floriano-PI. O procedimento para coleta de dados consistirá no preenchimento, pelos enfermeiros, de um questionário sociodemográfico e gravação em aparelho MP3 das respostas conforme perguntas elaboradas pelos pesquisadores.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que, seja assegurado o que se segue abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/2012 CNS/MS,
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa,
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa, sendo que sua participação consistirá

C.N.P.J. 02.169.204.0001-86 Av. Eurípedes de Aguiar, 592 Fone (089) 3515-1012
CEP: 64.800-000 Floriano-PI


DANUSA DE ARAUJO FELINTO
Gerente de Atenção à Saúde

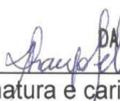


PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FLORIANO
ESTADO DO PIAUÍ
Secretaria Municipal de Saúde

apenas no fornecimento de uma lista nominal dos enfermeiros com sua respectiva unidade de saúde,

- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Floriano-PI, 09 de outubro de 2015.


DANUSA DE ARAUJO FELINTO
Gerente de Atenção a Saúde
Assinatura e carimbo do responsável


DANUSA DE ARAUJO FELINTO
Gerente de Atenção a Saúde

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS FRENTE A GESTANTE COM INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ATENDIDA NA REDE BÁSICA DE SAÚDE

Pesquisador: ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA VALLE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51425815.1.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.380.128

Apresentação do Projeto:

O protocolo de pesquisa trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa. O estudo será desenvolvido em vinte e quatro Estratégias Saúde da Família (ESF) no município de Floriano, localizado ao sul do Piauí. Essa pesquisa terá como participantes os vinte e quatro enfermeiros que atuam nas ESF e compõem a zona urbana e rural, a fim de possibilitar o conhecimento de cada realidade a qual o profissional está inserido. Os participantes serão selecionados de forma intencional, pois estes profissionais de saúde sabem informar as questões propostas na pesquisa pela experiência acumulada na abordagem das consultas de pré-natal. Para tanto, terá como critério de inclusão: trabalhar há pelo menos um ano na unidade ou já ter trabalhado em alguma ESF por período igual ou superior, ter realizado consultas de pré-natal às gestantes conforme preconizado pelos manuais do Ministério da Saúde ou Protocolo de Enfermagem para Atenção Básica. Serão excluídos do estudo os enfermeiros que estiverem afastados por motivo de férias, licença ou atestado de saúde no momento da produção dos dados. Para a produção dos dados utilizar-se-á um questionário semiestruturado seguido da técnica de entrevista. Para realizar o processamento, utilizar-se-á o software IRAMUTEQ.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 1.380.128

Analisar a atuação de enfermeiros frente às gestantes com infecção do trato urinário atendidas em consultas de pré-natal na rede básica de saúde.

Objetivo Secundário:

Caracterizar os participantes do estudo quanto aos aspectos sócio demográficos. Descrever a atuação de enfermeiros voltadas à prevenção e controle de infecção do trato urinário em gestantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação do sujeito nesta pesquisa, envolve riscos mínimos de ordem física e psicológica tais como fadiga física, incomodo e desconforto. Tais riscos poderão estar relacionados a fatores estressores advindos de um conversa informal que perpassa a experiência íntima de cada participante. Porém, estes serão minimizados ou anulados uma vez que você poderá se ausentar da pesquisa a qualquer momento bem como solicitar novos

esclarecimentos. Nas abordagens considerar-se-á a linguagem não verbal do participante para manifestações indesejáveis, principalmente de cansaço e/ou fadiga durante o preenchimento dos questionários e realização das entrevistas. Para evitar desconfortos, tendo em vista que os benefícios do estudo superam os incômodos previstos, os pesquisadores se comprometem, sobremaneira, em manter conduta de discrição, discernimento e ética. Além disso, os pesquisadores irão interromper a entrevista caso ocorram esses possíveis riscos retomando-a assim que for conveniente para o participante.

Benefícios:

Ao participar da pesquisa os participantes estarão contribuindo na construção de conhecimento atualizado acerca da temática, possibilitando assim a atualização dos profissionais e conseqüentemente trazer um retorno para o serviço, melhorando assim qualidade da assistência. Ademais, Os benefícios estão ligados diretamente à produção de conhecimento acerca de identificar como os enfermeiros da ESF atendem as gestantes com

ITU, com o intuito de contribuir para a elaboração de estratégias de educação em saúde que poderão qualificar o atendimento a referida população. Como benefícios diretos ao enfermeiro tem-se a possibilidade deste se perceber como sujeito ativo e participante, entendendo que sua opinião tem importância para o desenvolvimento de estratégias eficazes na promoção da saúde. Outro benefício do referido estudo está na discussão sobre a

temática na gestão municipal na tentativa de construir um protocolo de atendimento de enfermagem na Atenção Primária para unificar o atendimento à gestante com ITU e minimizar os

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized name or set of initials.



Continuação do Parecer: 1.380.128

índices de incidência e prevalência dessa situação de risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os documentos de apresentação obrigatória estão anexados ao protocolo de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto de pesquisa relevante para a saúde pública na área da saúde da mulher.

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa apresenta-se em conformidade com a Resolução 466 de 2012 do CNS, tem parecer de Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP aguarda o envio dos relatórios parciais e final da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_635595.pdf	30/11/2015 11:26:30		Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	30/11/2015 11:25:14	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	30/11/2015 11:25:04	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA	Aceito
Outros	cv_0626852185608920.pdf	30/11/2015 11:21:51	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA	Aceito
Outros	Instrumentodecoleta.pdf	30/11/2015 11:16:37	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA	Aceito
Outros	Confidencialidade.pdf	30/11/2015 11:15:43	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA	Aceito
Outros	Cartadeencaminhamento.pdf	30/11/2015 11:15:06	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoinstitucional.pdf	30/11/2015 11:13:54	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 1.380.128

Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadores.pdf	30/11/2015 11:13:13	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompleto.pdf	30/11/2015 11:11:15	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/11/2015 11:10:57	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA VALLE	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	30/11/2015 11:06:48	ANDREIA RODRIGUES MOURA DA COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 22 de Dezembro de 2015

Assinado por:

Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Profª Adrianna de Alencar Setubal Santos
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria Propeq N° 16/2014

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br