UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Celia Przybysewski

Doenças Sexualmente Transmissíveis e Planejamento Familiar: promoção de saúde na Unidade Básica Saúde Javier Arzabe, Ponta Grossa, PR.

Florianópolis, Abril de 2017

Celia Przybysewski

Doenças Sexualmente Transmissíveis e Planejamento Familiar: promoção de saúde na Unidade Básica Saúde Javier Arzabe, Ponta Grossa, PR.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Larissa de Abreu Queiroz
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Celia Przybysewski

Doenças Sexualmente Transmissíveis e Planejamento Familiar: promoção de saúde na Unidade Básica Saúde Javier Arzabe, Ponta Grossa, PR.

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de "Especialista na atenção básica", e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Larissa de Abreu Queiroz
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Introdução: A Unidade Básica de Saúde (UBS) Javier Arzabe está localizada no bairro Real, município de Ponta Grossa, estado do Paraná. Nas últimas décadas tem aumentado o número de Doenças Sexualmente Transmissíveis e de gravidezes na adolescência o que pode acarretar abandono da escola, diminuição das oportunidades de trabalho com consequências para mães e filhos. **Objetivo:** O objetivo desta intervenção é desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação das Doenças Sexualmente Transmissíveis com ênfase no planejamento familiar, na população adscrita da Unidade Básica Saúde Javier Arzabe. **Metodologia:** As ações de saúde que serão executadas estão divididas em duas etapas: cadastramento e formação do grupo e encontros do grupo. Na primeira etapa, médico e agentes comunitários de saúde irão cadastrar de 20 a 30 pacientes durante 4 semanas para formar o grupo alvo da intervenção. Já na segunda, serão realizados 4 encontros semanais com participação de vários profissionais da equipe de saúde, versando sobre planejamento familiar como um direito reprodutivo, métodos contraceptivos, hábitos saudáveis, autocuidado. **Resultados Esperados:** Espera-se levar à população conhecimento sobre a existência e importância do programa de planejamento familiar, pois ele é uma forma de anticoncepção e concepção responsável e programada. Espera-se que sejam ampliados temas em relação à sexualidade da mulher levando a reflexão sobre a trajetória de lutas e conquistas dos direitos da assistência na sua própria saúde reprodutiva e sexual. Neste mesmo tema, amplia-se a discussão para a promoção e prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis, visto que é um aspecto diretamente relacionado à sexualidade e à forma com que as pessoas lidam com o seu corpo e o corpo do outro. Acredita-se que os envolvidos absorverão a importância da promoção de saúde e prevenção das DSTs no sentido de estimular o autocuidado, a autonomia e a adoção de hábitos de vida mais saudáveis.

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Planejamento Familiar

Sumário

1 INTRODUÇÃO 9

2 OBJETIVOS 13
2.1 Objetivo geral 13
2.2 Objetivos Específicos 13

3 REVISÃO DA LITERATURA 15
3.1 Definição das Doenças Sexualmente Transmissíveis 15
3.2 Prevalência das Doenças Sexualmente Transmissíveis 15
3.3 Planejamento Familiar na Atenção Básica 16
3.4 Direitos Sexuais e Reprodutivos: marcos nacionais e internacionais . 17
3.5 Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis na Atenção Básica em Saúde 18

4 METODOLOGIA 21

5 RESULTADOS ESPERADOS 23

REFERÊNCIAS 25

1 Introdução

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Javier Arzabe contempla as Vilas Boreal, Real, Borato e Portal do norte, em um espaço conhecido para referência da área como complexo da chapada. Está localizada no bairro Real, municipio de Ponta Grossa, estado do Paraná. As Vilas são semiurbanas com extensão territorial de aproximadamente 20 km^2 e localizam-se a uma distância de 15 km da cidade. A população da área de abrangência da UBS contemplando as quatro vilas citadas acima é de aproximadamente 12 mil habitantes.

Conta-se com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), as quais estão com número incompleto de Agentes Comunitários de Saúde, portanto faltam cadastrar algumas famílias. Deste modo, os números fornecidos pela UBS em relação à população de abrangência são aproximados.

A equipe de ESF foco deste projeto de intervenção abrange a população das vilas Boreal e Real, portanto os relatos a seguir dizem respeito a estas duas vilas. A Vila Boreal é recente, inaugurada em 2011 quando o Governo Federal construiu 350 casas do Projeto *Minha casa, Minha vida.* Possui aproximadamente 1500 moradores, os quais são oriundos de área de risco do município e, em sua maioria, recebem Bolsa Família. Já a Vila Real se constituiu há 45 anos após a família Borato, antigos donos da fazenda, iniciarem um loteamento com a venda de lotes para moradia. É constituída por aproximadamente 3.000 pessoas e, a maioria das famílias, é composta por pai, mãe e filhos; de forma geral, o pai trabalha fora e a mãe realiza as tarefas domésticas.

A organização social e os movimentos sociais existentes nos bairros Boreal e Real são Igrejas, pastoral das crianças, grupo de gestantes da pastoral, associação de moradores, grupo de idosos, grupos de caminhada. E os serviços públicos do bairro são: escola municipal que abrange do primeiro ao quarto ano; escola estadual com turmas do quinto ano até o término do segundo grau; um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI), responsável pela educação infantil até os 5 anos de idade; e uma Unidade Básica de Saúde.

Como equipamentos sociais existem também igrejas católica e protestante, grupos de idosos, e na Vila Real, que é a mais antiga, tem campo de futebol, pesque e pague, bazar, grupo de capoeira, feira verde.

Existe também área de risco ambiental como: arroio com água parada em parte das Vilas Boreal e Real. Nesta última, há linha de trem ao redor do bairro e rodovia muito próxima, muitas ruas sem asfalto e ainda possui terrenos baldios e com relevo acidentado.

Dentre os problemas sociais existentes na comunidade é possível citar o uso de drogas, prostituição, gravidez na adolescência, gravidez sem planejamento, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), famílias iniciando casas ditas como 'puxadinhos' nas casas populares já existentes, aglomerados de pessoas na mesma casa, cachorros na rua.

No que diz respeito ao perfil social da comunidade, a renda familiar é de 1 a 3 salários mínimos e a escolaridade varia entre analfabetos, primeiro grau incompleto, media até 8ª série e segundo grau completo. O saneamento básico nos bairros tem água encanada e esgoto. As casas são, em geral, com 3 a 5 peças.

Com relação à agua, predomina o abastecimento pela rede pública e não há tratamento nos domicílios. Há fornecimento de energia elétrica em toda a área adscrita.

As cinco queixas mais comuns que levaram a população a procurar a Unidade Básica de Saúde Javier Arzabe no período de novembro de 2015 até dezembro de 2016, foram: pressão elevada, resfriados, atrasos menstruais com consequente abertura de pré-natal, queixas ginecológicas e verminoses. As afecções respiratórias, cardíacas, circulatórias, neoplasias, falta de controle glicêmico e da hipertensão arterial são as principais causas de morbidade hospitalar e mortalidade.

As cinco principais causas de mortes dos residentes do bairro são: complicações decorrentes da falta de controle glicêmico e hipertensão, neoplasias, acidentes, problemas circulatórios, etilismo.

É importante destacar que na comunidade, além das doenças e dos agravos, há outras questões que são relevantes do ponto de vista epidemiológico: a gestação precoce e indesejada, além do grande número de filhos por família. Nesse sentido, a falta de planejamento familiar é um aspecto da saúde que chama a atenção da atual equipe da UBS.

Outra grande problemática que se destacou no decorrer de 2016, foi o número de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), principalmente sífilis nos moradores da área de abrangência, incluindo gestantes. No referido ano, houve oito casos de gestantes com sífilis, dois com infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), um com cancro mole, três com herpes genital e vários outros casos de gestantes com tricomonas e gonorreias (com relação a essas doenças não há dado exato).

O problema a ser trabalhado no presente projeto de intervenção serão as DSTs, com ênfase na gestação não-planejada. Existe um alto número de gestantes, principalmente adolescentes na comunidade. Segundo dados coletados na UBS, no ano de 2016 foram 73 gestantes, dentre elas 28 foram adolescentes.

A gravidez sem planejamento é uma situação que pode acarretar algumas situações de vulnerabilidade social e também aumento das DSTs. Além disso, pode contribuir para baixa escolaridade, violência domiciliar, submissão da mulher, reprodução do ciclo da pobreza das populações e para diminuição do acesso ao mercado de trabalho pelo sexo feminino.

Conforme informações da Cartilha da Infância e da Adolescência, ao engravidar, a adolescente pode apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento, emocionais e comportamentais, educacionais e de aprendizado, além de complicações na gestação e problemas inerentes ao parto (ALMEIDA et al., 2015).

As DSTs configuram um grave problema de saúde pública no Brasil, o qual atinge todas

as parcelas da população e está diretamente relacionado a situações de vulnerabilidade social. Além de acarretar grandes gastos ao Sistema de Saúde, no caso das gestantes, podem causar danos aos recém-nascidos e à própria mãe.

O alto índice de ocorrências de DSTs exige do profissional da saúde o desenvolvimento de um plano de ação com objetivo de compreender a situação para poder intervir no sentido da prevenção. A partir dessas reflexões, poderá ocorrer mudança da realidade, já que a proposta dessa intervenção é estimular a promoção e Educação em Saúde, conscientizando a população a exercer sua sexualidade de maneira responsável, respeitando o próprio corpo e o corpo do próximo.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação das Doenças Sexualmente Transmissíveis com ênfase no Planejamento Familiar, na população adscrita da Unidade Básica Saúde Javier Arzabe, do município Ponta Grossa, Paraná.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar as causas que incidem no crescente aumento da população atingida pelas Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Investigar quais métodos de prevenção contra Doenças Sexualmente Transmissíveis são conhecidos pela população, qual sua compreensão de Planejamento Familiar a fim de aumentar o nível de conhecimento da comunidade sobre tais temas.

Verificar o nível de conhecimento adquirido após a intervenção educativa.

3 Revisão da Literatura

3.1 Definição das Doenças Sexualmente Transmissíveis

As DSTs são Doenças Sexualmente Transmissiveis, que passam de uma pessoa para outra por meio da relação sexual sem preservativo, seja de homem com mulher, homem com homem ou mulher com mulher, estando um dos parceiros infectados. Qualquer pessoa pode contrair essas doenças (DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2006)

As Infecções Sexualmente Transmissiveis (IST) são causadas por mais de 30 agentes etiológicos (vírus, bactérias, fungos e protozoários), sendo transmitidas, principalmente, por contato sexual e, de forma eventual, por via sanguínea. A transmissão de uma IST ainda pode acontecer da mãe para o feto durante a gestação, o parto ou a amamentação. Essas infecções podem se apresentar sob a forma de síndromes: úlceras genitais, corrimento uretral, corrimento vaginal e Doença Inflamatória Pélvica.

Algumas infecções possuem altas taxas de incidência e prevalência, apresentam complicações mais graves em mulheres e facilitam a transmissão do HIV. Podem, ainda, estar associadas à culpa, estigma, discriminação e violência, por motivos biológicos, psicológicos, sociais e culturais (MARTINAZZO, 2015).

Conforme a Portaria n° 1.271, de 6 de junho de 2014, a notificação é obrigatória no caso de sífilis adquirida, sífilis em gestante, sífilis congênita, hepatites virais B e C, AIDS, infecção pelo HIV, infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2014a).

Já a síndrome do corrimento uretral masculino é de notificação compulsória, a ser monitorada por meio da estratégia de vigilância em unidades-sentinela e suas diretrizes, de acordo com a Portaria n° 1.984, de 12 de setembro de 2014. As demais IST, se considerado conveniente, podem ser incluídas na lista de notificação dos estados/municípios (BRASIL, 2014b).

3.2 Prevalência das Doenças Sexualmente Transmissíveis

Segundo estimativas da OMS (2013), mais de um milhão de pessoas adquirem uma IST diariamente. A cada ano, estima-se que 500 milhões de pessoas adquirem uma das IST curáveis (gonorreia, clamídia, sífilis e tricomoníase). Da mesma forma, calcula-se que 530 milhões de pessoas estejam infectadas com o vírus do herpes genital (HSV-2, do inglês Herpes Simplex Virus tipo 2) e que mais de 290 milhões de mulheres estejam infectadas pelo HPV (MARTINAZZO, 2015).

A redução da transmissão vertical de HIV e sífilis é um componente importante da política de prevenção da mortalidade materno-infantil do Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde (2006). O acesso à assistência pré-natal, ao diagnóstico precoce de HIV e sífilis em gestantes, e ao tratamento adequado das duas doenças são momentos fundamentais para o controle da transmissão vertical do HIV e da sífilis.

Com relação à infecção em gestantes, no Estudo Sentinela Parturiente de 2004, observou-se uma prevalência de HIVde 0,41% que corresponde a um total estimado de cerca de 12.456 gestantes HIV+ para esse ano. Comparando o dado estimado com o dado notificado em 2004 (6.137 gestantes HIV+), estima-se que a vigilância de HIV em gestantes alcançou 49,3% dos casos esperados.

Considerando o total de casos de HIV notificados em gestantes em 2010 (5.666), pode-se estimar que persiste uma brecha importante, de aproximadamente 50%, na cobertura da testagem do HIV nessa população (BRASIL, 2011)

No Estudo Sentinela Parturiente de 2004, a prevalência de sífilis em gestantes foi de 1,6%, cerca de quatro vezes maior que a infecção pelo HIV, estimando um total de cerca de 48.425 gestantes infectadas nesse ano. Comparando o dado estimado com o dado notificado em 2005 (1.863), estima-se que a vigilância só alcançou 3,8% dos casos esperados. Considerando o total de casos notificados de sífilis em gestantes em 2010 (10.084), pode-se estimar um aumento de cerca de 447% na proporção de casos esperados que foram notificados, possivelmente em consequência dos esforços de fortalecimento dos serviços de pré-natal com a realização de diagnóstico precoce e tratamento (BRASIL, 2011).

3.3 Planejamento Familiar na Atenção Básica

O planejamento familiar é um conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos para concepção e anticoncepção que, por sua vez, devem ser cientificamente aceitos e não colocar em risco a vida e a saúde das pessoas, com garantia da liberdade de escolha. Constitui-se num direito do cidadão brasileiro assegurado na Constituição Federal e na Lei n° 9.263 de 12 de janeiro de 1996, que regula em seu §7° do Art. 226 da Constituição Federal que o Planejamento Familiar orienta-se por atividades educativas, preventivas e clínicas, e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios e métodos disponíveis para concepção e anticoncepção (PAIXÃO, 2014).

O auxílio à concepção pode ocorrer de diferentes formas. Uma delas é disponibilizar e incentivar a avaliação pré-concepcional, ou seja, a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Essa avaliação constitui instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil. As atividades a serem desenvolvidas na avaliação pré-concepcional devem incluir anamnese e exame físico, com exame ginecológico completo (incluindo exame das mamas), além da realização de

alguns exames complementares de diagnóstico (BRASIL, 2013).

Diante dos avanços tecnológicos e científicos no campo da contracepção e a grande abordagem sobre a saúde sexual em toda a mídia e, considerando que a informação constitui-se numa importante arma para a prevenção, é de suma importância que os serviços de saúde disponibilizem de um serviço de planejamento familiar de qualidade (PAIXÃO, 2014).

Os métodos anticoncepcionais são aqueles utilizados para evitar a gravidez indesejada. O método contraceptivo deve ser efetivo e compatível com o perfil clinico, social, psicológico e cultural, respeitando a preferência da mulher. A escolha do método pode envolver a prevenção e o tratamento de outras doenças (DUNCAN, 2013).

Os métodos naturais, baseados no conhecimento da fisiologia feminina, são: tabelinha; billings ou muco-cervical; temperatura basal; sintotérmico. Já os chamados métodos de barreira são aqueles utilizados para impedir a penetração do esperma no colo uterino: camisinha ou condom (masculina ou feminina) e diafragma (DUNCAN, 2013)

Estão disponíveis também os métodos hormonais os quais agem impedindo a ovulação através da administração de hormônios combinados (estrógenos + progestágenos) ou apenas progestágenos. Estes podem ser encontrados em forma de: pílula combinada; minipílula; injeções mensais ou trimestrais. O DIU (dispositivo intra-uterino) é um pequeno aparelho de plástico que pode ser recoberto de cobre ou conter hormônio (método de barreira ou hormonal). A pílula anticoncepcional de emergência é um método utilizado para evitar gravidez após uma relação sexual desprotegida e também contém hormônio (DUNCAN, 2013).

Por fim, estão disponíveis os métodos cirúrgicos os quais realizam esterilização definitiva, como vasectomia, onde os canais deferentes são cortados, amarrados ou cauterizados, impedindo que os espermatozoides sejam liberados no esperma; laqueadura de trompas, onde as trompas são cortadas, amarradas cauterizadas ou fechadas com grampos, impedindo a passagem do espermatozoide (DUNCAN, 2013).

3.4 Direitos Sexuais e Reprodutivos: marcos nacionais e internacionais

O reconhecimento da universalidade dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos é fundamental para a qualificação da proposição de políticas públicas que contemplem as especificidades dos diversos segmentos da população. A prática sexual e a maternidade/paternidade são direitos de todos, que devem ser garantidos pelo Estado, mediante ações e estratégias que promovam o compromisso e responsabilidade dos cidadãos com seu exercício de modo responsável e mediante condições saudáveis e libertas de riscos (BRASIL, 2013).

O direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são considerados Direitos Humanos fundamentais. Respeitá-los é promover a vida em sociedade, sem discriminação de classe social, de cultura, de religião, de raça, de etnia, de orientação sexual. Para que exista a igualdade de direitos, é preciso respeito às diferenças. Não existe um direito mais importante que o outro. Para o pleno exercício da cidadania, é preciso a garantia do conjunto dos Direitos Humanos. Nas duas últimas décadas, registraram-se grandes avanços na legislação internacional e nacional sobre as dimensões da reprodução e da sexualidade como Direitos Humanos e de cidadania (BRASIL, 2013)

É importante citar algus marcos referenciais internacionais que definem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com destaque a duas conferências promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU). A primeira é a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, que conferiu um papel primordial à saúde, aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, abandonando a ênfase na necessidade de limitar o crescimento populacional como forma de combater a pobreza e as desigualdades, focalizando-se no desenvolvimento do ser humano. A CIPD levou em consideração, no debate sobre população e desenvolvimento, as questões sobre a mulher – desigualdades de gênero – meio ambiente e os Direitos Humanos. Estabeleceu acordos internacionais que foram assumidos por 179 países. A segunda é a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, Pequim, em 1995, em que se reafirmaram os acordos estabelecidos no Cairo e avançou-se na definição dos direitos sexuais e direitos reprodutivos como Direitos Humanos (BRASIL, 2013).

Como marcos referenciais nacionais em relação aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, destacam-se: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde; Constituição Federal de 1988; Lei n° 9.263/1996, que regulamenta o planejamento familiar; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde do ano de 2004; Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos formulada também pelo MS, em 2005 (BRASIL, 2013).

3.5 Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis na Atenção Básica em Saúde

As ações na área da prevenção ao HIV e outras DST, entendidas como estratégias para o enfrentamento e controle desses agravos, prevêem a ampliação do acesso da população à informação qualificada e aos insumos de prevenção.

Tendo em vista que a Atenção Primaria em Saúde é a porta de entrada para o usuário e na qual os profissionais estão mais próximos da realidade da comunidade, é o local mais adequado para iniciarmos um verdadeiro combate a transmissão das DSTs.

A intervenção da equipe de saúde e comunidade começa com a identificação/abordagem e encaminhamento de segmentos populacionais mais vulneráveis, a partir de sua experiência no trabalho com a comunidade. Assim, o trabalho proposto pela equipe de saúde terá uma maior sintonia com a demanda do usuário/comunidade.

Dentre todas as atividades que devem ser realizadas, a identificação das pessoas mais vulneráveis é de suma importância, como por exemplo, pessoas que trabalham em pontos de prostituição, bares, pontos de drogas, entre outros. Tambem é importante facilitar o acesso a consultas, exames e tratamento, bem como incluir a comunidade em ações educativas e de prevenção.

A equipe de saúde deve organizar ações que incluam as quetões sobre DST/HIV/aids na rotina do serviço, de forma a atuar com ética, sigilo das informações obtidas e o abandono de atitudes preconceituosas por parte da equipe. Os locais para atuação dentro da UBS podem ser tanto na sala de espera e grupos de pessoas a fins, quanto nas consultas individuais.

Considerando as formas de transmissão sangüínea e sexual do HIV, e de outras DST, foi definida uma política específica sobre insumos de prevenção. Além do preservativo masculino e feminino, são considerados insumos de prevenção o gel lubrificante e o kit de redução de danos (BRASIL, 2014b).

O uso de preservativos é o único método que oferece dupla proteção. Ou seja, é eficaz tanto para a redução do risco de transmissão do HIV e outras DST, quanto para contracepção. Sua segurança, no entanto, depende do uso correto e sistemático em todas as relações sexuais (BRASIL, 2014b).

Conscientizar a população sobre esses métodos e também sobre sua importância é atuar em prol da prevenção das DSTs e da promoção de saúde. Esse projeto de intervenção visa ampliar os conhecimentos da comunidade, aumentando o número de casais em busca de realizar consultas de pré-concepção, bem como eliminar a transmissão vertical de HIV/AIDS e sifilis, que são as principais Doenças Sexualmente Transmissíveis.

4 Metodologia

A presente proposta de intervenção será desenvolvida pela equipe de profissionais de saúde da Unidade Básica Saúde Javier Arzabe, do município Ponta Grossa, Paraná. Serão organizadas atividades educativas de promoção de saúde e prevenção com um grupo específico em que estarão incluídos pacientes predominantemente mulheres em idade fértil, com vida sexual ativa ou não, incluindo adolescentes.

As ações de saúde que serão executadas estão divididas em duas etapas: cadastramento e formação do grupo e encontros do grupo.

1) Primeira etapa: Cadastro das pacientes realizado durante consultas médicas e em visitas domiciliares. Os profissionais envolvidos nessa etapa serão Médico e Agentes Comunitários de Saúde. O objetivo é cadastrar de 20 a 30 pacientes para formar o grupo alvo da intervenção. Essa etapa terá duração de 4 semanas.

2) Segunda etapa: Realização de quatro encontros semanais do grupo formado anteriormente com duração de 2 horas cada um. Todos serão realizados na sala de reuniões da UBS. Estarão organizados e divididos conforme exposto a seguir:

2.1 Primeiro encontro: Estará dividido em dois momentos e ficará sob responsabilidade da médica, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitários.

- Primeiro momento: Realização de enquete ou questionário com cerca de 10 perguntas de grau básico com o objetivo de conhecer o nível de informação das pacientes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis e sobre planejamento familiar.

- Segundo momento: Com o recurso "chuva de ideias"(recurso participativo) será aberto espaço para as participantes fazerem perguntas e expressarem suas opiniões e seus entendimentos sobre o tema, observando ainda mais o conhecimento das mesmas.

2.2 Segundo encontro: A médica da UBS realizará uma palestra sobre a definição, causas e consequências das Doenças Sexualmente Transmissíveis, enfatizando a transmissão vertical. Este tema inclui a explanação da situação no Brasil no que se refere às DSTs e à contaminação. Serão utilizados recursos demonstrativos, como pôsteres.

2.3 Terceiro encontro: Será proposto um debate sobre os principais métodos contraceptivos para evitar a gravidez sem planejamento e abordada a importância do planejamento familiar. Visa-se enfatizar o uso do preservativo para evitar as DSTs, discutir o autocuidado, respeito com o próprio corpo e as consequências de ter relações sexuais sem preservativo. Serão utilizados recursos visuais para expor crianças vítimas de transmissão vertical de sífilis e AIDS, dentre outras informações pertinentes ao tema. Esse encontro estará sob responsabilidade da médica.

2.4 Quarto encontro: Com recursos participativos, será proposto um debate com as pacientes sobre hábitos saudáveis. Isso inclui a importância da vinculação aos estudos e às relações sociais saudáveis, relações familiares adequadas, evitar o consumo de drogas ou

outras substâncias, orientação profissional, atualização sistemática sobre temas sexuais, culturais etc.

Para finalizar esse encontro, será avaliado o impacto das atividades executadas e a importância na evolução do conhecimento e esclarecimentos de dúvidas das participantes, bem como o incentivo para que as mesmas levem os novos conhecimentos para a prática, e em forma de conversas e diálogos com amigos, vizinhos, escolas etc, espalhem novos valores e conhecimentos para a comunidade. Esse último encontro terá a presença de toda a equipe de saúde.

5 Resultados Esperados

Com este projeto de intervenção, espera-se levar à população adscrita da Unidade Básica Saúde Javier Arzabe, do município Ponta Grossa, Paraná, conhecimento e conscientização sobre a existência e importância do programa de planejamento familiar. Isso porque ele é uma forma de anticoncepção e concepção responsável e programada, com fins de apoiar e ajudar a família a pensar em gestações programadas e saudáveis, seguindo todas as etapas do pré-natal, e evitando a gravidez na adolescência.

Espera-se que sejam ampliados temas em relação à sexualidade da mulher levando-a à reflexão sobre a trajetória de lutas e conquistas dos direitos da assistência na sua própria saúde reprodutiva e sexual. Neste mesmo tema, amplia-se a discussão para a promoção e prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis, visto que é um aspecto diretamente relacionado à sexualidade e a forma com que as pessoas lidam com o seu corpo e o corpo do outro.

Também intenta-se, por meio deste trabalho de intervenção, alcançar um diálogo que leve as pessoas envolvidas a se conscientizarem dos prejuízos que as Doenças Sexualmente Transmissíveis têm sobre a vida de cada pessoa, família, comunidade e para o orçamento público.

Acredita-se que os envolvidos absorverão a importância da promoção de saúde e prevenção das DSTs podendo multiplicar esse conhecimento junto aos seus familiares e círculos sociais no sentido de estimular o autocuidado, a autonomia e a adoção de hábitos de vida mais saudáveis.

Referências

ALMEIDA, A. M. B. de et al. *Cartilha da Primeira Infância e Gravidez na Adolescência*: Rede nacional da primeira infância (rnpi). 2015. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/Cartilha-Gravidez-Adol-FINAL-HD.pdf>. Acesso em: 26 Jan. 2017. Citado na página 10.

BRASIL. Portaria 1271 de 6 de junho de 2014. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2014. Citado na página 15.

BRASIL. Portaria n° 1.984, de 12 de setembro de 2014. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 19.

BRASIL, M. de Saúde do. *Boletim Epidemiológico AIDS/DST*. 2011. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf>. Acesso em: 10 Fev. 2017. Citado na página 16.

BRASIL, M. de Saúde do. *CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, N° 26*: Saúde sexual e saúde reprodutiva. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 10 Fev. 2017. Citado 3 vezes nas páginas 16, 17 e 18.

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO ESTADO DE SANTA CATARINA. DoenÇas sexualmente transmissÍveis dst. 1. Saúde Pública. Vigilância. DST. Ensino – Santa Catarina. C, Florianopolis, n. 1, 2006. Citado na página 15.

DUNCAN, B. B. *medicina ambulatorial*. porto alegre: artmed, 2013. Citado na página 17.

MARTINAZZO, A. G. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis*. 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/pcdt_ist_10_2015_final_2_pdf_15143.pdf>. Acesso em: 04 Fev. 2017. Citado na página 15.

PAIXÃO, D. R. D. Plano de aÇÃo para planejamento familiar na atenÇÃo bÁsica de saÚde. campos gerais-minas gerais, n. 29, 2014. Curso de Especialização em Atenção Básica em saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.