



MARÍLIA ADRIA SERÊJO ARAÚJO

**A PREVENÇÃO DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA
ATENÇÃO BÁSICA**

TUCURUÍ- PARÁ

2017



MARÍLIA ADRIA SERÊJO ARAÚJO

**A PREVENÇÃO DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA
ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Warley Simões

TUCURUÍ- PARÁ

2017

RESUMO

O que motivou a escolha do Tema “PREVENÇÃO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO NO TERRITÓRIO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE TERRA PROMETIDA II EM TUCURUÍ-PA”, foi justamente a recorrência de sífilis durante a gestação na região de Tucuruí, e também no momento da realização do projeto de intervenção duas gestantes foram diagnosticadas com a doença. Além disso, ao trabalhar com a população feminina da região estamos também prevenindo outras doenças sexualmente transmissíveis na tentativa de reduzir a incidência dessas doenças na comunidade e impedir novos casos de sífilis congênita e até mesmo de HPV como citado o caso da paciente pelo portfólio.

Descritores: Atenção Primária, Doenças Sexualmente transmissíveis, Prevenção em Saúde, Promoção da saúde, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. CASO CLÍNICO	6
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	9
4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	11
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14
ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO	15
4.1 OBJETIVO GERAL	20
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20

1. INTRODUÇÃO

Sou a Marília Adria Serejo Araujo, médica, formada em 2014 pela Escola Latino Americana de Medicina (ELAM) em Havana- Cuba. Além de atuar como Clínico Geral, aderi ao Programa Mais Médicos para atuar na Saúde da Família. Atuo na Unidade Básica de Saúde UBS Terra Prometida na Região de Tucuruí-PA, nessa unidade há duas equipes de saúde sendo que atuo na equipe de saúde II. A UBS Terra Prometida, localiza-se em uma zona urbana, consiste em uma população carente de baixa renda, o bairro possui cerca de 3853 habitantes (1905 homens e 1948 mulheres).

Em torno da região da UBS Terra Prometida possui alguns pequenos comércios, escola e um cemitério. Na escola da região as equipes de saúde possuem a oportunidade de desenvolver atividades de promoção a saúde. Observa-se na região, áreas com acúmulo de lixo e entulhos e também a falta de água tratada o que contribui para a veiculação de doenças infecciosas.

As maiores demandas de atendimento do bairro que observo a partir das vivências dos consultórios são as doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes. O Tema de escolha para o Projeto de Intervenção foi “PREVENÇÃO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO NO TERRITÓRIO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE TERRA PROMETIDA II EM TUCURUÍ-PA”, nesse projeto propõe-se trabalhar com mulheres entre 17 e 31 anos sobre a prevenção da Sífilis na gestação. A motivação para a escolha do tema foi justamente a recorrência de sífilis durante a gestação na região de Tucuruí, e também no momento da realização do projeto de intervenção duas gestantes foram diagnosticadas com a doença.

Além disso, ao trabalhar com a população feminina da região estamos também prevenindo outras doenças sexualmente transmissíveis na tentativa de reduzir a incidência dessas doenças na comunidade e impedir novos casos de sífilis congênita.

2. CASO CLÍNICO

Na região da Unidade Básica de Saúde Terra Prometida no Município de Tucuruí-PA, a prevalência de doenças sexualmente transmissíveis é grande, em destaque a Sífilis devido as suas complicações principalmente para pacientes gestantes. Ainda que outras doenças sexualmente transmissíveis sejam mais incidentes da região é preciso levar em consideração aquelas que acarretam problemas congênitos caso a paciente encontra-se gestante.

Com a prevalência e a incidência de adolescentes com doenças sexualmente transmissíveis em diversas reuniões com a equipe de saúde II, procuramos sempre discutir novas estratégias para diminuir essas incidências, em vários momentos da reunião a agente comunitária citava a jovem MCL de 17 anos, a ACS demonstrava muita preocupação pois se tratava de uma adolescente que já havia se tratado na UBS por uma Doença Sexualmente Transmissível (DST), mas que havia muitos fatores de risco associados e então decidimos fazer um trabalho com a adolescente. Assim a ACS marcou uma consulta para a adolescente na unidade de saúde.

Na consulta, MCL de 17 anos apresentou-se tranquila, relatou ter iniciado a vida sexual aos 13 anos e que atualmente não tinha parceiro fixo, relatou que essa seria a sua primeira consulta após ter encerrado o tratamento de HPV (em seu prontuário a paciente na época também estava com suspeita de sífilis, porém foi descartado). Ao ser questionada quanto ao uso de métodos anticoncepcionais a paciente respondeu que não fazia o uso de preservativos somente o uso de anticoncepcional injetável. MCL, refere que na última semana apresentou um prurido intenso na região vulvar.

Durante a consulta a paciente explicou como foi difícil para ela o tratamento do HPV, relatou que sofreu muito principalmente em relação a sua família, pois seu pai era muito rígido, não a aceitava e que desejava que fosse diferente a relação dela tanto com o seu pai quanto com a mãe. A paciente nesse momento da consulta se mostrou emocionada ao dizer que teve que abandonar a escola por conta do HPV, pois o seu antigo parceiro a culpou e todos da região descobriram e que isso a afetou tanto na escola quanto em sua família.

Exame Físico: PA- 110x70 mmHg, FC- 100 bpm, FR- 20 irpm. Paciente apresenta-se normocorada, anictérica, eupneica, afebril, orientada em tempo e

espaço. Cabeça e Pescoço: Não apresenta nenhuma alteração; sem alterações na região cervical e na palpação a tireoide. Tórax: Nega dispneia, tosse, ausculta cardiovascular sem alterações, ritmo cardíaco regular. Mamas: mamas simétricas, sem nodulações e retrações. Abdome: sem dor à palpação, ruídos hidroaéreos fisiológicos. Região Urogenital: Região Vulvar hiperemiada sem leucorreia.

Após a coleta do material ginecológico, durante a consulta foi explicado sobre planejamento familiar e a importância do preservativo na prevenção das DST's, de forma bem lúdica foi explicado que somente a "pílula" não a ajudaria a prevenir as doenças e foi realizado também as devidas orientações para a paciente a respeito da queixa do prurido que a paciente havia relatado. Além disso, foi questionado se a adolescente teria interesse que a equipe de saúde acompanhasse de perto toda sua família. A adolescente disse que sim e queria ajuda pois ela tem uma irmã mais nova e não gostaria que sua irmã seguisse os mesmos passos. Assim, marcamos uma visita domiciliar com a médica e a enfermeira da equipe.

Na visita domiciliar, a família de MCL demonstrou-se de início resistente, mas foi explicado que o intuito da visita era apenas orientá-los e conhece-los já que os pais da adolescente quase não frequentavam a UBS. Assim, foi proposto uma abordagem familiar com o auxílio do psicólogo do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e com a médica e enfermeira da unidade.

Durante a consulta familiar, a mãe da adolescente relatou o histórico da família bem como sua composição e sobre o ocorrido com a adolescente e como afetou a sua família, o pai da adolescente no início da consulta demonstrou-se um pouco incomodado, porém com passar do tempo participou da consulta. Foi evidenciado para a família durante a consulta a importância de reconhecer as principais vulnerabilidades da família e as formas de se superar para que o convívio seja melhor, a importância dos pais em orientar as duas filhas e não julgá-las e a importância do planejamento familiar. Os pais demonstraram preocupação com MCL pelo fato de ter interrompido os estudos e com sua filha mais nova em iniciar atividade sexual precocemente e comprometeram-se em retornar as próximas consultas.

A partir do que foi explicitado na consulta familiar e a montagem do genograma organizamos um projeto terapêutico singular para toda família.

1) Diagnóstico

A partir das consultas e da montagem do genograma a visão geral que se tem é de uma família que passou por problemas devido ao que acometeu a adolescente MCL desestruturando a família, o fato da adolescente ter abandonado a escola também incomoda os pais. Tanto MCL e a sua irmã apresentam alguns fatores de riscos para doenças sexualmente transmissíveis.

A principal vulnerabilidade que se observa nessa família é que os pais não costumam frequentar a unidade de saúde e não incentivam suas filhas a frequentarem também, as filhas possuem medo de falarem com os pais sobre planejamento familiar, a adolescente MCL afastou da escola após adquirir HPV, assim o convívio com a família piorou depois de seu afastamento escolar.

A equipe decidiu, em suas reuniões, que toda a equipe de saúde II (ACS, enfermeira, médico e técnicos de enfermagem) acompanhariam o caso juntamente com a psicóloga do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

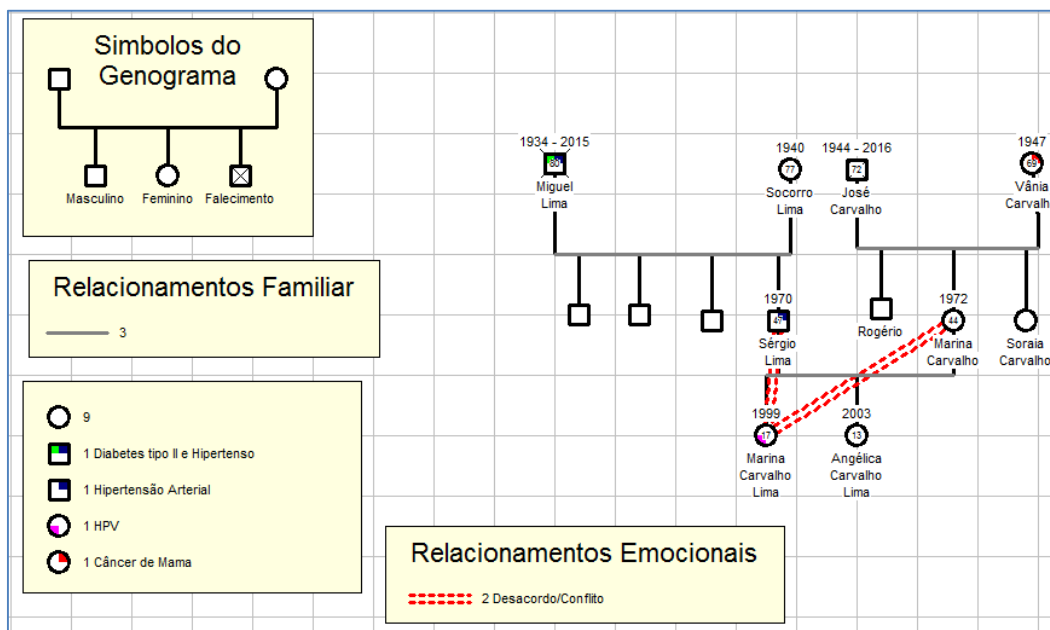
2) Definição de Metas

Na definição de metas, a curto prazo o objetivo é que tanto MCL quanto sua irmã façam acompanhamento na unidade de saúde, participem da consulta da mulher e recebam informações sobre a importância do planejamento familiar e DST's, além disso, MCL tratar sua leucorreia. Além de MCL, toda sua família passará por consultas na unidade e seu pai frequentará as reuniões do HiperDia. A longo prazo, com auxílio do psicólogo reestabelecer os laços familiares da família de MCL e auxiliá-la no retorno a escola.

3) Divisão de Responsabilidades

Para que essa abordagem aconteça é importante definir as responsabilidades de cada um da equipe, a ACS tem o papel de captar e criar o elo da família com a unidade, as técnicas de enfermagem com auxílio da enfermeira realizarão medidas de promoção a saúde a toda família, a psicóloga fará acompanhamento da adolescente e de sua família e a médica e a enfermeira ficarão responsáveis pelas consultas.

Figura 1 – Genograma



Obs: Nomes fictícios

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Antes de iniciar minhas atividades como médica da família na Unidade Básica de Saúde Terra Prometida na Região de Tucuruí-PA, a equipe de saúde já tinha um cronograma semanal para alguns dos atendimentos fornecidos pela unidade, no caso, a unidade na segunda-feira atendia saúde da mulher e pré-natal e na quarta-feira puericultura, o restante dos pacientes eram atendidos por demanda livre com horários de agendamento. Com o início do meu trabalho na unidade procurei sugerir a equipe de saúde que organizássemos o cronograma incluindo um dia para HiperDia (terça-feira) e na sexta ocorreria somente visitas domiciliares, assim, a equipe conseguiria manter um padrão de organização e também uma possibilidade de desenvolver com toda a equipe multidisciplinar atividade de promoção à saúde.

No começo, senti que a equipe andava desmotivada para desenvolver diferentes estratégias para procurar a adesão dos pacientes à unidade de saúde, então, comecei a trabalhar a importância do trabalho em equipe em prol da saúde do paciente e como a atenção primária era fundamental no processo saúde-doença na comunidade. Com a divisão dos dias específicos para cada atendimento, facilitou, também, elencar os principais fatores de riscos e morbidades para cada situação, o

que auxiliou na construção do projeto de intervenção na comunidade. O pré-natal e a puericultura são estratégias importantes de cuidados preventivos em gestantes e crianças, capazes de orientar a promoção da saúde e do bem-estar, além de oportunizar o tratamento de problemas que afetam as mães e seus filhos (CARROLI et al, 2001; DINKEVICH et al, 2002).

De maneira geral, para se fazer um controle efetivo durante o pré-natal e a puericultura não são necessárias instalações caras, tecnologia complexa ou laboratórios sofisticados, mas sim a garantia de acesso aos serviços de todos os níveis do Sistema de Saúde, com oferta de recursos humanos capacitados e de métodos diagnósticos e terapêuticos adequados para a detecção e tratamento de morbidades (BARROS e VICTORA, 2001).

Na UBS Terra Prometida, o atendimento de pré-natal e puericultura são priorizados, é sempre realizada durante as visitas domiciliares a busca ativa de pacientes que não aderiram aos atendimentos da unidade principalmente aquelas pacientes que não realizam o pré natal de forma correta a equipe de saúde da uma atenção especial a essas pacientes através de incentivo e explicação da importância de se realizar um bom pré natal tanto na saúde do bebê quanto na saúde materna.

Na assistência integral à saúde é necessário tratar o indivíduo como um todo e a Unidade de Atenção Primárias à Saúde (UAPS) é que se insere neste contexto de prevenção, promoção e assistência, a fim de evitar complicações muitas vezes incapacitantes (BRASIL, 2002). Nesse contexto, o atendimento específico para pacientes que possuem doenças crônicas como a Diabetes Melitos e a Hipertensão arterial sistêmica, permitiu um acompanhamento integral e detalhado para esses pacientes que sofrem dessas doenças que são base para diversas complicações.

Com o atendimento específico da semana voltado para essas patologias nos permitiu realizar um trabalho de prevenção para os fatores de riscos toda semana alguém da equipe se reveza para trazer uma dinâmica ou palestra de educação em saúde para esses pacientes, além disso, utilizamos a triagem para fazer o controle glicêmico e da pressão arterial para que os pacientes e a equipe de saúde acompanhem essa evolução.

O atendimento da saúde mental no nível primário de atenção possibilita um acesso mais fácil e mais rápido aos serviços quando necessário, pois através da proximidade da comunidade com os profissionais da saúde, estes se deparam frequentemente com as problemáticas dos sujeitos e da comunidade (DELFINI e

REIS, 2012). Com o cronograma organizado dessa forma nos proporciona uma maior proximidade com a comunidade e cria uma adesão dos pacientes com toda a equipe de saúde. Tentamos seguir dessa maneira para também criar uma rotina de acompanhamento dos próprios pacientes com a unidade.

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

Como demonstrado no estudo de caso, a visita domiciliar desempenha um papel extremamente importante no âmbito da atenção primária. A visita domiciliar é uma das ferramentas utilizadas na atenção básica, pois ela permite uma aproximação do serviço oferecido pela unidade de acordo com as necessidades da comunidade atendida, além da ampliação da equidade das ações e dos serviços de saúde a toda a comunidade.

Na UBS Terra Prometida, as visitas domiciliares ocorrem uma vez por semana, e são realizadas a partir da necessidade da comunidade, geralmente acontecem mediante a uma reunião de equipe onde os agentes comunitários de saúde explicam a situação dos pacientes que necessitam da visita domiciliar, são principalmente aqueles que possuem dificuldade de locomoção, pacientes acamados e até mesmo aqueles pacientes que não tem aderido a UBS ou ao tratamento.

Em geral, na UBS Terra Prometida, essas visitas tendem a manter uma rotina principalmente para aqueles pacientes idosos que precisam de uma atenção específica de ações integradas de vigilância, reabilitação, prevenção e promoção de saúde. Permitindo, assim, um cuidado estratégico à comunidade e intervenção precoce na evolução para a complicação e internações hospitalares.

Sem discriminação, a visita domiciliar na atenção básica pode ser realizada a todos da comunidade e podem estar vinculadas as estratégias de saúde voltada a puericultura, saúde da mulher, pré-natal e puerpério, saúde do adolescente, saúde do idoso e saúde mental. A partir da visita domiciliar, é possível propiciar ao indivíduo e à família em seu contexto social, a participação ativa no processo saúde-doença. Permitindo, assim, tornar o indivíduo ator principal para que ele obtenha uma melhor qualidade de vida. No contexto da atenção primária, os agentes comunitários de saúde se destacam no trabalho das visitas domiciliares principalmente na busca ativa de pacientes, na identificação de intercorrências e agravos a saúde e também são um

importante vínculo entre a comunidade e a unidade de saúde. É importante destacar que ferramenta da visita domiciliar requer planejamento das equipes de saúde, na definição de um itinerário e priorização de um horário preferencial das famílias para que ela tenha uma boa efetividade e permita que o paciente se sinta à vontade com a visita (CUNHA e GAMA, 2012).

Por fim, a visita domiciliar na atenção básica, representa uma forma de atendimento humanizado que permite reconhecer o contexto familiar e social do indivíduo inserido na comunidade, no caso clínico da atividade 2, a visita serviu para procurar a adesão dos pais da adolescente a unidade, a visita serviu como um mediador para que a família procurasse mais os serviços oferecidos pela unidade.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Diante de todo trabalho realizado no curso de especialização, foi possível aprender mais de perto sobre como a atenção primária é essencial no contexto saúde-doença do paciente e a comunidade em que ele está inserido, não só esse processo, mas também a importância de estimular no cotidiano a medicina preventiva e não curativista. O trabalho realizado na unidade básica de saúde Terra Prometida, permite a humanização do médico, o trabalho de equipe com a equipe de saúde a fim de desempenhar ações de prevenção e promoção a saúde.

Ao realizar o projeto de intervenção com o tema A PREVENÇÃO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO NO TERRITÓRIO DA UNIDADE juntamente com a equipe de saúde foi possível desempenhar a realização de uma ação social na unidade principalmente com os jovens e gestantes, como citado no portfólio a paciente do caso clínico foi um dos frutos colhidos com o projeto de intervenção. Observei que aumentou o número de pessoas da comunidade interessadas na prevenção não só da sífilis como também de outras doenças sexualmente transmissíveis. O que para mim, foi extremamente gratificante poder realizar de fato algo que impactasse e incentivasse a comunidade a buscar um estilo de vida saudável.

A partir da experiência de atuar na UBS- Terra Prometida, conclui na prática a importância da atenção primária na comunidade na busca da equidade e integralidade do indivíduo inserido em seu contexto social. Ainda que é possível realizar um bom trabalho na comunidade ainda encontramos dificuldades que são decorrentes do contexto social, como os fatores socioeconômicos da comunidade interferindo no processo saúde-doença do indivíduo, e algumas limitações da própria unidade em que atuei, como por exemplo a morosidade para conseguir a realização de exames complementares e a falta de alguns insumos.

Assim, as atividades desempenhadas na plataforma, o projeto de intervenção e por fim o portfólio final me auxiliou no entendimento de todo processo da atenção básica, permitiu o compartilhamento de experiências e aprendizagem o que me motivou a aprender e buscar mais conhecimento e atualização nos temas para aplicar de fato na prática e em muitas vezes me auxiliou durante o atendimento no cotidiano da UBS, além de poder estimular um maior contato com a equipe de saúde da unidade em que atuo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CARROLI G, ROONEY C, VILLAR J. Who Programme to map the best reproductive health practices: how effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatric Perinat Epidemiol* 2001; 15(Sup 1): 1-42. 2.
2. DINKEVICH E, OZUAH PO. Well-child care: effectiveness of current recommendations. *Clin Pediatr* 2002; 41: 211-7.
3. VICTORA CG, BARROS FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. *São Paulo Med J* 2001; 119: 33-42.
4. Ministério da Saúde. Norma operacional de assistência à saúde – NOAS-SUS - 01/02. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2002.
5. DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, 2012.
6. CUNHA C L F e GAMA M E A. A VISITA DOMICILIAR NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE- Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. 336 pp

ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO



MARÍLIA ADRIA SERÊJO ARAÚJO

**A PREVENÇÃO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO NO TERRITÓRIO DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE TERRA PROMETIDA II EM TUCURUÍ-PA**

TUCURUÍ- PARÁ

2016

RESUMO

A proposta Interventiva deste projeto é desenvolver um trabalho com mulheres entre 17 e 31 anos, tratando da sífilis na gestação de moradoras da região. Segundo o MS (Ministério da Saúde) a sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, causada pelo *treponema pallidum*, uma espiroqueta de transmissão sexual ou vertical que pode causar respectivamente a forma adquirida ou congênita da doença. Seu diagnóstico e seu tratamento podem ser realizados com baixo custo e pouca ou nenhuma dificuldade operacional. No Brasil, a prevalência de sífilis em gestantes é de 1,6%. É estimado que 12 mil crianças nasçam com sífilis congênita. Entre os casos notificados em 2004, 78,8% das mães realizaram pré-natal. A sífilis na gestação requer intervenção imediata, para que se reduza ao máximo a possibilidade de transmissão vertical. É na realização do pré-natal que as pacientes, atendidas na unidade em que o trabalho se realiza, iniciam o tratamento. Portanto atenção às pacientes se torna fundamental para a mudança do quadro de sífilis congênita.

PALAVRAS-CHAVE: Prevenção; Gestação; Sífilis Congênita;

1. INTRODUÇÃO

O índice de casos de sífilis entre as gestantes vem aumentando a cada ano, considerando que a infecção pode ser transmitida ao feto a eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis Congênita é prioridade no estado do Pará, bem como em todo país. A Organização Mundial da Saúde (OMS), estima 1 milhão de casos de sífilis por ano entre as gestantes e preconiza a detecção e o tratamento oportunos destas e de seus parceiros sexuais portadores da sífilis.

Em referência a isso os trabalhos realizados na Unidade de Pronto Atendimento acontecem com o intuito de conscientização e prevenção da doença e são realizadas durante as consultas periódicas e também através de palestras para toda a comunidade.

Equipes se organizam para intervir com medidas preventivas tratando de assuntos como:

- Uso de preservativos;
- Diminuição do número de parceiros;
- Realização do pré-natal;
- Fornecimento de materiais de conscientização;
- Treinamento para equipes de saúde;
- Diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva e seus parceiros;

O objetivo é atingir o maior número de casos diagnosticados e tratados em tempo hábil, diminuindo também o risco de infecção.

2. PROBLEMA

Crescimento do número de casos de sífilis entre homens, não uso do preservativo, bem como à falta de diagnóstico e de tratamento em tempo hábil da gestante.

3. JUSTIFICATIVA

A unidade básica de saúde Terra prometida possui duas equipes de saúde da família, que atende um total de aproximadamente 25 gestantes, neste momento 2 foram diagnosticadas com sífilis gestacional, mas em outro momento já chegou a 9 gestantes diagnosticadas através da clínica e exame VDRL reagente no pré-natal no primeiro trimestre da gestação.

Durante os anos de 2015 a 2016 estes foram os casos recolhidos pela vigilância sanitária no município de Tucuruí.

ANO 2015 Município de Tucuruí			
DATA	01/01 a 31/12	01/01 a 30/6	01/07 a 01/10
CASOS	30	18	20

ANO 2016 Município de Tucuruí		
DATA	01/01 a 30 /6	01/01 a 30/10
CASOS	6	8

*De julho de 2015 a outubro de 2016 houveram 20 casos.

O Município de Tucuruí é composto por 23 Unidades básicas de saúde.

A equipe de saúde da família II da UBS do TERRA PROMETIDA atende aproximadamente 300 pacientes mensalmente. Esse é o número de pacientes tratados pela equipe.

UBS Terra Prometida 2015 2016		
ANO	2015	2016
CASOS	JUNHO 01	MAIO 02
TOTAL	03	

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Prevenir e identificar os casos de sífilis na gestação orientados ao diagnóstico precoce, do universo total de gestantes com sífilis da equipe de saúde da família do Terra Prometida II em Tucuruí-PA.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar a equipe para identificar e captar precocemente gestantes que se enquadram neste perfil;
- Melhorar o acesso e garantir a qualidade do atendimento das gestantes que necessitem de nova avaliação na Unidade de Saúde;
- Promover palestras educativas destacando os principais riscos desta patologia;
- Fomentar a prática de controle pressórico de consultas de pré-natal que deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo (grau de recomendação D);
- Municar as gestantes com a caderneta de controle pressórico pessoal;
- Realizar grupos de gestantes com sífilis na Unidade de Saúde para captar as principais dificuldades referidas por elas no seu plano terapêutico;
- Realizar cronograma para a reavaliação dessas gestantes caso detectadas com tal patologia.

5. REVISÃO DE LITERATURA

Existem algumas teorias sobre a origem da sífilis. Uma delas conta que a doença pode ter sido documentada por Hipócrates na Grécia Antiga, em 600 antes de Cristo. Outra diz que ela já era uma doença antiga no Velho Mundo, mas era confundida com lepra e sofreu mutações que a tornaram mais contagiosa no século 16. Na época, a doença foi descrita por algumas pessoas com detalhes nada agradáveis como feridas iguais a “furúnculos saltados como bolotas de cor verde escuro, acompanhados por um mau cheiro terrível e por dores tão severas que era como se o doente tivesse sido colocado em cima do fogo. Além das lesões, a doença causa ainda danos ao sistema nervoso, ao coração, ao cérebro, aos olhos e ossos, levando à morte em muitos casos (BORGES, 2014).

Os países jogavam a origem da doença uns para os outros. Por exemplo, os ingleses a chamavam de “mal francês”, enquanto os franceses a chamavam de “mal italiano” ou “doença napolitana”. Entre outras possíveis explicações para o surgimento da sífilis, existe ainda a que diz que ela evoluiu de uma doença menos virulenta que não era transmitida através de relações sexuais ou foi introduzida a partir da África. Um importante estudo de 2008 sequenciou o DNA da bactéria que causa a sífilis e seus parentes próximos, apontando que a origem é das Américas de vários milhares de anos atrás (BORGES, 2014).

A inclusão da sífilis na gestação como infecção sexualmente transmissível de notificação compulsória justifica-se por sua elevada taxa de prevalência e elevada taxa de transmissão vertical, que varia de 30 a 100% sem o tratamento ou com tratamento inadequado. A vigilância epidemiológica da sífilis na gestação tem como objetivo controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum*, acompanhar adequadamente o comportamento da infecção nas gestantes para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, prevenção e controle. É considerado caso de sífilis na gestação: toda gestante com evidência clínica de sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente, com qualquer titulação, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem (DE LORENZI et al., 2009). Em conformidade com a Resolução SS nº 41 de 24/03/2005, deverá ser oferecido teste não treponêmico (VDRL) na primeira consulta

de pré-natal para todas as gestantes, idealmente no primeiro trimestre de gestação e no início do terceiro trimestre. Na maternidade, realizar VDRL em toda mulher admitida para parto (nascido vivo ou natimorto) ou curetagem (após aborto). Nos casos de mães com VDRL reagente na gestação ou no parto, deverá ser colhido sangue periférico do recém-nascido para realização de teste não treponêmico e proceder à avaliação geral da criança com a solicitação dos exames de líquido, raio-X de ossos longos e hemograma. A droga de escolha para o tratamento da gestante considerada infectada é a penicilina, que atravessa a barreira transplacentária. Os tratamentos interrompidos devem ser reiniciados (DE LORENZI et al., 2009).

Pacientes com sífilis latente tardia são assintomáticos, apresentando apenas sorologia positiva nos testes treponêmicos e não treponêmicos (os títulos do VDRL podem ser baixos nessa fase da doença). O controle de cura deverá ser mensal e realizado por meio do VDRL, considerando resposta adequada ao tratamento o declínio dos títulos (BRASIL, 2008).

O tratamento da gestante será considerado adequado quando for completo conforme o estágio da doença. Importante anotar ou anexar na carteira da gestante o número do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, o resultado e datas das sorologias, bem como, a droga, a dose e a data do tratamento realizado na gestante e no seu parceiro. A gestante deve ser orientada para que tenha a carteira em seu poder no momento do parto. O desafio para a saúde pública é aumentar a cobertura e a qualidade do pré-natal, ampliar o diagnóstico laboratorial do *Treponema pallidum* e consequente tratamento durante o pré-natal e no momento do parto (BRASIL, 2008).

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2005).

É fundamental abordar a história de vida dessa mulher, seus sentimentos, medos, ansiedades e desejos, pois, nessa fase, além das transformações no corpo há uma importante transição existencial. É um momento intenso de mudanças, descobertas, aprendizados e uma oportunidade para os profissionais de saúde investirem em estratégias de educação e cuidado em saúde, visando o bem-estar da mulher e da criança, assim como a inclusão do pai e/ou parceiro (quando houver) e família, desde que esse seja o desejo da mulher. A unidade básica de saúde deve ser

a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, proporcionando a ela acompanhamento longitudinal de continuo durante a gestação.

Mesmo antes que a gestante acesse a UBS, a equipe deve iniciar a oferta de ações em saúde referentes à linha de cuidado materno-infantil. A equipe precisa conhecer ao máximo a população adscrito de mulheres em idade fértil e, sobretudo, aquelas que demonstram interesse em engravidar ou já tem filhos e participam das atividades de planejamento reprodutivo. É importante que a equipe atente para inclusão da parceria sexual na programação dos cuidados em saúde. Quanto maior vínculo houver entre a mulher e a equipe, quanto mais acolhedora for a equipe da UBS, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início precoce do pré-natal.

6. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo Clínico, onde estudaremos as gestantes com diagnóstico de sífilis buscando modificar a curto e médio prazo o estrato dessas gestantes. Utilizando o Sistema de Informações da unidade básica de saúde terra prometida II, onde são identificadas as gestantes já estratificados com estrato de risco, portadores de sífilis gestacional desde o primeiro trimestre ou já diagnosticadas anteriormente. Cada área de vigilância avaliados os prontuários de 10 pacientes e os mesmos são convidados para participarem da Consulta Coletiva, com retorno a nova atividade em 4 meses com o mesmo grupo de pacientes. Equipe da Consulta Coletiva, 1 médico, 1 enfermeiro, 1 Téc/Aux. Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde (ACS), 1 Nutricionista, 1 Psicólogo e/ou Assistente Social. É realizado 1 encontro com os pacientes, com duração de 1 hora e 30 minutos por mês para cada área de vigilância, com 1 hora restante para discussão e avaliação da equipe do encontro e planejamento do encontro do próximo mês, definindo papel e atribuições para cada um dos participantes. No encontro além da abordagem em educação em saúde deverão ser esclarecidas questões acerca da doença, forma de prevenção, orientações onde e como fazer o preventivo (PCCU) pelo menos anual e acompanhamento do pré-natal com médico e enfermeiros na unidade básica.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Em decorrência do número de casos encontrados na unidade básica de saúde: Terra prometida, iniciou-se este estudo em detrimento à idade na primeira relação sexual e na primeira gravidez por consequência. A idade menor a 17 anos na primeira gravidez esteve fortemente associada à positividade do VDRL. Esta associação indica a necessidade de ampliar as ações de planejamento familiar para a população adolescente. Os resultados também reforçam a necessidade de se investigar a história pregressa de DST, um importante marcador de vulnerabilidade. Foram associados a maior risco de VDRL positivo o relato de sífilis e outras DST anteriormente à gravidez atual, assim como o resultado positivo para anti-HIV. Associa-se a isso o fato de que 54% das puérperas relataram nunca ter utilizado preservativo na relação sexual. Este é um resultado inquietante, principalmente considerando todos os esforços de prevenção que vêm sendo desenvolvidos ao longo das duas últimas décadas para controlar a epidemia de AIDS. É necessário que os serviços de saúde repensem o desenvolvimento de ações de educação e prevenção à infecção pelo HIV/AIDS e outras DST junto a esse segmento populacional.

Os trabalhos realizados na unidade acontecem com o intuito de prevenção da doença e conscientização da população quanto ao uso de preservativo, diminuição de parceiros, realização de pré-natal, diagnóstico precoce em mulheres na idade reprodutiva e seus parceiros e palestras. Espera-se que com essas ações possa diminuir casos com a doença para evitar consequências graves no feto como cegueira, surdez, retardo mental, lesões ósseas entre outras complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
3. DO PROGRAMA, Coordenação. Sífilis congênita e sífilis na gestação. Rev Saúde Pública, v. 42, n. 4, p. 768-72, 2008.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis. ano 4, n. 01. Brasília, 2015 a.
5. DE LORENZI, DRS. et al. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. Femina, v. 37, n. 2, p. 83-90, 2009.
6. BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde SES-SP. Serviço de Vigilância Epidemiológica; Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP; Coordenadoria de Controle de Doenças CCD. Sífilis congênita e sífilis na gestação. Rev Saúde Pública, v. 42, n. 4, p. 768-72, 2008.
7. MAGALHÃES, DMS et al. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. Comun. ciênc. saúde, v. 22, n. sup. esp. 1, p. 43-54, 2011.
8. BORGES, Claudia. Sífilis: Descubra quando essa doença surgiu e se espalhou pelo mundo. 2014. Disponível em: <<https://www.megacurioso.com.br/historia-e-geografia/58721-sifilis-descubra-quando-essa-doenca-surgiu-e-se-espalhou-pelo-mundo.htm>> Acesso em 14 de maio de 2017.

ANEXOS



Palestra realizada na UBS (antiga instalação), Outubro Rosa, Dra. Marília Adria Serejo Araújo, alertando às gestantes a respeito da sífilis gestacional;