

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Angel Damian Dominguez Hernandez

PORTFÓLIO FINAL

ACARA-PA
2018

Angel Damian Dominguez Hernandez

PORTFÓLIO FINAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do Professor Dr. Diego Azevedo Conte de Melo, médico de família e comunidade.

**ACARA-PA
2018**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	04
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	06
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	10
4. VISITA DOMICILIAR.....	13
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	17
REFERÊNCIAS.....	20
APÊNDICE 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	21

ATIVIDADE 1- INTRODUÇÃO

Meu nome é Angel Damian Dominguez Hernandez, tenho 45 anos, sou Cubano, moro na cidade Las Tunas, sou Medico. Minha formação profissional foi na Universidade Medica da Província Las Tunas em Cuba no ano 1995, tenho 22 anos como profissional medico, após a formação fiz um post-graduação, a especialidade de Medicina Geral Integral em 1999. Desde minha formação eu trabalho na APS em consultórios das comunidades em Cuba e em Venezuela. Aqui no Brasil trabalho inserido no programa Mais Médicos, sendo alocado no município Acara do estado Pará. Aqui trabalho na ESF Cacoal a que fica no bairro do mesmo nome da cidade Acara e atende as pessoas que moram neste populoso bairro.

Na ESF Cacoal são atendidas 4164 pessoas as que moram na área de abrangência o seja no bairro Cacoal, a maioria das pessoas tem um nível cultural baixo já que tem 6to grau ou menos de escolaridade, na população predominam as raças branca e mestiça. As profissões que mais tem na comunidade são labradores da terra e comerciantes, além de ter professores e técnicos de enfermagem. Nossa população se movimenta geralmente em motos já que o terreno da cidade e irregular tendo muitas lombadas, além de que a cidade só tem asfalto nas ruas principais.

Em nossa área de abrangência estão baseadas as seguintes estruturas comunitárias; 3 escolas de ensino fundamental, 1 escola de ensino médio e 4 Igrejas Evangélicas de diferentes congregações, com estas estruturas nossa equipe trabalha para melhorar a saúde da nossa população.

Em nossa ESF as doenças mais atendidas são as doenças parasitárias intestinais, as respiratórias agudas, as digestivas agudas e as doenças sexualmente transmitidas. Fazemos também atendimento pré-natal às gravidas (media de 25 por mês), atendimento de puericultura (media de 14 por mês), atendimento a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis, além do atendimento de outras doenças ou acidentes.

Na população dentro da área de abrangência da ESF as doenças que tem maior prevalência são a Hipertensão Artéria Sistêmica com um 6,03 % dos pacientes de mais de 15 anos e a Diabetes Mellitus com um 1,32 % de prevalência da população total. Em nossa ESF nos atendemos 2 pacientes com Tuberculose, 6 com Hanseníase e 2 soropositivos de HIV, além de outros pacientes com outras doenças.

A pesar de que o trabalho em nossa ESF esta bem estruturada e cada membro da equipe faz sua parte no desempenho da equipe mesma temos que destacar que nosso município não conta com estruturas básicas para o funcionamento da APS como são o NASF e as redes de atenção em saúde, também os atendimentos e os convênios com as especialidades não são regulais por o que há pacientes que tem que esperar meses para ser atendidos por algum especialista.

Como nosso principal problema de saúde nossa equipe reconheceu-o a alta incidência de doenças sexualmente transmitidas, por o que elaboramos um projeto de intervenção visando aumentar o conhecimento da população destas doenças e diminuir sua incidência.

ATIVIDADE 2 - ESTUDO DE CASO CLINICO

ESF Cacoal, Acara-PA

Identificação:

Nome: F.R.G.S

Idade: 49

Sexo: Feminino

Escolaridade: Ensino fundamental

Religião: Sem religião

Estado civil: Solteira

Profissão: Desempregada

Residência Atual: Travessa Ernesto Geisel No. 186 no Bairro Cacoal na cidade
Acara

QUEIXA PRINCIPAL:

Corrimento vaginal amarelo

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

Paciente que tem antecedentes de Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial por o qual leva tratamento com dieta e os seguintes comprimidos, Metformina (850 mg) 2 comprimidos ao dia, Glibenclamida (5 mg) 3 comprimidos ao dia, Losartana (50 mg) 2 comprimidos ao dia e Hidroclorotiazida (25 mg) 1 comprimido ao dia.

Ela vem à consulta o dia 29/05/2017 com a queixa de corrimento vaginal amarelo, fluido e com mau cheiro, além disso, tem prurido vulvar, refere que ela tem o mesmo parceiro faz tempo, não tem outra queixa, referendo a nossas perguntas que estava fazendo o tratamento para suas doenças crônicas de forma direita todos os dias.

Ao fazer lê triagem apresento:

Peso: 62 kg

Estatura: 1,65 metros

PA: 150/100

Temperatura: 36,2 graus

Ao interrogar mais á paciente, ela refere que alguns dias não apresentado cefaleias e tonturas, nas noites principalmente.

Ao exame físico além da PA alta não tem outra sinai (na ESF não temos recursos para fazer o exame físico ginecológico).

Depois indicamos tratamento:

1. Captopril, 25 mg, 1 comprimido via oral na hora para baixar a PA, após 1 hora, já tניה a PA em 130/80.
2. Acompanhamento da PA todos os dias de segunda a sexta na manha na ESF (ela mora perto da ESF).
3. Indico exames: Hemograma, EAS, Glicemia, Colesterol, Triglicerídeos, Hemoglobina glicada, Ureia, Creatinina e Acido úrico.
4. Metronidazol + Nistatina em creme vaginal a aplicar nas noites na vagina por 10 noites.
5. Tratamento para o parceiro com metronidazol um comprimido de 8/8 horas por 7 dias.
6. Agendo consulta para 2 semanas.

Volta o dia 12/06/2017 com o resultado dos exames e com o acompanhamento da PA, refere ademais que ainda fica igual já que mantem o corrimento vaginal e o prurido com as mesmas características e as tonturas e dores de cabeça se mantem igual.

Ao fazer lê triagem apresento:

Peso: 62 kg

PA: 150/95

Temperatura: 36,0 graus

Os exames mostram; glicose em 142 g/dl e colesterol em 388 g/l, o resto dos exames ficou dentro de limites normais. Ela nos mostra o acompanhamento da PA o qual e o seguinte:

30/05 - 140/100 mm de Hg

31/05 - 150/90 mm de Hg

01/06 - 140/90 mm de Hg

02/06 - 150/105 mm de Hg

05/06 - 140/90 mm de Hg

07/06 - 150/100 mm de Hg

08/06 - 150/100 mm de Hg

09/06 - 130/90 mm de Hg

Tendo em conta os resultado dos exames e o acompanhamento da PA lê indico:

1. Bacterioscopia Vaginal.
2. Manter e ainda fazer mais seriamente a dieta de diabético.
3. Comer alimentos que não tenham colesterol.
4. Começar tratamento com enalapril de 10 mg, 1 comprimido duas vezes ao dia.
5. Manter tratamento com Losartana e Hidroclorotiazida.
6. Simvastatina de 20 mg, 1 comprimido as 21.00 horas por 90 dias.
7. Voltar novamente em 7 dias para avaliar a bacterioscopia vaginal.
8. Manter acompanhamento da PA duas vezes por semana.

Volta a consulta o dia 26/06 referendo que já não tem dores de cabeça nem tonturas, mais mantém o corrimento igual. A bacterioscopia vaginal mostra a presença de diplococos gram-negativos (Gonococo) intra e extracelulares e o acompanhamento da PA mostrou valores de 130/80 e 120/80 mm de Hg. Então indico tratamento com azitromicina de 500 mg, 2 comprimidos em dose única para ela e para o parceiro e agendo uma entrevista com os dois membros do casal para terça (27/06) na tarde (14.00 horas).

A entrevista a fazemos primeiro individualmente e depois com o casal, individualmente nosso objetivo é conseguir os contatos de cada um, e interrogar a o parceiro (C.F.S.) sobre sim tem sintomas ou não, ele refere que tem faz dias quase um mês uma secreçãozinha amarela que e pouca, com um leve ardume na uretra ao urinar, sem outra queixa; ele falou que teve um relacionamento com uma menina faz um mês, mais que nunca antes ficou por fora de seu relacionamento, referendo também que ela não conhece seu nome, mais pode localiza-la por que conhece onde mora. A parte da entrevista que foi com os dois juntos foi para dar-lhes aconselhamento sobre as DST e para a indicação de exames de VDRL, o teste de HIV e os testes para Hepatite B e C.

Uma semana depois volta a consulta nossa paciente para mostrar os exames dela e de seu parceiro, os que foram negativos, além refere que depois do tratamento com azitromicina em só 3 já não tenha corrimento, igual que seu marido

Nas ultimas duas consultas F.R.G.S. teve PA dentro de limites normais, referendo que estava fazendo a dieta de forma certa e direita. Por ultimo concluímos o caso como uma paciente diabética e hipertensa com a PA não controlada, com síndrome de corrimento vaginal causado por gonorreia e hipercolesterolemia secundaria. Ficando ela em controle da HAS (com adiconamento de um novo medicamento), Curada da gonorreia com tratamento a ela e seu parceiro e em tratamento para a hipercolesterolemia com dieta e sinvastatina (Ficou agendada uma consulta em três meses para seu acompanhamento).

ATIVIDADE 3 - PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

ESF Cacoal, Município Acara-PA

Eu me desempenho como medico na ESF Cacoal onde comece a trabalhar no dia 5 de dezembro de 2016, nesse dia mesmo eu dei conta de que no posto de saúde a maioria das ações de saúde eram curativas e não preventivas por o que junto a toda a equipe de trabalho estabelecemos estratégias para reverter isto já que as principais ferramentas que temos no dentro da APS são a promoção da saúde e a prevenção. As principais praticam onde mais aplicamos estas ferramentas é o atendimento pré-natal, de puericultura, e de hiperdia, além de outras como e a saúde mental.

De acordo com Buss, Ferreira e Zancan (2002) no referente a os conceitos da promoção e a prevenção, eles expressam que:

A promoção da saúde está relacionada a aspectos globais da comunidade – com maior expressividade fora da prática biomédica –, e a prevenção das doenças é uma atividade eminentemente biomédica. Estas duas noções baseiam-se em duas concepções ou paradigmas diferentes. A prevenção, por exemplo, está calcada na concepção de risco ou de probabilidade de se tornar doente, direcionando seus estudos e intervenções a grupos restritos. A promoção da saúde é antes de tudo um movimento social e de profissionais de saúde que, inicialmente, era entendido e caracterizado como um nível de atenção da medicina preventiva. Hoje, é compreendido mais em um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado.

Em tanto Carvalho (2008) refere-o que:

A estratégia da promoção da saúde é integral na medida em que procura criar e fortalecer elos entre diversos setores e programas, não apenas dentro do chamado “setor de saúde” propriamente dito, mas envolvendo também outras agências de governo, organizações não governamentais e movimentos sociais. Assim, todos os setores da sociedade devem compartilhar a responsabilidade no esforço de proteger e cuidar da vida humana, promovendo saúde e qualidade de vida para todos.

Baseados nestes conceitos nas praticas de acompanhamento pré-natal e de puericultura desenvolvemos mais a promoção de saúde a qual vá enfocada a indivíduos sadios (sem uma doença especifica) para que troquem costumes e crenças prejudiciais para sua saúde por praticas muitos mais saudáveis e assim evitar desenvolver alguma doença. Em tanto no caso do atendimento a os pacientes com doenças mentais a ferramenta utilizada é a prevenção de complicações e sequelas.

Para exemplificar que ações têm feito no posto e as propostas nas atividades utilizarem **o acompanhamento de Puericultura**.

Neste caso a principal costumes das mães era a crença de que este tipo de acompanhamento só podia ser feito por pediatras e não por médicos gerais, causa por o que não se fazia atendimento deste tipo. Por o que eu leve a proposta à equipe para desenvolver estratégias de conscientização ao respeito, começando com as mães das crianças de menos de um ano, para num segundo momento conscientizar a mães das crianças de um ano em adiante, nestas estratégias foi muito importante o trabalho mãe a mãe dos ACS. Após desenvolver este trabalho educativo a equipe esta fazendo mais de 20 atendimentos mensalmente tanto de crianças de menos de um ano como da aquelas maiores desta idade.

As atividades de promoção de saúde feitas nas consultas mesma são feitas segundo a idade da criança, para exemplificar estas atividades as descreveremos por idades:

De 0 a 6 meses: Aconselhamento sobre.

1. O leite materno e sobre aleitamento materno exclusivo. (este aconselhamento começa já no atendimento pré-natal).
2. Costumes e reflexos normais do recém-nascido e lactente.
3. Higiene da mãe e da criança.
4. Sintomas e doenças mais frequentes nesta idade.
5. Acompanhamento á crianças no posto de saúde.
6. Vacinação.

De 6 a 12 meses: Aconselhamento sobre.

1. Alimentação suplementar, características e frequência dos alimentos.
2. Desenvolvimento Neuro-psico-motor segundo a idade.
3. Acidentes nas crianças e como evita-los.
4. Sintomas e doenças mais frequentes nesta idade.

De 1 a 5 anos: Aconselhamento sobre.

1. Alimentação e suas caraterísticas.
2. Acidentes nas crianças e como evita-los.
3. Desenvolvimento Neuro-psico-motor segundo a idade.

4. Sintomas e doenças mais frequentes nesta idade.

De 6 a 18 Anos: Se faz aconselhamento de acordo a idade da criança sobre.

1. Desenvolvimento Psicomotor segundo a idade. (na adolescência se fala sobre o processo de crescimento que acontece nesta idade, a puberdade).
2. A necessidade de ensino e a assistência às escolas.
3. Sintomas e doenças mais frequentes nesta idade.
4. Relacionamento sexual, doenças sexualmente transmitidas e gravidez precoce (etos temas se falam a crianças adolescentes e seus pais).
5. Consumo de substancia como drogas ilícitas, cigarro e álcool (estas palestras se oferecem a indivíduos adolescentes).

No caso das atividades de prevenção secundaria se fazem em aquelas crianças que pelo menos tem algum risco para sua saúde com o objetivo de evitar que enfermem, por exemplo, nos baixos pesos ou desnutridos nos falamos a os pais sobre doenças frequentes como parasitismos intestinais e doenças respiratórias e sobre preparação e higiene dos alimentos.

As atividades de prevenção terciariam as fazemos em aquelas crianças que já tem alguma doença estabelecida para evitar complicações e/ou sequelas, por exemplo, em aquelas crianças diabéticas onde fazemos aconselhamento a sobre a dieta e sobre a importância do controle metabólico.

Assim ficam expostas a maneira que a equipe do ESF Cacoal faz as atividades de promoção e prevenção de saúde em seus distintos níveis no caso do acompanhamento de puericultura e saúde da criança e o adolescente.

ATIVIDADE 4 - VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

A Política Nacional de Atenção Domiciliar define a atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde” (BRASIL, 2013).

Tendo em conta que a atenção primária de saúde (APS) constitui a porta de entrada ao sistema e uma das características próprias é a Visita domiciliar para a qual nos para efetiva-las enfrentamos desafios nas estratégias de saúde da família (ESF) e unidades básicas da saúde (UBS) onde trabalhamos.

Segundo BEZERRA, 2009:

A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos. Compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares deve visar ao impacto nas formas de atuação dos profissionais, permitindo novas demarcações conceituais e, conseqüentemente, o planejamento das ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem.

Por em quanto, CUNHA, 2009 refere sobre a visita domiciliar.

Para a ESF, a visita domiciliar é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Estabelece o rompimento do modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional tecnocrática e de pouca interação com o usuário, voltando-se à nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar.

Na ESF Cacoal, alocada no bairro Cacoal do município Acara do estado Para as visitas domiciliais tem uma grande importância tendo em conta a alta porcentagem de pessoas idosas o qual acarreta o ter muitas pessoas com critérios para ser visitadas em seu domicilio.

Assim, deve-se considerar como critérios gerais, segundo CUNHA, 2009:

- Situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde (morte súbita do provedor, abandono de um dos genitores, situação financeira crítica, etc...).
- Situação ou problema crônico agravado.
- Situação de urgência.

- Problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde.
- Problemas de acesso à unidade (condições da estrada, ausência de meios de transporte, etc...).

A área de abrangência da nossa ESF inclui além da toda a população do bairro Cacoal a população que mora na vera da rodovia PA 252 desde o Km 1 até o Km 9 por o que temos tanto população urbana como rural. A planificação para fazer as visitas domiciliares é feita na reunião da equipe, ali se planeja com tempo a través da identificação pelos ACS dos casos que precisam ser visitados os quais devem estar incluídos entre as pessoas que tem critérios para este tipo de atendimento. Geralmente nos fazemos a visita domiciliar as quintas feiras na manhã para aqueles casos que tem alguma doença incapacitante de longa evolução e as terças na tarde (de 14.00 até as 17.00) são atendidos em suas casa as pessoas com doenças agudas e as grávidas e lactentes de riscos que por seu estado o precisem. As visitas também são aproveitadas para fazer vacinação de aquelas pessoas que são visitadas, segundo o esquema de vacinação.

Para a realização do atendimento domiciliar são fundamentais os ACS já que eles além de serem os integrantes das equipes que trabalham nas ruas bem perto da população são quem fazem a proposta da visita e são quem conduzem ao resto da equipe (em nosso caso o médico, a enfermeira, o odontólogo, a técnica de odontologia e a técnica de enfermagem). Eu acho que resultaria impossível uma visita domiciliar sem a presença deles. Da função dos ACS na equipe de saúde BATISTA, 2009 refere:

Perante essa equipe multiprofissional, é de responsabilidade do ACS ações de prevenção e promoção, promover a educação à saúde e mobilização comunitária para melhorias do meio ambiente, com ações de saneamento básico e incentivo à participação da comunidade, informar e direcionar a comunidade acerca dos serviços de saúde existente e como utilizá-los realizando, assim, ações de promoção social e desenvolvimento da cidadania, mapear sua área de abrangência (micro área) e cadastrar e realizar acompanhamento constante através de visitas domiciliares individuais ou coletivas.

Para exemplificar uma visita domiciliar de nossa equipe nos referiremos à acontecida no dia 23 de novembro de 2017, essa quinta estava planejado visitar 6 pacientes que moram na área de abrangência da ACS Viviane Afonso que fica a mais menos 2 km do posto, mais a secretaria de saúde só dispus transporte por 2 horas por o que decidimos visitar a os dois pacientes mais necessitados, o primeiro em ser consultado em sua casa foi o senhor J. S. O. T. de 52 anos o que é

cadeirante por uma paraplegia, após uma queda dum cavalo faz 11 anos, ele além de seu estado que tem critério para a visita também solicito a sua ACS ser visitado por ter lesões extensas na pele; Nos após chegar a sua casa e cumprimentar ló, fizemos uma anamnese ampla sobre suas doenças e sobre novas queixas, na entrevista estavam presentes sua esposa e um filho do casal, após a anamnese fizemos a aferição da temperatura, a pressão arterial o pulso e a frequência respiratória para logo fazer o exame físico, no mesmo encontramos a paraplegia e uma dermatite crônica nos membros superior, no peito e nos membros inferior, com lesões de rascado e com sobre infecção por fungos em algumas partes das lesões por dermatite, logo fizemos uma observação da vivenda e finalmente fizemos ações de promoção e prevenção da saúde e indicamos tratamento com cremes para a dermatite e para o fungo, agendando acompanhamento para a primeira frequência de a visita domiciliar do ano 2018.

Seguidamente visitamos á senhora V. S. S. de 71 anos que tem antecedentes de Hipertensão arterial sistêmica (HAS), perda da audição e dificuldade para a marcha, para a HAS toma losartana de 50 miligramas um comprimido ao dia, ela mora com uma neta de 14 anos a que estava presente no momento do atendimento, após o cumprimento fizemos a anamnese a qual arrojo que ela tência dor da cabeça e tonturas quase constantemente, sem outra queixa, após a anamnese fizemos a aferição da temperatura, a pressão arterial o pulso e a frequência respiratória para logo fazer o exame físico, no que encontramos a pressão arterial elevada em 170/105 mm de Hg, batimentos cardíacos arrítmicos e edemas, logo fizemos a observação da casa e finalmente decidimos encaminha-la para o Hospital para o tratamento da urgência hipertensiva que apresentava no momento, por o que oferecemos nosso carro para seu traslado, a equipe decidiu fazer uma nova visita em uma semana a qual foi impossível por que ela viajou para outro município para casa de uma filha.

Com a descrição de esta visita domiciliar exemplificamos grosso modo o que acontece em nossas visitas domiciliar, em ela queda demonstrado o principal problema para a realização deste tipo de atendimento tão importante para nossas populações, o qual e o transporte, já que a secretaria de saúde só dispõe transporte para fazer o 50 por cento das visitas, o seja dois frequência por mês, o que coincide com o estudo de SAVASSI, 2016. Sendo uma frequência muito baixa para uma população de mais de 4000 pessoas. No caso da ESF Cacoal o principal desafio

para a realização do atendimento domiciliar depende do ente superior neste caso a secretaria municipal de saúde, ate o momento nunca dependi-o dos profissionais da equipe os quais sempre estamos prestos para fazer as visitas e resolver ou melhorar as doenças e queixas de nossos pacientes.

ATIVIDADE 5 - REFLEXÃO CONCLUSIVA

Eu medico cubano que chegue a Brasil para trabalhar contratado como medico estrangeiro no Programa Mais Médicos para o Brasil e que tenho 22 anos de experiência em minha profissão, deles 18 sendo especialista em Medicina Geral Integral, que e a equivalência cubana da especialidade Medicina de Família e Comunidade tem sido uma experiência muito importante este curso de especialização, além de muitas coisas por dos principalmente, me ensino a trabalhar no contexto da atenção primaria de saúde (APS) no Brasil e com ele aprende novos conteúdos muitos atualizados sobre a APS mesma e sobre algumas doenças frequentes em Brasil.

No começo resulta chocante para um especialista em APS ter que fazer um curso de especialização de APS de forma obrigatória para trabalhar no programa, mais desde o inicio mesmo me resulto interessante para mim a historia da saúde publica no Brasil e a forma como o povo conseguiu-o o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), logo no referente ao funcionamento do SUS como sistema e muito interessante como muitos conceitos são parecidos aos por mim conhecidos, mais com uma perspectiva nova, particular, diferente que fazem o SUS Brasileiro único no mundo.

Eu chegue a Brasil no mês de julho de 2016 e no mês de agosto comese a trabalhar, no início minha fala era toda errada por o que ficava difícil que os pacientes me entenderam, mais pouco a pouco foi adaptando-me ao sotaque desta região conseguindo posteriormente uma comunicação ótima com eles. O curso de especialização em saúde da família para nos começo no novembro de 2016 com a primeira aula presencial.

Resulta indiscutível quanto pode se aprender no curso, quantas ferramentas ele vai oferecendo que ajudam ao correto desenvolvimento do trabalho nas UBS e ESF. Umas das particularidades do curso é sua adaptação a cada grande região Brasileira onde as populações têm características próprias. Em cada módulo da para conhecer quais são as diferentes realidades de cada uma das populações onde trabalham cada um dos integrantes da turma o qual se logra com a interação entre os alunos a traves dos fóruns. Eu aprendi também que tem situações nos municípios que são resolvidas de formas diferentes em dependência do grau de

desenvolvimento do mesmo. Aprendi também como se estabelecem as diretrizes e estratégias de trabalho em cada nível hierárquico (federal, estadual e municipal).

Para mim também resulto muito novo a concepção do curso, por internet o seja on-line sendo a primeira vez que eu recebo alguma docência por esta via, no começo, aprender a navegar na plataforma Moodle foi um pouco complicado e algumas vezes minha internet ficava fraca para desenvolver as atividades e baixar conteúdo, por o que tive que melhorar a qualidade do mesmo, mais posteriormente o curso foi desenvolvido sem dificuldade.

Outra novidade para mim e que me ajuda muito em meu dia a dia nos posto de saúde e o modelo SOAP para o atendimento dos pacientes que consiste em a queixa principal e a História da doença atual como a S (Subjetivo) o Exame físico e os resultados dos exames complementares é a O (Objetivo) a hipóteses diagnósticas é a A (Avaliação) e a conduta e tratamento e a P (Plano). O modelo me ajuda muito na poupança do tempo em cada consulta, além de que todos os dados necessários para uma boa consulta ficam recolhidos no prontuário.

Além das mudanças já descritas em meu trabalho também a agenda de trabalho de toda a equipe tive no curso um motivo para a troca, já que de quase não ter nenhuma planificação para a agenda de trabalho, já temos a planificação do trabalho da toda a semana, onde se incluem os atendimento de hiperdia, puericultura, idosos, pre-natal e doenças transmissíveis.

Os conhecimentos sobre todo o relacionado com a epidemiologia na APS foram muito importantes para mim como medico e para o trabalho na ESF, fale-se das notificações de doenças e agravos, sobre a vigilância sanitária, sobre vacinação e sobre os controles dos casos de doenças transmissíveis, entre outras as que no final vão a melhorar a saúde de nossa população.

Uma das etapas do curso que mais conhecimentos aportam em geral para os alunos como profissionais e em particular para o funcionamento da APS e o Eixo 2 onde a traves dos casos clínicos complexos (para mim uma forma muito didática de apresentar os conteúdos) são abordadas todas as doenças mais frequentes na APS, assim como os fatores de risco para a saúde como são o habito de fumar, o alcoolismo e o consumo de drogas entre outros.

O curso também nos ajuda a fazer um diagnostico da saúde de nossa comunidade, encontrando diante a utilização dos recursos proporcionados por este curso os principais problemas que afetam á comunidade do bairro Cacoal do

município Acara do Para. Foi assim que encontramos o problema que mais afeta á comunidade que são as doenças sexualmente transmissíveis as quais tem uma alta incidência por o que fizemos a proposta dum projeto de intervenção (tipo de trabalho que este incluído dentro dos conhecimentos aportados por o curso) para diminuir este tipo de doenças, a proposta foi aprovada e apresentada (presentada também como parte do curso) e já a intervenção esta em andamento. Isto mostra o importante que para o correto funcionamento da ESF é o curso de especialização.

Não cabe duvida para mim que após todo o apreendido no curso estou muito melhor preparado para o trabalho na unidade de saúde, utilizando as ferramentas por ele oferecidas que fazem melhor o processo de atendimento à população. Além disso, com os conhecimentos adquiridos poço colaborar com o município aportando ideias para a abertura de estruturas da APS que ainda não estão presente aqui como são o NASF e a casa dos idosos. Também poço contribuir com a preparação dos outros colegas de trabalho. Finalmente eu agradeço muito ser parte deste importante curso de especialização em medicina da família e a comunidade.

REFERENCIAS

BATISTA, Júlio César. Et al. **Agente comunitário de saúde: Percepções na estratégia saúde da família**, 2009. Disponível em:
[Http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/16377/10858](http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/16377/10858). Acesso em: 26 dez. 2017.

BEZERRA, Adriana.; MAGALHÃES, Maria Lúcia. **Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil**, 2009. Cad. Saúde Pública vol.25 no.5 Rio de Janeiro-maio 2009. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-11X2009000500017>. Acesso em: 30 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013**. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 21 dez. 2017

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil**, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):4-5, jan, 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/00.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2017.

CUNHA, C L F.; GAMA, M E A. **A visita domiciliar no âmbito da atenção primaria em saúde**, 2009. Disponível em:
http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/A_VISITA_DOMICILIAR_NO_MBITO_DA_ATENO_PRIMRIA_EM_SADE.pdf. Acesso em: 25 dez. 2017

MONKEN, Mauricio.; BARCELLOS, Christovam. **O Território na Promoção e Vigilância em Saúde, Promoção, Prevenção e Vigilância da Saúde: conceitos e estratégias**, 2008. Disponível em:
http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=2&capitulo_id=22&autor_id=&arquivo=ver_conteudo_2. Acesso em: 18 nov. 2017.

SAVASSI, L C M. **Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde**, 2016. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-12. Disponível em:
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1259](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259), Acesso em: 20 dez. 2017

APÊNDICE 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO
ALEGRE**

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

Angel Damian Dominguez Hernandez

PROJETO DE INTERVENÇÃO

**DISMINUIÇÃO DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMITIDAS NA
POPULAÇÃO DA ESF CACOAL**

Porto Alegre, junho de 2017

RESUMO

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde pública mais comum no Brasil e em todo o mundo, sendo atualmente considerado o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV, além sim não forem diagnosticadas e tratadas adequadamente podem desenvolver complicações perigosas como disfunção sexual, esterilidade, aborto, malformações congênitas e câncer, como o câncer de colo uterino e de pene. Após a realização do diagnóstico situacional, por ocasião no Módulo de Planejamento e gestão em Saúde do Curso de especialização do programa mais médicos da UFCSPA, a Equipe de Saúde da Família verificou que as Doenças Sexualmente Transmissíveis constituem um dos principais problemas de saúde da comunidade pertencente á Estratégia de Saúde da Família Cacoal, possíveis de intervenção. Neste sentido, foi planejado um Projeto de Intervenção cujo objetivo é reduzir a incidência das doenças sexualmente transmissíveis na área de abrangência da ESF Cacoal no município Acara / Para. Para a elaboração do Projeto de Intervenção foram utilizados os quatro momentos do Planejamento Estratégico Situacional, descritos no Módulo citado acima (ARTMANN, E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial). Foram coletados dados no banco de dados municipais do SIAB e no Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais na Secretaria municipal de saúde. Foi realizada também, revisão de literatura utilizando sites de busca, tais como: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), UNA-SUS, Portal Brasil, Portal ENSP e publicações do Ministério da Saúde. Espera-se que com este trabalho aumentem os conhecimentos e a conscientização da população sobre as DST o qual trará resultados positivos à saúde e seus sujeitos.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	04
2. OBJETIVOS.....	05
2.1. OBJETIVO GERAL.....	05
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	05
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	06
3.1. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).....	06
3.2. Promoção e Prevenção em saúde.....	08
4. METODOLOGIA.....	10
5. CRONOGRAMA.....	12
6. RECURSOS NECESSÁRIOS.....	13
7. RESULTADOS ESPERADOS.....	14
8. REFERÊNCIAS.....	15

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Cacoal, localizada ao noroeste do Bairro Cacoal, na cidade Acara, atende a uma população de 4088 pessoas. A mesma foi inaugurada nos meses de setembro e outubro do ano 2015 para atender a população do bairro Cacoal de Acara e áreas adjacentes, como os km 3 e 5 da rua PA - 252. Em nossa área de abrangência temos o 42,1 por cento da população em idade entre 12 e 59 anos, o seja são que podem estar sexualmente ativas. Nos últimos 6 meses do ano 2016 aconteceu um incremento dos casos de doenças sexualmente transmitidas (DST), incremento que foi de 39 casos mais que o primeiro semestre desse ano, e as principais doenças foram as vaginites. Ao fazer a reunião da equipe de saúde da ESF Cacoal se determinou que o incremento da incidência das DST constitui o principal problema de saúde de nossa população. As Doenças Sexualmente Transmissíveis estão entre os problemas de saúde pública mais comuns no Brasil e em todo o mundo, sendo atualmente considerado o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV. Se não forem diagnosticadas e tratadas adequadamente, determinadas DST poderão desenvolver complicações como disfunção sexual, esterilidade, aborto, malformações congênitas e câncer, dentre outros problemas de saúde podendo até mesmo, levar ao óbito.

Neste sentido a equipe de saúde concertou elaborar um Projeto de Intervenção cujo objetivo geral é reduzir a incidência das doenças sexualmente transmissíveis na área de abrangência da ESF Cacoal do município Acara, estado Pará, diante a educação sanitária da população em risco destas doenças para melhorar os conhecimentos sobre as DST e como evitá-las, e promover assim uma melhoria na saúde e na qualidade de vida da população.

O trabalho será realizado em 6 momentos: Apresentação da proposta ao equipe de saúde, Criar grupos para o desenvolvimento das ações educativas, organização dos critérios de inclusão da população em risco de DST, Educação sanitária em três momentos oferecendo conhecimentos sobre DST, Aplicação de um teste final para avaliar os conhecimentos da população incluída no estudo e elaboração do informe final.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Elaborar um Projeto de Intervenção para redução da incidência das doenças sexualmente transmissíveis na área de abrangência da ESF Cacoal, Município Acara-PA.

2.2. Objetivos específicos

- Aumentar os conhecimentos sobre as DST e sua profilaxia.
- Criar grupos para o desenvolvimento das ações educativas.
- Interagir com o Programa de Saúde da Escola para o desenvolvimento de ações educativas.
- Elaborar um plano de educação em saúde permanente sobre DST.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)

Segundo o Ministério da Saúde, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) encontram-se entre os dez motivos principais de procura por serviços de saúde no mundo, por isso constituem-se agravos de grande importância para a saúde pública (OMS, s.d. *apud* BRASIL, 2008a)

Nos últimos anos, provavelmente devido a alta transcendência da aids, o trabalho com as outras DST, doenças que facilitam a transmissão do HIV, passou a ter redobrada importância e a promoção e a prevenção destas doenças são um arma fundamental deste trabalho.

Ainda de acordo com o autor, embora as DST sejam consideradas como um dos problemas de saúde mais comuns no mundo, no caso do Brasil sua magnitude e transcendência ainda são mais amplamente desconhecidas, devido a imensa extensão territorial e marcantes diferenças regionais (BRASIL, 2008a).

O autor aponta também que o conhecimento sobre a prevalência das DST constitui:

“[...] um indicador de vital importância para gestores e gerentes dos programas de prevenção e controle nos níveis local e nacional, visto que esse dado permite avaliar se essas doenças representam ou não um ônus relevante para os serviços de saúde, e com base nisso tomar decisões para intervenções de importância ou advogar pela alocação de novos recursos humanos, materiais e financeiros” (BRASIL, 2008a, p. 21).

Por tanto, o conhecimento e compreensão das DST, que incidem em homens e mulheres, sejam eles jovens ou maduros e pertencentes a diferentes extratos sociais, é essencial para que se possa proporcionar à população plena saúde sexual e reprodutiva, além dos medicamentos. As quais têm complicações como: a infertilidade feminina e masculina, câncer do colo do útero, infecções congênitas ou neonatais, aumento do risco de infecção pelo HIV, dentre outras (BRASIL, 2008a)

Nesta direção a Organização Mundial da Saúde (2004 *apud* BRASIL, 2008a, p. 21) estabeleceu que as DST podem representar um ônus para uma população quando:

A prevalência das DST curáveis na população em geral se situa em, ou cerca de, 5%;

A prevalência de sífilis em gestantes é maior ou igual a 1%;
A prevalência das DST curáveis é maior que 10% em certas subpopulações
(profissionais do sexo, jovens, usuários de drogas injetáveis e outras).

O autor destaca ainda, que as DST que fazem parte da lista nacional de doenças de notificação compulsória em nosso país compreendem apenas os casos de síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), de gestantes positivas para o HIV, de crianças expostas ao HIV, de gestantes com sífilis e de crianças com sífilis congênita. Desse modo, dados sobre a incidência do restante das DST são praticamente inexistentes em âmbito nacional (BRASIL, 2008a).

O Ministério da Saúde relata estudos que apontam para a ocorrência de novas infecções de transmissão sexual que podem ter permanecido assintomáticas ou ter evoluído para doenças sintomáticas (cerca de 10 milhões) tais como: uretrites, cervicites, úlceras e verrugas genitais. No entanto o problema pode ser bem maior, uma vez que, muitos dos casos tornam-se subclínicos, permanecendo transmissores e mantendo-se como elos fundamentais na cadeia de transmissão das infecções, por não receberem orientação e tratamento adequados. Portanto, a real transcendência das DST em nosso país é bastante distinta, já que não é possível conhecer a sua real magnitude (Brasil, 2006).

De acordo com Santos e Anjos (2009 apud SILVA et al., 2011) o Brasil ainda tem alta incidência de DST , embora tenha havido significativos avanços no campo da saúde pública nas últimas décadas. Desse modo, estima-se que ocorram mais de 12 milhões de casos de DST por ano no mundo, sendo que destes, cerca de 900 mil casos ocorram no Brasil, o que, por si só, constitui motivo de preocupações para as autoridades na área de saúde pública, necessitando de projetos de intervenção para a prevenção das mesmas.

De acordo com o Ministério da Saúde, as estratégias para o enfrentamento e controle do HIV e outras DST, preveem o aumento do acesso da população à informação qualificada, bem como, aos insumos de prevenção. Ainda é essencial constituir um processo de educação permanente que auxilie os indivíduos a se assinalarem como responsáveis pela promoção de sua saúde.

Segundo Silva et al, (2011) os profissionais da saúde têm papel fundamental na produção de informações, de esclarecimentos e incentivo às famílias e aos pacientes, sobre os tratamentos e prevenção das DST. Ressaltam também, que os

custos e benefícios da prevenção da Sífilis são mais favoráveis do que o próprio tratamento, quando estão fundamentados na atenção primária, reduzindo assim, os gastos públicos, possibilitando o aproveitamento de verbas em outros setores da saúde pública.

3.2. Promoção e Prevenção em saúde

A promoção da saúde deve ser compreendida como uma agenda integrada e multidisciplinar cujo objetivo primordial é fomentar mudanças em três níveis: assistência à saúde, gestão local de políticas públicas e proteção e desenvolvimento social para todos. (CARVALHO, 2008)

De acordo com Buss, Ferreira e Zancan (2002 apud MONKEN, 2008), a promoção da saúde está relacionada a aspectos globais da comunidade – com maior expressividade fora da prática biomédica –, e a prevenção das doenças é uma atividade eminentemente biomédica. Estas duas noções baseiam-se em duas concepções ou paradigmas diferentes. A prevenção, por exemplo, está calcada na concepção de risco ou de probabilidade de se tornar doente, direcionando seus estudos e intervenções a grupos restritos.

Para Cunha (2011), os programas disciplinares que envolvem sexualidade nas escolas geralmente discutem o tema de maneira mais ampla e com pouco espaço para os alunos possam tirar suas dúvidas. Desse modo, é necessário que o assunto seja complementado com projetos envolvendo profissionais da área. O autor conclui que a participação dos jovens em oficinas de educação sexual, bem como a realização de consultas médicas periódicas, possibilita um espaço para a conversa mais pessoal. Se estiverem mais bem informados eles terão mais chances de se prevenir as DST.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b) trabalhar pela prevenção das DST/HIV/AIDS significa investir para que as pessoas possam se proteger durante as relações sexuais, utilizando o preservativo. Além disso,

É trabalhar para que usem seringas descartáveis e tenham os cuidados necessários na hora da gravidez, do parto e da amamentação, mas hoje sabemos também que para realizar a prevenção precisamos trabalhar pela promoção da saúde, pelo aumento da capacidade das pessoas, dos grupos e da comunidade em geral de se proteger e trabalhar pelo enfrentamento coletivo dos problemas sociais que afetam a nossa saúde (BRASIL, 2008b, p. 11).

Nasser (2015) considera que embora existam políticas específicas, verifica-se a implementação de programas e práticas de atenção à Saúde Sexual e reprodutiva (SSR), incluindo ações de promoção, prevenção, diagnóstico e assistência das DST e AIDS na atenção primária de saúde no estado de SP, ainda são incipientes. Para a autora, isto ocorre devido ao reconhecimento inadequado da SSR como parte dos serviços da atenção primária à saúde. Nesta direção a prevenção e assistência às DST/AIDS sejam destacadas como um importante indicador para a saúde sexual e reprodutiva, as quais, podem contribuir para o reconhecimento de como se dá sua implementação nos serviços da APS. Acrescenta ainda que o reconhecimento como foco de investimento e proposição tecnológica, poderá fomentar a melhoria das práticas na APS.

Lima (2007), ao relatar estudo realizado sobre as DST nas escolas afirma que, embora o jovem seja influenciado pela mídia a experimentar muitas sensações, cabe ao educador a função de prestar as informações corretas e contribuir para a construção de valores. Para isso, é preciso mostrar, guiar, refletir, debater e trabalhar, tendo em conta que se trata de um processo longo e difícil, mas que deve ser praticado.

4. METODOLOGIA

Para a elaboração deste Projeto de Intervenção utilizou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional que foi abordado no Módulo de Planejamento e gestão em Saúde, do Curso de especialização do programa mais médicos da UFCSPA.

Foram coletados dados no banco de dados municipais do SIAB e no Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais na Secretaria municipal de saúde. Foi realizada também, revisão de literatura utilizando sites de busca, tais como: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), UNA-SUS, Portal Brasil, Portal ENSP e publicações do Ministério da Saúde.

A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: doença sexualmente transmissível, promoção da saúde, prevenção em saúde, programa saúde da família, planejamento em saúde. O período de busca foi de publicações entre 2006 e 2016, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores. Ao final, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do projeto de intervenção.

Para a elaboração do Projeto de Intervenção foram utilizados os quatro momentos do Planejamento Estratégico Situacional, descritos no Módulo de Planejamento e Gestão em Saúde (ARTMANN, E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial). Os quais são:

- a) Momento explicativo: selecionando e compreendendo o problema.
- b) Momento normativo: as propostas de ação em diferentes cenários.
- c) Momento estratégico: construindo a viabilidade do plano.
- d) Momento tático-operacional: a gestão o plano.

Desse modo, com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um projeto de intervenção para aumentar o conhecimento

sobre as DST da população da área de abrangência da ESF Cacoal visando diminuir sua incidência.

5. CRONOGRAMA

Atividades	Jun. 2017	Jul. 2017	Ago. 2017	Set. 2017	Out. 2017	Nov. 2017	Dic. 2017
Apresentação do trabalho para equipe da ESF Cacoal.	X						
Criação dos grupos para o desenvolvimento das ações educativas.	X						
Organização dos critérios de inclusão da população em risco de DST.		X					
Educação sanitária sobre as DST primer momento			X				
Educação sanitária sobre as DST segundo momento				X			
Educação sanitária sobre as DST terceiro momento					X		
Aplicação do teste final						X	
Elaboração do informe final.							X
Avaliação do projeto pela equipe da ESF Cacoal.							X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Sala para realização das atividades educativas e reuniões da equipe.
- Equipe de Profissionais (1 Médico, 1 Enfermeira, 2 Téc./Aux. Enfermagem e 11 ACS).
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades.
- Equipamento de multimídia (Computador, projetor e impressora).
- Canetas, lapijes, quadro-negro, marcadores e folhas A4.
- Listas com pessoas parte do estudo.

7. RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar o conhecimento sobre as DST em toda a população em risco.
- Diminuição da incidência das DST.
- Compartilhamento de vivências e conhecimentos.
- Estimular á comunidade para que de forma participativa/coletiva melhore os conhecimentos sobre outras doenças.
- Estimular a equipe ao trabalho multidisciplinar.

8. REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abacad18.pdf. Acesso em 14 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em:

http://www.dst.uff.br/publicacoes/Prevalencias%20DST%20Brasil%20capitais_para_web.pdf. Acesso em 15 mar. 2017.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Prevenção das DST/HIV/Aids em Comunidades Populares**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prevencao_hiv_aids_comunidades.pdf. Acesso em: 18 mar. 2017.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil**, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):4-5, jan, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/00.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2017.

CUNHA, Márcia. **DST na adolescência: a maior arma é a informação**. Publicada no site I Saúde Bahia, em 02/07/2011 às 13h45. Atualizada em 02/07/2011 às 14h53. Disponível em:

<http://www.isaudebahia.com.br/noticias/detalhe/noticia/dst-na-adolescencia-a-maior-arma-e-a-informacao>. Acesso em: 22 de mar. 2017.

LIMA, Vanderlei Soares de. **DST: escolas e alunos estão preparados para esta realidade?** 2007. Monografia (Graduação) Curso de Ciências Biológicas do UNILASALLE, Centro Universitário La Salle, Canoas, 2007. Disponível em:

http://biblioteca.unilasalle.edu.br/docs_online/tcc/graduacao/ciencias_biologicas_licenciatura/Para%20catalogar/2007-1/LIC%207.pdf. Acesso em: 15 mar. 2017.

MONKEN, Mauricio.; BARCELLOS, Christovam. **O Território na Promoção e Vigilância em Saúde**, Promoção, Prevenção e Vigilância da Saúde: conceitos e estratégias, 2008. Disponível em:

http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?s_livro_id=6&area_id=4&autor_id=&capitulo_id=22&sub_capitulo_id=57&arquivo=ver_conteudo_2. Acesso em: 25 mar. 2017.

NASSER, Mariana Arantes. **Avaliação de implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária a saúde no estado de São Paulo**. São Paulo. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em:

www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde.../MarianaArantesNasser.pdf. Acesso em: 26 mar. 2017.

SILVA, Ângela Cristina da. *et al.* **Tratamento da sífilis.** In: II Seminário de Pesquisas e TCC da Faculdade União dos Goytacases no semestre de 2011. Trindade/GO, 2011. Disponível em:
http://www.academia.edu/6044525/Artigo_apresentado_no_II_TRATAMENTO_DA_S%C3%8DFILIS. Acesso em 10 mar. 2017.