

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**

Germán Ledian Betancourt Ramos

**Abordagem das doenças sexual transmissível na ESF Nossa Senhora
das graças.**

GURUPÁ/PARÁ

2017

**Trabalho de conclusão do curso
apresentado a UNASUS/UFSCPA como
requisito parcial para conclusão do curso
de Especialização em Saúde da Família**

**Orientador: Prof. Warley Aguiar Simões
Médico de família e comunidade**

GURUPÁ/PARÁ

2017

Pensamento

“Os estudos realizados nós deixam nada além de uma profunda vergonha do que ainda temos que estudar.”

José Martí

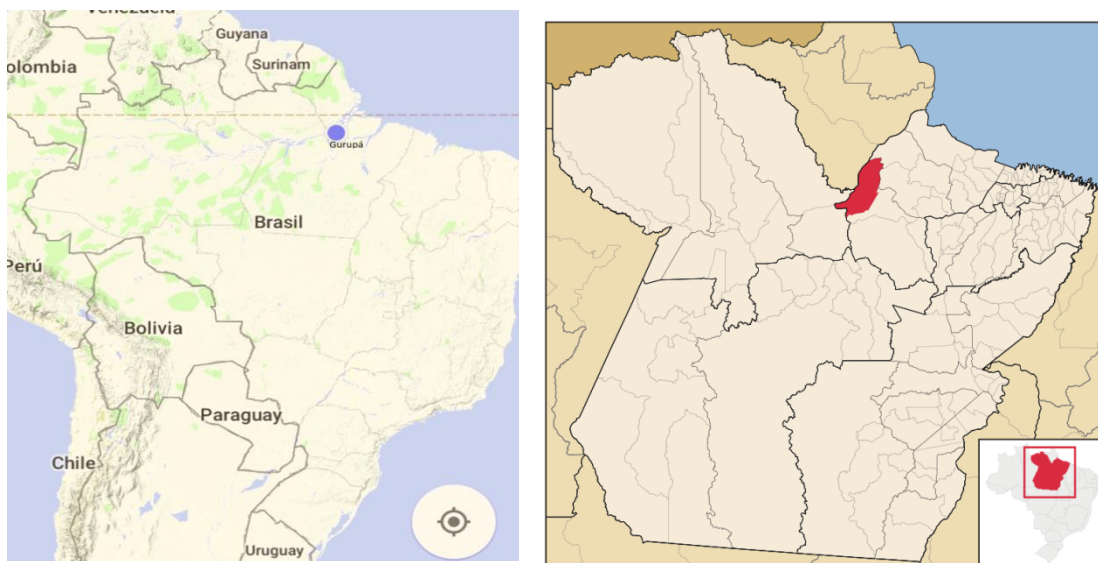
Sumário

1- Atividade 1 do portfólio: Introdução-----	4
2- Atividade 2 do portfólio: Estudo de caso clínico-----	8
3- Atividade 3 do portfólio: Promoção da saúde e prevenção de doenças-----	16
4- Atividade 4 do portfólio: Visita domiciliar/atividade no domicílio-----	23
5- Atividade 5 do portfólio: Reflexão conclusiva-----	29
6- Referências bibliográficas-----	31
7- Anexo 1: Projeto de intervenção	

I. INTRODUÇÃO

Eu sou médico cubano de graduação no ano 1995 na faculdade medica da província de Camaguey, o seja no Instituto Superior de Ciências Medicas de Camaguey (ISCM-C), logo terminei a especialidade de medicina geral integral na mesma universidade no ano 2000, alcançando o titulo de especialista em primeiro grau na especialidade, também fiz muitos estudos de pós-graduado como são cursos de epidemiologia de campo, diplomado de oftalmologia, diplomado de emergências médicas, entre outros mais, já no ano passado 2016, o 19 de julho, eu cheguei ao pais do Brasil, me incorporar ao programa mais médico, nesse tempo mesmo, foi inserido no município de Gurupá é um município localizado no nordeste do Estado do Pará, na zona fisiografia de Marajó e Ilhas. A sua sede está localizada na margem direita do rio Amazonas. Foi fundado o dia 11 de novembro de 1623. Suas coordenadas cartesianas encontram-se a 01° 24' 18" de latitude sul e a 51° 38' 24" de longitude a oeste de Greenwich. O clima predominante é tropical chuvoso e úmido, com uma temperatura média de 29° C, variando da máxima de 37° C para a mínima de 26° C, os limites do município são Porto de Moz, Macapá, Melgaço, Almeirim e Breves. A distância em relação à capital paraense, Belém é 354 quilômetros em linha reta. O acesso ao município pode ser via transporte fluvial ou aéreo.

GURUPÁ



Gurupá representada no mapa primeiro no Brasil e logo no mapa do Pará.

Segundo o IBGE em 2017, o município tem uma população no último censo dos 2010 de 29. 062, e uma população estimada nos 2017 de 32 049 habitantes, com uma densidade demográfica de 3,4 hab./Km², destes 16954 são homens, o que representa 52.9% da população e 15095 são mulheres representando 47.1% da população do município. Existem cerca de 9620 habitantes na zona urbana, que corresponde a 30% da população e em torno de 22434 pessoas vivem na zona rural o que corresponde a 70%⁽¹⁾.

No referente a situação sócio sanitária da população podemos dizer que na cidade contamos com um sistema de esgoto precário e insuficiente só o 4.6% dos domicílios tem nesse serviço, o abasto de água se realiza por sistema de aqueduto que atende aproximadamente 870 domicílios na zona urbana⁽¹⁾. Os restantes das residências que não são atendidos pela companhia de abastecimento, suprem suas necessidades através de poços artesianos construídos pela prefeitura em algumas vilas, varias famílias possuem poços artesianos ou amazônicos, na zona urbana se dispõe de um sistema de coleta de resíduos sólidos diariamente, o destino final do lixo se localizar numa área rural sem proteção adequada, com risco de contaminação.

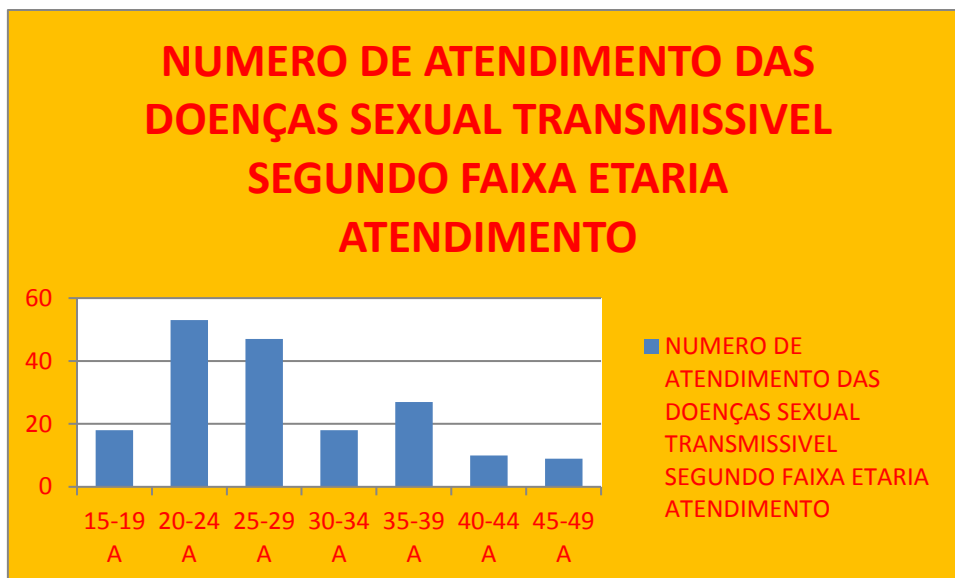
A economia do município é baseada no agro extrativismo, pesca e serviços públicos e privados, as pessoas ocupadas em relação á população total é de

5.4%, o salário médio mensal dos trabalhadores formais e de dois salários mínimos. A escolarização de 6 a 14 anos é de um 88%, só se pode atingir até ensino médio¹, com um alto nível de analfabetismo.

Na saúde o município de Gurupá conta com 02 unidades básicas de Saúde de responsabilidade do município que estão localizadas na zona urbana; além de 02 postos de Saúde, 01 Secretaria de Saúde e 01 Hospital Municipal.

As redes de serviço de saúde: 2 estratégia de saúde, 2 posto de saúde, uma academia de saúde, 24 pronto atendimentos médicos, um laboratório municipal, um hospital com 14 leitos, uma instituição do SUAS. A alternativa privada consta com dois laboratórios, uma clínica odontologia e um consultório médico.

Neste território eu me encontrar trabalhando na estratégia de saúde Nossa Senhora das Graças, a localização dela é ao sul do município, abrangendo uma população de 6500 habitantes, somente temos uma equipe de saúde, com um médico, uma enfermagem coordenadora do posto, 4 técnicos de enfermagem nos diferentes locais do posto, um odontólogo com um técnico e um assistente nas especialidades, contamos com pessoal para vacinas, temos um reabilitador, além disso temos 9 Agentes Comunitários de Saúde, que abrangem o 100% da população, como já descrever nossa equipe é a primeira linha de atenção da população, praticamos os princípios da integralidade, longitudinalidade e a coordenação entre os diferentes níveis de atenção, para nós é fundamental trabalhar baixo nesses conceitos e atributos da atenção primária de saúde. Na área temos 3 associações de vizinhos, temos também duas escolas uma de ensino médio, muito perto de a ESF e à outra mais longe de ensino primário, as mesmas servem de apoio para nosso trabalho, fornecendo conhecimento, fazendo discussões e uso de técnicas educativas como a dinâmica de grupo na população adolescente nessas instituições, sobre tudo com as doenças sexualmente transmissíveis (DST) de maior incidência na área, nos meses de agosto a dezembro do ano 2016 tivemos 653 atendimentos da população geral com 182 atendimentos por doenças sexualmente transmissíveis o que representa o 27.8 % como se mostrar na seguinte gráfico:



As faixas etária de maior incidência são de 20-24 anos e de 25-29 anos respectivamente, além disso outras doenças como as enfermidades crônicas não transmissível que também representam um numero importante de atendimento na ESF. Por o numero tão alto do atendimento das doenças sexualmente transmissível é que nos propusemos fazer o projeto de intervenção em relação com o tema, são muitas as mulheres na idade reprodutiva de 15 até 49 anos que sofrem algum tipo de fluxo vaginal, além de outras complicações, nosso trabalho visa a necessidade de baixar a taxa de prevalência das doenças sexual transmissível, sobre todo com o trabalho nas idades iniciais da vida e como se mostrar no projeto de intervenção necessitamos muito trabalho de campo com a população de risco, com os vizinhos y população geral, para mudar modo e estilo de vida que garantem o bem estar físico, psicológico e social, de todos os usuários de nossa área de abrangência.

II. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

ESF Nossa Senhora Das Graças, Gurupá, Pará.

Anamnese

Identificação: Valdirene Penha Gonçalves

Idade: 27 anos

Sexo: Feminino

Escolaridade: Ensino Meio

Religião: Católica

Raça: branca

Estado civil: casada

Profissão: Dona de casa

Naturalidade: Gurupá, PA.

Endereço atual: Travessa Caito Fonseca, Gurupá, PA.

Primeira consulta (16/1/2017) 09h20min horas da manhã.

Queixa principal: Fluxo vaginal amarelo com mau cheiro.

Usuária com histórico pessoal de corrimento vaginal, refere que já teve um episódio mesmo no ano passado, que agora vem por sintomas muito similar, tem um fluxo branco amarelado, refere que ao início apresentou coceira, mas agora já não tem coceira e é constante, molha a calcinha tem mau cheiro, com dor na relação sexual, não refere outra sintomatologia, só sua preocupação já que tem medo de sofrer alguma doença sexual transmissível que não tinha cura, Manifesta que o marido não gosta de usar preservativo.

Interrogatório sintomatológico

Sintomas Gerais: Não tem febre, não fatiga.

Abdome: refere dor na pente, o seja na região de hipogástrio, que o mesmo se acrescentar com a relação sexual.

Sistema geniturinário: A vezes apresenta disúria, mas não é constante.

Região lombar: A vezes refere dor nessa região.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Fisiológicos:

Nascida de parto normal

Menarca: 12 anos

História obstétrica: G2 P2(normais)

Patológicos:

Doenças da infância: (Rinofarigites frequente, alergia respiratória, parotidites, varicela, lombrigas dentre outras).

Fumante só quando bebe socialmente.

Atual: Saudável

Medicamentos em uso: Não tem costume de usar remédio.

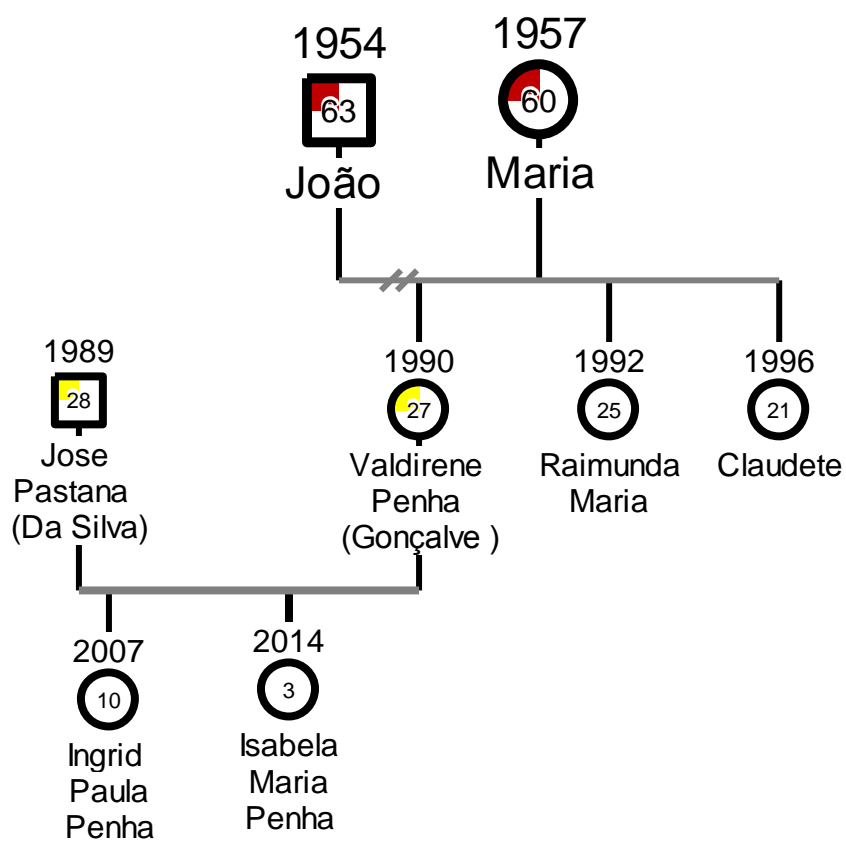
ANTECEDENTES FAMILIARES

Pai: Vivo Hipertensão Arterial, Obesidade.

Mãe: Viva, Hipertensão Arterial (mora com ela).

Duas irmãs: saudável ate agora,

GENOGRAMA



Condições de vida:

Alimentação: Predominantes são os carboidratos, os peixes, gordura, e açaí, poucas frutas e verduras, as carnes vermelhas e frango só uma ou duas vezes ao mês.

Moradia: morando com esposo, duas filhas e mãe, em uma casa de madeira e alvenaria, com três quartos, uma sala, uma cozinha, um banheiro, água parada de baixo da casa, que agora fica pouca água por estar no verão, mas fica alagada no inverno.

História ocupacional: Dona de casa

Atividades físicas: O estilo de vida familiar é sedentário, depois de cumprir com os seus afazeres ficam só assistindo TV.

Vícios: tabagismo, alcoolismo ocasional.

Condições socioeconômicas: As únicas fontes de sustento da família são o trabalho do pai e alguns churrascos de fim de semana que às vezes o esposo vende.

Vida conjugal e ajustamento familiar: vive em união estável há 11 anos, com seu esposo, tem duas filhas uma de 10 anos y outra de 3 anos.

EXAME FÍSICO**Somatoscopia:**

Paciente em bom estado geral, orientado no tempo e espaço, linguagem típica, atitude voluntária.

Mucosa coloreada, anictérica, hidratada, afebril ao toque.

Pele: sem alterações

Sinais Vitais: Temperatura: 36,4°C;

PA: 110/70 mmhg

FC: 80 bpm

FR: 18 rpm.

Medidas Antropométricas:

Peso: 58.5 kg,

Altura: 1,53 cm.

Estado Nutricional: IMC (Índice de Massa Corporal): **25.0** (Norm peso).

Cabeça e pescoço:

Simétricos, sem deformidades aparentes, ausência de linfonomegalia retro auricular e cervical, tireoide de consistência, mobilidade e tamanho preservados, orofaringe sem sinais inflamatórios.

Tórax:

Inspeção: tórax típico, simétrico; respiração torácica, eupneia, amplitude normal, ausência retrações, cicatrizes e tiragem;

Palpação: expansibilidade normal; frêmito tóraco-vocal sem alterações;

Percussão: sem alterações.

Ausculta pulmonar: Murmúrio Vesicular (+), sem Ruídos Agregados;

Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros cardíacos, de bom tono

Abdome:

Inspeção: Plano, ausência de circulação colateral, não alteração de coloração da pele.

Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais;

Percussão: sem alterações.

Palpação: com dor á palpação superficial e profunda, na região de hipogástrio não tem muita intensidade, sem sinal de irritação peritoneal, ausência de visceromegalias e/ou massas, depressível, não defesa abdominal.

Exame ginecológico feito por a enfermagem, solicitar realização de teste de cotonete, para avaliar friabilidade e sangramento do colo, avaliar se ela apresenta dor ao toque ou á mobilização do colo, ela apresentou sangrado do colo, dor ao toque e á mobilização de colo, assim como um KOH positivo.

Sistema nervoso central: sem alterações, força muscular conservada, tono e tropismo sem alterações.

Hipótese diagnóstica:

- (1) doença inflamatória pélvica leve.
- (2) Síndrome de fluxo vaginal por doença sexual transmissível.
- (3) Síndrome Ginecológica.

Conduta:

Tratamento não farmacológico:

Mudanças de estilo de vida: Orientação sobre sexualidade responsável, manter vida sexual estável, evitar troca frequente de parceiros sexuais, fornecer conhecimento sobre as doenças sexual transmissível e os perigos das mesma para a saúde, encorajar a Valdirene para que traze a seu marido a consulta e disse jeito responsabilizar ele no tratamento. Oferecemos informação sobre a importância de fazer um tratamento medicamentoso direitinho, garantido a dupla responsabilidade no cumprimento do mesmo, oferecer alguns conselho sobre a higiene genital na mulher, já que temos algumas doenças vaginais por malas praticas de higiene, como por exemplo os chuveiros vaginais ou uso irresponsável de remédio dentre outras questões de interesse, é importante acrescentar informação sobre evitar que a doença inflamatória pélvica passe ser um processo crônico já que esse pode comprometer a vida sexual y reprodutiva da mulher.

Repouso sexual.

Uso de preservativo.

Solicito exames de rotina (secreção vaginal tomando mostra antes de começo do tratamento, exames de HIV, VDRL, serológico de hepatites B e C para o casal).

Antes de colocar remédio falo com a usuária para estudar seu caso hoje na tarde com a equipe e peço a ela que volte ao outro dia. Faço uma busca na literatura médica uma busca de evidencias no pubmed depois leva o caso para uma discussão com os integrantes de equipe de saúde, falo com eles sobre o resultado de minha busca tento enfatizar sobre a importância do tratamento ao esposo ou parceiro sexual, já que ele pode estar sofrendo prostatite crônica, que pode se manifestar nele com dor na ejaculação, dor na micção, ate disfunção erétil e são as infecções frequente um fator de risco importante², todos os membros da equipe conveniamos neste aspecto e a necessidade de um tratamento dele mais abrangente incorporar não só o metronidazol, quanto também o uso de doxiciclina. Pode-se saber que a DIP tem uma etiologia poli microbiana na mulher pode estar acontecendo uma infecção por clamídia, por neisseria gonorrhoeae, gardnerella, haemophilus influenzae, entero bactérias entre outras e se associar a complicações do trato genital superior como são:

endometrite salpingite, peritonite e outras³, com afetação da função sexual e reprodutiva da mulher³, a enfermagem falava sobre a endometriose como causa de dispareunia⁴, acrescentando ainda mais o que eu estava falando nesse sentido, outro membro do equipe falava sobre o perigo de o câncer de ovário epitelial⁵, assim deste jeito tentamos colocar a melhor ação terapêutica para nossos pacientes.

Farmacológico: ceftriaxona 500mg dose única

Doxiciclina 100mg VO de 12 em 12 horas por 14 dias mais metronidazol 500mg de 12/12 horas por 14 dias.

Creme vaginal de metronidazol + nistatina por 7 noites.

Tratamento ao esposo: Com metronidazol 2g ao dia (4 comp 250mg na manhã e 4 comp de 250mg na noite só um dia.

Colocamos também doxiciclina igual dose.

Agendo consulta em 15 dias

2ª Consulta (Dia 30/01/2017).

Paciente com bom estado geral, refere se sente bem, nega dor abdominal, dor na relação sexual, nega sintomas de corrimento, refere que melhorou de seu problema, além disso conseguiu manter o correto cuidado na relação sexual, já esta usando preservativo, tanto ela quanto seu esposo tem consciência da não proteção, junto com ela vem seu marido, tentamos fazer uma breve conversa com o marido, falamos para ele que a infecção não é só da mulher que homem sofre também doença por nessa causa, exemplo temos a prostatitis crônica, que leva a disfunção erétil, dor na micção, dor na ejaculação sendo frequentes nos homens menor de 50 anos (1), mas testamos que ele não sofre disso, ela trouxe consigo resultado dos exames.

Recebo os resultados dos exames complementares com HIV negativo, VDRL negativo, os exames serológico de hepatites B e C são negativos, também ficam igual os de esposo.

Dados da triagem 30/01/2017

PA: 100/70 mmhg

Peso: 58.5 kg

Altura: 1.53

Temperatura: 35,6.

CONDUTA:

Manter igual tratamento não farmacológico, fazendo ênfases na proteção, na estabilidade da relação, nos cuidados de higiene pessoal na mulher.

Farmacológico:

Não indicamos mais remédio.

Agendamos consulta para dentro de 6 meses.

III. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

ESF. Nossa Senhora das Graças.

Na unidade de saúde em que atuo, onde faço meu trabalho do dia a dia assistem pessoas de todas as idades, com características físicas, procedência e condição social muito diferentes que são acolhidos e assistidos por uma equipe multiprofissional, fazendo uma recepção de usuário desde sua chegada, pela forma singular, como se dá, tornando-se o pano de fundo dos cuidados na saúde, com objetivo de atender a todas as pessoas que procurem os serviços de saúde, garantindo o primeiro princípio doutrinário do SUS, a acessibilidade às ações e serviços de saúde, equipe toda assume funções de escutar, dar resposta e resolver problemas de saúde da população logrando assim um trabalho de conjunto, deslocando o eixo central do atendimento do médico por um trabalho multiprofissional sob princípios e parâmetros humanitários e de solidariedade, aplicando sempre os atributos básicos da Atenção Primária à Saúde: Acesso, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação e responsabilidade, por sobre tudo sendo a porta de entrada e atendimento preferencial de nossos usuários ao sistema único de saúde e sendo base, garantido a funcionalidade das redes e serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

Puericultura:

As ações que realizamos na Atenção Básica, na minha unidade de saúde têm como objetivo melhorar a saúde integral da população. O Brasil tem registrado redução na mortalidade infantil em todas as regiões do país em um estudo que avaliou a tendência da mortalidade infantil do ano 2000 até 2010 e na minha região do norte a redução foi de um 33.2 por mil nascidos vivos no ano 2000 a um 21.8 de mortalidade infantil por mil nascidos vivos no ano 2010, sobre as principais causas de morte no menor de um ano no Brasil nos anos 1996 ao 2007 elas eram as afeções perinatais, as anomalias congênitas, as doenças infecciosas e parasitárias e por último as doenças do aparelho respiratório. Como mostramos anteriormente, a principal causa de morte são os problemas perinatais, trabalhando nesse sentido e dando cumprimento ao objetivo número 4 do desenvolvimento do milênio na minha estratégia de saúde

temos implementado uma consulta de puericultura prenatal que geralmente fazemos entre as 26 e 30 semanas de gestação na qual tentamos que a gravida leve o parceiro com objetivo de falar á mãe que ela tem direito de escolha do acompanhamento do parto por algum familiar que ela deseje, neste encontro tentamos conscientização da família da necessidade de apoio e de cuidado que devem ter com a gravidez, com a dieta, com o ganho de peso, enfatizar a importância da família na prevenção de complicações ao final da gravidez, dentre de outras questões como são a prevenção de infecções vaginal, de aparelho urinário, de anemia que podem ser fator de risco de prematuridade e baixo peso ao nascer e evitando assim complicações perinatais, estabelecer uma relação com os pais antes de o parto, responder algumas duvidas que eles pode ter no relacionado á gestação, tentamos conscientizar eles sobre algumas orientações preventiva nessa etapa da vida da criança, com ênfase na amamentação e suas vantagens, segurança, imunização, os risco do recém nascido, falamos sobre acidentes, a posição do recém nascido em prona cão ao dormir, importância do acento de segurança para recém nascido nos automóveis, sobre os malefícios da mamadeira e a chupeta, teste de pezinho, também, depois do parto realizamos o atendimento a crianças no seu crescimento y desenvolvimento, da seguinte maneira, o primeiro, a consultas de puericultura é conduzida por o medico e enfermagem, pelo geralmente a enfermagem faze a primeira consulta na primeira semana e logo o medico faze o resto do acompanhamento com um calendário mínimo de atendimento aos 30 dias de nascido, depois aos 2, 4,6, 9 e 12 meses no primeiro ano de vida, a partir do segundo ano é aos 18 e 24 meses, depois dos 2 anos um controle anual, desde a primeira consulta feita na primeira semana ou pouco depois, avaliamos os risco e vulnerabilidades de nossas crianças, fazemos promoção e apoio ao AME, orientações sobre os cuidados geral do recém nascido, realização do teste de pezinho, orientação sobre o calendário de vacinas dentre outras coisas, classificamos nossas crianças em cada consulta de puericultura temos sempre presente algumas condições que nos permitem avaliar nossa população de lactante como de risco incrementado tais como: O baixo peso ao nascer menos de 2500g, a prematuridade menos de 37 semanas, criança com internação ou intercorrências na maternidade, apgar menor de 7 no 5º minutos de vida que fala sobre asfixia grave no recém

nascido, também recém nascido de mãe adolescente, recém nascido de mãe com baixa instrução, historia de morte em crianças menores de 5 anos, não aleitamento materno exclusivo até sexto mês de vida, mal formações congênitas, mais de três filhos morando juntos, problemas socioeconômicos da família, não realização de vacina, atraso no desenvolvimento, suspeita de violência infantil, dentre outras coisas que vão aparecendo na continuidade do seguimento no primeiro ano de vida, quando o lactante é classificado de alto risco, equipe todo trabalhamos em melhorar a dita condição, fazemos um seguimento, mais estreito avaliamos os casos na reunião de equipe, o agente comunitário tem que fazer um seguimento mais continuado e manter uma comunicação constante com o resto da equipe. O trabalho na consulta de puericultura tentou fazer lá com a maior qualidade possível, mas com neste grupo de lactante o trabalho é mais completo e diferenciado, com todo neste esforço já podemos mostrar zero mortalidade infantil há 2 anos consecutivo, por o que pensamos que as ações de promoção e prevenção e educação levam um caminho correto.

Saúde mental: Em relação a saúde mental, podemos falar que é um problemas muito frequente, muito demandado por nossos usuários, é também outra tarefa da atenção básica, que com um acolhimento qualificado como temos implementado, podemos dar solução a muitos nesses problemas, na minha estratégia de saúde, na equipe de saúde da família temos um psicólogo que nos apoia neste trabalho. Tem-se em conta que as determinantes sociais são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, as característica dentro das quais a vida transcorre, a maioria de nossa população tem grande problemas econômico, tem problema de moradia, renda familiar baixa, só pode atingir ate ensino meio, e temos um alto nível de analfabetismo, as redes de agua não chegam a população toda e a cidade não tem rede de esgotos, todas nessa condições fazem que a depressão, retraso mental, adição a drogas, álcool, aos fármacos, seja um problema de saúde mental e social, para eles temos implementados o trabalho em grupos para o desestimulo de o habito de fumar, de álcool, desestimulo dependência de fármacos, com o uso de técnicas educativas como a dinâmica de grupo, a discussão o debate sobre nesses temas, as dramatizações, nesses aspectos

não só trabalhamos com a população já doente na prevenção ou empioramento de seu problema, também trabalhamos com a população toda, nas reuniões de conselho comunitário, nas escolas entre outros cenários de interesse, no caso da depressão os pacientes são avaliados na consulta médica em conjunto com outros membros da equipe segundo o grau da depressão colocamos tratamento medicamentoso e psicoterapia ou se o grau de depressão é leve só psicoterapia com grande apoio da psicóloga, também fazemos trabalho de campo, nas visitas domiciliares às famílias com problemas sociais, com situação de violência doméstica ou intrafamiliar ou para o controle de algumas adições, para orientação sobre o cuidado que deve ter com o paciente com deficiência mental, utilizando técnicas como a entrevista e fazendo uso correto das 5 etapas do processo, sem esquecer todas as habilidades que devemos desenvolver ao realizá-las, são alguns exemplos de como abordamos desde o ponto de vista da prevenção e da promoção de nesses problemas de saúde mental na minha área, a esquizofrenia e outras doenças psiquiátricas não são frequentes.

Pré-natal: A mortalidade materna é um problema de saúde pública mundial e uma prioridade global de saúde. Estima-se que 287.000 mortes maternas ocorreram em todo o mundo no ano de 2010. Devido à magnitude do problema, a redução dessa mortalidade foi incluída na lista dos *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* definidos pela Organização das Nações Unidas (ONU). A meta era reduzir em 75% a razão da mortalidade materna até 2015, no entanto, as estimativas globais sobre o declínio desta mortalidade revelam que os resultados atingidos não foram suficientes para alcançar a meta na maioria dos países, No caso do Brasil, para atingir a meta do quinto *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*, o país deveria apresentar uma razão de morte materna (RMM) igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2015. Em 2011, a RMM no Brasil foi igual a 64,8 óbitos por 100 mil nascidos vivos⁶, Para atingir essa meta a assistência pré-natal adequada com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, o acompanhamento pré-natal que assegure o desenvolvimento da gestação permitindo o parto de um recém-nascido saudável, se temos presente que O cuidado pré-natal regular reduz as complicações da gravidez e do parto, diminuindo seus fatores

de risco através do treinamento, suporte social, diagnóstico, remessa prévia e tratamento adequado⁷. No Brasil, o atendimento pré-natal é fornecido para toda a população no nível da comunidade como parte da Estratégia de Saúde da Família (FHS), que é a principal fonte de cuidados de saúde primários⁸, deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado. No relacionado á discussão de caso clínico, ao conteúdo de meu projeto de intervenção, e ao tema tratado na tarefa de introdução é muito importante falar sobre a alta incidência de gravida com doenças sexual transmissível se bem é conhecido que A gravidez é acompanhada por uma mudança na estrutura da comunidade bacteriana da vagina⁹, as mulheres grávidas são mais propensas a colonização vagina à infecção por fermento¹⁰, a maioria de nossas mulher na sua primeira consulta pre natal já vem com queixa de corrimento vaginal e muitas delas se queixam de dor em pente, tendo uma infecção, vaginal previa á gravidez, que muitas vezes não for tratada ou inadequadamente tratada, são frequente na gravidez infecções como a Chlamydia trachomatis (CT), Ureaplasma urealyticum (UU), Candida albicans, estreptococos do grupo B (GBS), as mesmas são causas de A ruptura precoce prematura da membrana (PPROM) que levam a infecção intra úterina, prolapso de cordão, desconforto respiratório neonatal¹¹, além de infecções do neonato quanto seu passo por o canal vaginal, nestas infecções são causa de partos prematuros representando 15% de todas as mortes de crianças e 35% de todas as mortes neonatais em todo o mundo¹². Na minha estratégia de saúde, temos implementado um grupo de ações de promoção y prevenção encaminhada, primeiro ao controle das transmissão desta doenças sexual transmissível na população de mulheres na idade fértil dentre 15 e 49 anos de idade, quando uma mulher nessa faixa etária e a vezes com menor idade, porque temos conhecimento do inicio cedo da relação sexual, chega ao posto de saúde, equipe de acolhimento passa informação sobre as medidas de proteção para evitar nessas doenças e os perigo delas para o caso de infertilidade e para a gravidez, também trabalhamos com a família toda, com a população geral e os representantes das comunidades, para a divulgação dos malefícios, destas doenças e a grave repercussão que tem sobre a grávidas e sobre o recém nascido. Nossos

agente comunitários de saúde, em seu trabalho dia a dia também realizam nesse labor de promoção prevenção e educação, trabalhamos nas escola com nossos adolescente, a traves de técnicas educativas, como a dinâmica de grupo, as discussões grupais, as dramatizações, a traves de palestras, para o logro de mudanças na conduta sexual deles e sempre se preconizar o uso do preservativo, tanto para evitar a gravides quanto as infecção sexual transmissível. Já quando temos uma grávida com nessa doença tentamos fazer um tratamento amplo que vai direcionado não só pra ela, também para o esposo, enfatizando os cuidados após do problema resolvido. O atendimento pré-natal na unidade de saúde segue os protocolos estabelecidos, tentamos fazer a captação de grávida no primeiro trimestre, para isso nossos agentes comunitários fazem uma pesquisa ativa de mulheres grávida na sua área de abrangência, para que iniciar o mais rápido possível seu atendimento pré-natal, a primeira consulta é feita por enfermagem, o resto do atendimento é feito de maneira alternante, o seja um mês é olhada por o medico e outro mês por a enfermagem y depois das 36 semanas a consulta é semanal, até 41 semana onde a partir de aqui se internar á grávida, manter sempre uma classificação constante dos risco de nossas gestantes, educar elas no controle dos problemas, ficamos pendente de seu calendário vacinal, vincular desde etapas iniciais da gravidez o rol de mãe a ser desempenhado e oferecer ferramentas educacionais desde os âmbitos de promoção e prevenção em saúde. se indicar todos os exames da gravidez e ficamos sempre preocupado dos resultados para além de colocar tratamento medicamentoso também elaborar um grupo de medidas de prevenção para evitar que empioem e a aparição de complicações das doenças encontradas, além de manter uma educação constante de nossas gestantes e seu parceiros.

Reflexão

É árdua a labor do medico de atenção primaria e da equipe multiprofissional não sempre é reconhecida nem valorizada uma boa consulta, onde se oferecem ferramentas educacionais desde os âmbitos de promoção e prevenção em saúde, equipe de saúde deve trabalhar como um todo nessas ações de saúde, conscientes da sua importância e da seu incorporação e mobilização comunitária nas mesmas.

Todos nós somos responsáveis pelas orientações e recomendações que oferecemos a nossos usuários, pelos cuidados y melhoras de nossos pacientes e por os medicamentos que prescrevemos ou indicamos para cada um, também pela capacitação individual e coletiva dos membros da equipe e as recomendações que damos para cada doença.

IV. VISITA DOMICILIAR

As bases de atenção primária de saúde se adotou na carta de Lubiana para tirar as inequidades existentes em quase todos os países, a mesma propõe que APS deve ser dirigida por valores de dignidade, humanidade, equidade, solidariedade e ética Profissional, direcionada para a proteção, promoção, prevenção de agravo, o diagnóstico, tratamento e reabilitação de danos e manutenção da saúde, com objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, nas determinantes de saúde das coletividades, sob forma de trabalho em equipe, dirigida a população de território definido, desenvolvida com o mais alto grau de descentralização y capilaridade, próxima da vida das pessoas, deve ser o primeiro contato e contato preferencial dos usuários, ser base e porta de entrada, por o que os cuidados de saúde efetivos, eficientes e equitativos estão relacionados à cobertura de saúde primária universal¹³, trabalhar sob os princípios doutrinário do SUS e dos atributos da atenção primário ou atenção básica já que os termos de APS e AB são equivalentes. Dentro dos três princípios doutrinário de SUS, temos a universalidade de acesso as ações e serviços de saúde garantido a todas as pessoas independentemente de raça, renda, ocupação e outras características sociais e pessoais por o que conhecemos que nossa área de abrangência ficam muitas pessoas com dificuldades de acessar aos serviços, seja pelas barreiras geográficas, pelas longas distâncias, pela forma como são organizados, seja pelo seu estado, que muitas vezes, os impedem de se deslocarem até esses serviços, exigindo que a assistência seja dispensada em nível domiciliar. Se temos presente que a assembleia mundial de saúde da OMS na conferencia de Alma Ata de 1977 adotou se que dentre as 6 características de uma unidade de saúde esta a orientação familiar e comunitária da atenção básica e para avaliar atenção primária de saúde tem se presente a presença e extensão dos atributos, onde inclui a visita domiciliar (VD) como um aspecto importante na orientação comunitária do trabalho da equipe, o seja a visita á comunidade e a visita domiciliar, além de ser uma atividade incluída na agenda profissional compartilhada, também visa na melhora da qualidade de vida de nossos usuários já que constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família *in loco*, fortalecer

os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. Neste contexto podemos aplicar o projeto terapêutico singular, realizar um conjunto de propostas, de conduta terapêutica articulada para sujeito individual ou coletivo resultado da discussão coletiva da uma equipe multidisciplinar como dispositivo para a gestão de cuidado, os profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde eles têm sido convocados a estruturar trabalhos e a transformar modos de fazer visando o atendimento integral, priorizando as atividades preventivas e mantendo os serviços assistenciais¹⁴. A VD é uma atividade que nos permite o conhecimento integral da pessoa ou coletivos envolvidos, pode se realizar ações coerente ao seu contexto de vida, pode se discutir na equipe, participarem vários atores (equipe, usuário, família), identificação de potencialidades e vulnerabilidades (orgânicas, psicológicas e sociais), com nesta atividade simples, oferecemos a nossos usuário uma atenção mais completa integral e aproveitando todos os espaços para a discussão coletiva do problema, próxima a seu contexto de vida e possibilitando a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família.

Eu trabalho na unidade básica de saúde Nossa Senhora Das Graças, há um ano, a mesma se encontra localizada ao sul do município, dita unidade de saúde tem muitos anos de trabalho, tem uma correta organização das atividades de campo, o seja as visitas domiciliares e á comunidade, tentamos trabalhar seguindo os componentes fundamentais da APS, dando prioridade á educação em saúde, saneamento ambiental, programas como a saúde materna infantil, idosos, a imunização, planejamento familiar, prevenção de endemias locais dentre outras questões por o que tem para equipe todo uma importância muito relevante nessa atividade, a VD é um elemento central de atenção primária¹⁵, por só mencionar um exemplo Japão país com maior envelhecimento populacional do mundo o governo adoto se os serviços de saúde em casa nas últimas duas décadas, como uma política de saúde¹⁶. Em nossa estratégia de saúde cumpri se a mesma em duas jornada semanal, com uma meia de atendimentos de 9 casos semanal, a vezes pode ser menor dependendo da distancia pra o deslocamento, é necessário falar sobre algumas dificuldades que se apresenta no cumprimento da tarefa como são na

temporada de chuva fazendo difícil chegar os lugares muito longe e alegados, constamos com transporte para chegar nesses lugares mas a vezes é muito dificultoso por as condições do terreno na época de chuva. O agente comunitários de saúde jogam um papel fundamental neste aspecto, eles trazem as necessidades de assistência domiciliar e se elaborar uma programação, que tentamos cumprir, a ideia é satisfação das necessidades de atendimento e levar as ações y serviço de saúde a toda a população, pelo menos temos o transporte e vontade da equipe todo. Os critérios de priorização para planejar as visitas são geralmente os pacientes com doenças mentais, puérperas e crianças recém-nascidas nos primeiros sete dias, idosos que não podem assistir à unidade de saúde, pacientes com deficiências motoras ou qualquer outra incapacidade, também incluindo pacientes com doenças crônicas, mulheres grávidas que tiveram algum risco, acamados, os que receberam alta hospitalar que ainda necessitam de uma atenção prioritária, os casos que são discutidos nas reuniões da equipe e precisam de visita domiciliar e aquela visita que são solicitadas pelos mesmos familiares e pacientes, casos como a senhora Valdirene Pena Gonçalves na qual precisamos realizar a visita domiciliar por duas razões, primeiro porque ela é o caso que estamos trabalhando e que tem relação com o problemas que enunciamos nas atividades anteriores o sejam as doenças sexual transmissível e em segundo lugar porque sua mãe sofre de uma doença crônica a HAS. A moradia consta de três quartos, uma sala, uma cozinha, um banheiro, água parada de baixo da casa, que agora fica pouca água por estar no verão, mas fica alagada no inverno, a casa é de madeira e alvenaria, tem um quintal pequeno frequentemente alegado, a usuária é visitada no lar o dia 24 de fevereiro do 2017 prévio aviso e coordenação por agente comunitário de saúde (agente Lourdes) ao chegar nós fomos recebidos por a usuária e sua mãe, também ficava na casa sua filha de 3 anos brincando com uma boneca, o marido ficava trabalhando e a outra filha na escola, logo de comprimento da equipe com a família, explicitamos aos pacientes os motivo da visita, primeiro queremos avaliar como fica Valdirene de sua doença que apresentou no mês de janeiro, e olhar se ela esta cumprindo com as orientações medicas, fazendo uma breve revisão de seu prontuário para lembrar ela quais foram dita recomendações e se ainda tem conhecimento sobre os fatores de risco, se as

mudanças do estilo de vida na prática de relação sexual se manter, como são o uso de preservativo, a adequada higiene genital, o não uso de remédio opôs menstruação, nesses aspectos a equipe contatar um pouco de preocupação já que ela fala que seu marido Jose não gosta muito do preservativo mas ela insiste, a relação a vezes fica um pouco tensa por nessa situação, ela tem medo de que seu marido fique na rua com outra mulher, ela fica muito agoniada e não sabe até quando vai manter nessa mudança, uma vez escutado a preocupação de Valdirene nossa equipe sabe que temos um conflito na família que pode tá gerando uma crise, por o que conveniamos um próximo encontro em 15 dias onde fique também esposo para aplicar técnica de entrevista e trazer com nos a psicóloga, continuamos com o exame físico da paciente: P/A 110/70mmhg, FC: 80bpm, FR: 17 rpm, Temperatura: 36°C, exame de abdome: Na palpação superficial e profunda de hipogástrio não tem dor, a inspeção, auscultação e percussão normal, lembramos ela algumas orientações sobre os perigo desta enfermidades, a necessidade de evitar complicações, a importância da dupla responsabilidade com a saúde sexual e reprodutiva dos casal e agendamos próximo encontro em 15 dias para fazer um abordagem familiar, logo passamos avaliar a dona Maria de 60 anos que a mesma sofre de HAS, com tratamento de losartana de 50mg de 12 em 12 horas, e hidroclorotizida de 25mg ao dia, além da dieta, também é obesa, na visita ela refere se sentir bem, não se queixa de sintomas e tem bom estado geral, ao exame físico, P/A: 120/80mmhg, FC: 84bpm, os ruídos cardíacos são rítmicos e de bom tono, não sopro, o resto do exame físico normal, com exceção da obesidade, por o que agendamos consulta no posto para avaliar IMC, orientamos manter igual tratamento damos educação sanitária sobre a HAS e sobre seu risco, falos sobre a importância da dieta sobre todo sem sal, evitar o café, excesso de gordura e alimentos fritos, assim como a prática corporais e/ ou exercícios físico regularmente para manter um adequado controle.

Segunda visita domiciliar á casa de Valdirene, foi o dia 10/03/ 2017, equipe todo chegamos na casa da usuária, na moradia ficava a família toda, eles receber a equipe na sala da casa, depois de cumprimento, dos membros da equipe com a família tanto a psicóloga como eu tentamos criar um ambiente

confortável, brincamos com as crianças, perguntamos por algumas coisas de interesse da comunidade, eu falei também sobre o esporte, a necessidade que tem a comunidades das praticas esportivas, tentamos estabelecer uma relacionamento harmônico com Jose que é o objetivo da técnica educativa o seja que o entrosamento fora adequado, estabelecer um correto raport com cada um dos membros da família, logo organizar aos usuários na sala, explicamos a família porque nos encontramos na sua casa, encorajamos a cada um dos membro da família para falar sobre a situação em primeira persona, não falar de outra pessoa, equipe o seja medico, psicólogo e ACS, ficamos na escuta das intervenções, se reconhecer a emoção de usuária quando fala que ela ama muito a sue esposo e que fica muito apaixonada por ele, ele abraçou ela mesmo todos ficamos emocionados, mas continuamos com a escuta, quando Jose falou que era verdade, ele na gosta de usar preservativo na relações sexual, e que brigava muito com seu esposa por essa causa, mas ele entende, pelo fica incomodo, depois de escuta e entendimento da situação, a psicóloga fez algumas perguntas e falou sobre algumas doenças de transmissão sexual como por exemplo o HIV, o herper genital, a condilomartose, a hepatites B e C, doenças, que ainda não tem cura e que tem uma repercussão familiar, social e econômica muito grande, da importância de uma sexualidade feliz, e o que representa na qualidade de vida dos parceiros, na qualidade de uma futura gravidez, a qualidade de vida da família toda, se fez uma pergunta geral, o qual é a maior preocupação que vocês tem?, Logo das respostas se mostrou á família um retrato da situação, e qual foi o entendimento da situação por nós como profissionais de saúde, se ofereceu aconselhamento da família, passamos para ela muita informação e propaganda escrita para acrescentar o conhecimento y tirar preocupações, al final Jose ficou convencido e se comprometer com equipe de mudar seu jeito de atuar, ele agradeceu nosso trabalho, mas equipe remarcou outro encontro para dentro de 6 meses.

Acho que com a visita domiciliar se consegue entrar na vida das pessoas de uma maneira diferente do que só (...) faz a consulta e vai embora. Porque a gente conhece a família inteira, a gente sabe onde ela vive, sabe como ela mora, sabe onde ela trabalha. Então não é só a doença, tem a oportunidade de

fazer as pessoas melhorarem de vida ou buscarem essa melhoria, além disso, penso que nós chegamos ao cumprimento de nosso objetivo, pelo a família precisa de seguimento, de fazer gala de um dos principio do SUS, a longitudinal idade no tempo.

V. REFLEXÃO CONCLUSIVA

O curso de especialização foi um reto para mim como profissional de saúde, primeiro porque não sou me brindar a possibilidade de conhecer, mais sobre a historia de saúde de um pais estrangeiro, acho que me enriquecer, tanto como profissional, quanto como pessoa, ofereceu me novos conhecimento, ferramentas para minha pratica profissional, é aceitado com muito prazer por nossos usuários, que em seu atendimento o medico fale alguma coisa sobre a historia do brasil, ajuda no entrosamento com pacientes que tem alguns nível de estudo, aprender das leis, das portarias, nos ajudar também no manejo de algumas situações, eu posso dizer, mencionar que alguns módulos como planejamento e gestão, economia em saúde, os sistema de informação do sus, me demonstrar a integralidade do sus, outros módulos como medicina baseada na evidencia, nos ajudar para fazer um correta busca da informação cientifica na literatura e como crescer na melhora e na qualidade do atendimento de nossos usuários, temas como epidemiologia e georreferenciamento, como a ética medica, as técnicas educativas em grupos, o abordagem familiar, a entrevista, um tema que disfrutar muito foi o de violência e como o medico pode inserir-se numa equipe multidisciplinar para o afrontamento de uma situação que denigra qualquer sociedade. O trabalho na equipe, com as redes, mostrou para mim uma experiência nova, onde todo o profissional tem direito de opinião, onde se deslocar o eixo fundamental do medico por um atendimento de equipe, garantindo uma atenção mais completa, realmente penso que toda nessa experiência acumulada no longo de um ano inteiro, nos ajudou a serem melhores profissionais, nos ajudar a reafirmar ainda mais nosso conhecimento, sento que eu crescer como profissional, embora é justo falar que o esforço foi muito grande já que o idioma constituir uma obstáculo, mas como todo grande esforço sempre leva a bom resultado. O trabalho com os casos complexos permitiu centrar a atenção de cumprir com os saberes acadêmicos e de abordagem dentro do contexto neste meio, com as particularidades da comunidade de atuação, para minha pratica Profissional, o conhecimento de fluxograma para afrontamento de doenças como o chegás, a hanseníase, que são frequentes na população do norte e amazônica do pais,

onde me encontrar inserido abordagem dos casos de doenças crônicas como a HAS, a Diabetes Mellitus, a dislipidemia, o asma, enfermidades muito frequentes como manejo da febre em criança, estágio importante na vida da mulher, como o climatério, afrontamento do alcoolismo, a violência infantil, atuação no trauma, dentro de outros aspectos relevantes como são a saúde do trabalhador, aconselhamento genético e outros que não menciono agora pelo que forem muito importante para melhorar as ofertas de atendimento e providenciou recursos para melhor manejo das diferentes doenças em nosso atual contexto.

Como profissional de saúde posso refletir em relação com minha trajetória no curso, que inicialmente, foi muito difícil, me adaptar a uma nova situação, onde por primeira vez realizar trabalhos e estudos numa plataforma digital, já que para mim foi uma nova forma de ensino, minha primeira oportunidade de fazer um curso de especialização a distância, realmente penso que é melhorado como pessoa e como profissional, com o acúmulo de ferramentas oferecidas por os tutores, por a própria plataforma, por uma equipe que sempre ajudar ante alguma dificuldade ou esclarecimento de dúvidas, que alunos como eu apresentou no transcurso do curso, por todas essas razões me sinto melhor preparado para o enfrentamento de novas tarefas na Atenção Primária da Saúde e como futuro Especialista em Saúde da Família.

Referencia bibliográfica

1. IBGE | Portal do IBGE <https://www.ibge.gov.br/>
Métodos e documentos de referência. Normas · Revista e manuais técnicos Vocabulário e glossários · Outros documentos técnicos · Todos os produtos Biblioteca · Agência de Notícias · Calendário · Nossos sites Institucional · Respondentes · Loja · Atendimento · Inglês · Portal **IBGE** antigo
2. Immunological Mechanisms Underlying Chronic Pelvic Pain and Prostate Inflammation in Chronic Pelvic Pain Syndrome
María L. Breser, Florencia C. Salazar, Viginia E. Rivero, Rubén D. Motrich
Front Immunol. 2017; 8: 898. Published online 2017 Jul 31. doi: 10.3389/fimmu.2017.00898
PMCID: PMC5535188
[ArticlePubReaderPDF–451KCitation](#)
3. Clinical characteristics of genital chlamydia infection in pelvic inflammatory disease Sung Taek Park, Suk Woo Lee, Min Jeong Kim, Young Mo Kang, Hye Min Moon, Chae Chun Rhim
BMC Womens Health. 2017; 17: 5. Published online 2017 Jan 13. doi: 10.1186/s12905-016-0356-9
PMCID: PMC5237214
[ArticlePubReaderPDF–494KCitation](#)
4. Microbial infection, inflammation and epithelial ovarian cancer
Xiaohui Xie, Mengyuan Yang, Yiling Ding, Jianlin Chen
Oncol Lett. 2017 Aug; 14(2): 1911–1919. Published online 2017 Jun 15. doi: 10.3892/ol.2017.6388
PMCID: PMC5529868
[ArticlePubReaderPDF–1.0MCitation](#)
5. Anatomic Sites and Associated Clinical Factors for Deep Dyspareunia
Paul J. Yong, Christina Williams, Ali Yosef, Fontayne Wong, Mohamed A. Bedaiwy, Sarka Lisonkova, Catherine Allaire
Sex Med. 2017 Sep; 5(3): e184–e195. Published online 2017 Aug 1. doi: 10.1016/j.esxm.2017.07.001
PMCID: PMC5562494
[ArticlePubReaderPDF–657KCitation](#)

6. Multiple causes of maternal mortality related to abortion in Minas Gerais State, Brazil, 2000-2011].
Martins EF, Almeida PF, Paixão CO, Bicalho PG, Errico LS.
Cad Saude Publica. 2017 Feb 13;33(1):e00133115. doi: 10.1590/0102-3
PMID: 28226068 Free Article
Similar articles PUBMED.

7. Prediction of Adequate Prenatal Care Utilization Based on the Extended Parallel Process Model
Sepideh Hajian, PhD, Fatemeh Imani, MS, Hedyeh Riazi, PhD, Fatemeh Salmani, PhD
Int J Community Based Nurs Midwifery. 2017 Oct; 5(4): 342–354.
PMCID: PMC5635554
Article PubReader PDF–437K Citation PUBMED.

8. Family health strategy and equity in prenatal care: a population based cross-sectional study in Minas Gerais, Brazil
Mônica Viegas Andrade, Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha, Allan Claudius Queiroz Barbosa, Michelle Nepomuceno Souza, Júlia Almeida Calazans, Lucas Resende de Carvalho, Thiago Augusto Hernandes Rocha, Núbia Cristina Silva
Int J Equity Health. 2017; 16: 24. Published online 2017 Jan 21. doi: 10.1186/s12939-016-0503-9
PMCID: PMC5251278
Article PubReader PDF–1.2M Citation PUBMED.

9. The vaginal microbiome during pregnancy and the postpartum period in a European population
David A. MacIntyre, Manju Chandiramani, Yun S. Lee, Lindsay Kindinger, Ann Smith, Nicos Angelopoulos, Benjamin Lehne, Shankari Arulkumaran, Richard Brown, Tiong Ghee Teoh, Elaine Holmes, Jeremy K. Nicholson, Julian R. Marchesi, Phillip R. Bennett
Sci Rep. 2015; 5: 8988. Published online 2015 Mar 11. doi: 10.1038/srep08988
PMCID: PMC4355684
Article PubReader PDF–916K Citation PUBMED

10. Prevalência de candidíase vulvovaginal na gravidez em três centros de saúde em Burkina Faso.
Sangaré I, Sirima C, Bamba S, Zida A, Cissé M, Bazié WW, Sanou S, Dao B, Menan H, Guiguemdé RT.
J Mycol Med . 2017 20 de setembro. Pii: S1156-5233 (17) 30219-6. doi: 10.1016 / j.mycmed.2017.08.006. [Epub antes da impressão]
PMID:28939305
Artigos similares PUBMED.
11. Um Modelo Discriminante Bayesiano Stepwise para Prever Fatores de Risco de Ruptura Precoce Prematura de Membranas: Um Estudo de Caso-controle. Zhang LX, Sun Y, Zhao H, Zhu N, Sun XD, Jin X, Zou AM, Mi Y, Xu JR. Chin Med J (Engl) . 2017 20 de outubro; 130 (20): 2416-2422. doi: 10.4103 / 0366-6999.216396. PMID:29052561 Artigo Gratuito Artigos similares PUBMED.
12. Nascimento prematuro associado ao grupo B *Streptococcus* Colonização materna em todo o mundo: revisão sistemática e metanálise Fiorella Bianchi-Jassir Anna C Seale Maya Kohli-Lynch Joy E Lawn Carol J Baker Linda Bartlett Clare Cutland Michael G Gravett Paul T Heath Margaret Ip... Mostrar mais *Doenças Infecciosas Clínicas* , Volume 65, Problema suppl_2, 6 de novembro de 2017, Páginas S133-S142, <https://doi.org/10.1093/cid/cix661>. Publicados: 06 de novembro de 2017 PUBMED.
13. Estratégias para aumentar o papel da medicina familiar na reforma mexicana de cuidados de saúde. Ramírez Aranda JM, van Weel C, Goodyear-Smith F. J Am Board Fam Med . 2017 novembro-dezembro; 30 (6): 843-847. doi: 10.3122 / jabfm.2017.06.170024.
PMID:29180563 **Artigo Gratuito** Artigos similares
14. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Centros de Apoio à Saúde da Família em Guarulhos, no estado de São Paulo, Brasil. Hori AA, Nascimento Ade F. Cien Saude Colet . 2014 Ago; 19 (8): 3561-71. Português. PMID: 25119095 **Artigo Gratuito** Artigos similares
15. Início visitas - central para a atenção primária, tradição ou uma obrigação? Um estudo qualitativo Gudrun Theile, Carsten Kruschinski, Marlene Buck, Christiane A Müller, Eva Hummers-Pradier BMC Fam Pract. 2011; 12: 24. Publicado online 2011 22 de abril doi: 10.1186 / 1471-2296-12-24 PMCID: PMC3098781 Artigo PubReader PDF-519K Citação

16. Determinantes do desempenho financeiro das agências de enfermagem de **visita domiciliar** no Japão Sakiko Fukui, Kazuhiro Yoshiuchi, Junko Fujita, Sumie Ikezaki BMC Health Serv Res. 2014; 14: 11. Publicado online 2014 Jan 9. doi: 10.1186 / 1472-6963-14-11
PMCID: PMC3893605 Artigo PubReader PDF-163K Citação

ANEXO 1

PROJETO DE INTERVENÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**

Título

A infecção vulvovaginal, doença frequente em mulheres atendida no período janeiro a junho ano 2017.

Autores

*** Germán Ledian Betancourt Ramos.**

**** Reny Alves.**

*** Especialista em medicina geral integral, aluno do curso especialização em saúde da família.**

**** Enfermagem Bacharel.**

Tutor

Ana kolling.

#

Estratégia de saúde nossa senhora das graças

Município Gurupá estado Pará

Programa mais médicos para Brasil

Ano 2017

Resumo:

Se realizará um estudo não observacionais quasi experimentais de ensaio de intervenção comunitária com o objetivo de Identificar o numero de atendimento por infecção vulvovaginal no período janeiro a junho 2017, em nossa área de abrangência da estratégia de saúde Nossa Senhora das Graças, do município Gurupá, o universo de trabalho estará integrado por todas as mulheres que assentiram a consulta por queixa de infecção vulvovaginal com medico o enfermagem no período compreendido de janeiro a junho do ano 2017, com a realização do mesmo pretendemos agir na mudança em modo e estilo de vida em relação as doenças sexualmente transmissível, e no particular que nessas mulher com infecção vulvovaginal ganhem em conhecimento sobre as nefastas complicações decorrente de tal doença, para isso vamos a utilizar técnicas educacionais da comunicação como são as palestras, os vídeos e informações através dos médios de difusão, que de uma ou outra forma vão a chegar ao resto da população, se temos em conta que por cada mulher com infecção vaginal numa área determinada ficam outras com o mesmo problema que nunca chegam para serem atendida por profissionais de saúde.

INTRODUÇÃO:

doenças sexualmente transmissíveis (DST), anteriormente conhecidas como doenças venéreas (VD), estavam presentes entre as populações da antiguidade, bem como durante a Idade Média. Tábuas de argila da Mesopotâmia, papiro egípcio, juntamente com mitologia, pinturas de cenas eróticas, e presença de prostitutas dar informação suficiente para assumir que alguma forma de uretral e vaginal de descarga, e também de herpes genital estavam presentes entre as pessoas em que o tempo, e que estas doenças foram consideradas um castigo divino. Algumas passagens da Bíblia dizer muito sobre o comportamento sexual dos antigos hebreus. Os escritos do grego e os médicos romanos e de seus poetas satíricos (Martial, Juvenal, Ovídio) descreveu doenças genitais diversas. Celsus descreveu várias doenças dos órgãos genitais, que ele chamou de as "partes obscenas". Galen fez uma descrição estranha dos órgãos genitais femininos e cunhou o termo gonorreia - fluxo de sêmen. Os antigos médicos chineses e indianos também deu alguma conta com a presença de doenças venéreas em seus livros, e as esculturas do templo retratam a sua vida sexual. Durante a Idade Média, muitos médicos e cirurgiões da Europa, bem como de países árabes escreveu sobre doenças locais dos órgãos genitais, descrevendo cancros, condilomas, erosões, pústulas, uretral e vaginal descarga, e seu tratamento. Alguns estavam cientes de que as alterações foram conectados com a atividade sexual. Apesar do fato da igreja cristã propagado a abstinência, a propagação de doenças venéreas foi possível porque a difusão da prostituição, banhos comuns, e as guerras. Durante o século 19, alguns dos médicos e historiadores, especialmente J. Rosenbaum, F. Buret e E. Lancereaux acreditava sífilis era tão antiga quanto a humanidade, enquanto que autores posteriores tinham a opinião a doença surgiu no final do século 15⁽¹⁾ como se mostra no parágrafo anterior as DST, são conhecidas e sofridas pelas pessoas desde a antiguidade.

O Consenso sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), promovido pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia, em 2006, englobava três distintos capítulos: IST, endocervicites e DIP; recomendações para o diagnóstico e tratamento das infecções genitais pelo papiloma vírus; vulvovaginites. Tendo uma parte do seu conteúdo sido revista no âmbito da patologia cervico-vulvovagina, a maioria das mulheres terá uma infecção vaginal durante a sua vida, caracterizada por corrimento, prurido ou odor⁽²⁾. O diagnóstico etiológico implica uma história clínica cuidada (com colheita de informação sobre práticas e comportamentos sexuais, ciclos menstruais, hábitos de higiene e medicações), exame ginecológico e testes laboratoriais. As três doenças mais frequentemente associadas a corrimento vaginal são a vaginose bacteriana, a candidíase e a tricomoníase. Entende-se adoptar os termos candidíase e tricomoníase pela existência de sinais inflamatórios. A presença de sinais

objectivos de inflamação vulvar, na ausência de germens patogénicos identificados nos testes laboratoriais, sugere a possibilidade de irritação vulvar mecânica, química, alérgica ou outra não infecciosa (ex.: dermatoses). O corrimento pode ser causado por outras condições fisiológicas e patológicas, incluindo cervicite, vaginite atrófica e ectopia cervical mucóide. Problemas psicossociais e depressão podem apresentar-se com episódios recorrentes de corrimento vaginal. Existe uma condição inflamatória com sintomatologia prolongada e exacerbações intermitentes, que também se caracteriza por lactobacilos diminuídos e o pH elevado, onde predomina a microflora aeróbia derivada do intestino, tal como *Escherichia coli*, estreptococos grupo B e *Staphylococcus aureus*, designada de vaginite aeróbica⁽³⁾

O que é vulvovaginite?

Vulvovaginite é uma inflamação ou infecção da vulva e da vagina. Também pode ser chamada de vulvite ou vaginite, se afeta apenas uma dessas partes do aparelho genital, mas isso é muito difícil de ocorrer. Os tipos mais comuns de vaginite são: vaginite bacteriana, infecções fúngicas, principalmente a candidíase, tricomoniase e atrofia vaginal ou vaginite atrófica.

Quais são as causas das vulvovaginites?

As vulvovaginites podem ocorrer em qualquer idade, mas mulheres na pós-menopausa são mais susceptíveis. As vulvovaginites podem ser causadas por bactérias, fungos, vírus ou parasitas. A proliferação excessiva de certas bactérias pode levar à infecção, mas uma das causas mais comuns de vulvovaginite é a candidíase, causada por um fungo ou muitas vezes pelo uso de antibióticos, visto que essas medicações, tomadas por outros motivos, podem matar as bactérias que mantêm o equilíbrio da flora vaginal. As infestações por vermes, sarna e piolhos também podem causar inflamação da vulva e/ou vagina. Fatores como falta de higiene, alergias e roupas apertadas podem favorecer as vulvovaginites ou atrasar a recuperação desta condição.

Além das infecções, fatores químicos como sabonetes, banhos de espuma, absorventes perfumados, cremes e látex das camisinhas podem ser responsáveis pelas inflamações na vulva e na vagina. Apesar de tudo isso, às vezes, a causa da vulvovaginite permanece desconhecida. O risco da vulvovaginite fica aumentado quando há alterações hormonais, atividade sexual intensa, [doença sexualmente transmissível](#) ou uso prolongado de certos medicamentos.

Quais são os principais sinais e sintomas da vulvovaginite?

Os sinais e sintomas gerais das vulvovaginites podem incluir [corrimentos vaginais](#), coceira ou irritação vaginal, dor durante a relação sexual e ao urinar, sangramento pela vagina. As características do [corrimento vaginal](#), o principal sinal da vulvovaginite, podem indicar o tipo de infecção. As vulvovaginites bacterianas podem não apresentar sintomas, mas algumas

causam um corrimento branco-acinzentado, frequentemente mal cheiroso. A infecção por fungos geralmente provoca coceira vaginal e um corrimento branco espesso e a vulvovaginite por tricomoníase causa desconforto e corrimento branco-amarelado.

Como o médico diagnostica a vulvovaginite?

A história clínica e o exame físico da mulher com [corrimento](#), principal sintoma das vulvovaginites, são inespecíficos. O diagnóstico do tipo da vulvovaginite é feito pela coleta de amostras da secreção vaginal a ser examinada no microscópio. Com isso, é possível diagnosticar a causa da doença e assim proceder ao tratamento adequado. A vulvosopia e outros exames também podem ser utilizados para um diagnóstico mais preciso. Em casos de dúvidas quanto a existir ou não a infecção, uma biópsia da área irritada pode ser recomendável.

Como o [médico](#) trata a vulvovaginite?

O tratamento da vulvovaginite dependerá da sua causa e do resultado das análises laboratoriais realizadas. Entre as opções, contam-se os antibióticos orais ou tópicos, os cremes antifúngicos, o creme de cortisona, os anti-histamínicos e os cremes de estrogênios. O antibiograma pode auxiliar na escolha da medicação mais adequada. Um médico [ginecologista](#) sempre deve ser consultado para avaliar a presença de corrimento.

Como prevenir a vulvovaginite?

A prevenção da vulvovaginite supõe, em primeiro lugar, ter hábitos de higiene íntima adequados. Procure usar roupas íntimas de algodão, não use meia calça com frequência ou roupas muito apertadas e durma sem roupas íntimas. Se a vulvovaginite for contraída por via sexual, seu parceiro também deve receber tratamento e a camisinha deve ser utilizada durante as relações sexuais ⁽⁴⁾.

Também é bom conhecer o que outro problema pode ocasionar a infecção vulvovaginal, a vaginose bacteriana, ou VB, é a infecção vaginal mais frequente em mulheres com idades entre 15 e 44 anos e é causada quando há uma quantidade excessiva de certos micro-organismos que provocam o desequilíbrio bacteriano na vagina.

Se não for tratada, esta infecção pode causar partos prematuros, problemas de fertilidade e um risco maior de contrair outras doenças sexualmente transmissíveis ⁽⁵⁾.

Queremos abordar também neste trabalho algumas condições em que a secreção vaginal é normal, quais são as características de uma secreção saudável:

Algumas mulheres se assustam quando percebem que existe uma secreção mais escura na roupa íntima, porém isso é completamente normal.

A alteração da cor do fluido é em decorrência da aproximação do fluxo menstrual. Normalmente essa secreção é esbranquiçada.

No período da ovulação adquire uma transparência semelhante a clara de ovo. Coloração levemente amarelada é também comum, especialistas explicam que pode ser consequência das reações químicas de quando a secreção entra em contato com o oxigênio.

O portal de maternidade e saúde feminina Trocando Fraldas ressalta que o corrimento branco, pastoso, com odor incômodo e acompanhado de coceira pode ser sinal de infecções vaginais como a candidíase. Por outro lado, na ausência de odor forte ou outros incômodos é considerado normal ⁽⁶⁾.

Dados epidemiológicos confiáveis de mulheres brasileiras com IST e outras ITR, assim como vaginose bacteriana e candidíase, são escassos. O Ministério da Saúde iniciou a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) na década de 1990. O principal propósito do PSF é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a assistência à saúde para mais perto da família, e melhorando a qualidade de vida das pessoas. As infecções do trato reprodutivo (ITR), incluindo infecções sexualmente transmissíveis (IST), merecem atenção especial da saúde pública. As IST estão entre as primeiras cinco categorias de doenças para as quais adultos em países em desenvolvimento buscam ajuda médica, geralmente elas causam desconforto e perda de produtividade econômica. As seqüelas mais sérias e de maior duração surgem nas mulheres: doença inflamatória pélvica, câncer cervical, infertilidade, aborto espontâneo e gravidez ectópica, que pode levar ao óbito materno. A presença de uma IST aumenta de três a cinco vezes os riscos de se adquirir e transmitir a infecção por HIV, e a vaginose bacteriana pode ser um co-fator de transmissão do HIV, principalmente entre mulheres jovens. O manuseio efetivo das infecções genitais é importante para o controle de IST e ITR, uma vez que ele previne o desenvolvimento de complicações e sequelas, diminui o avanço dessas infecções na comunidade e oferece uma oportunidade única para uma educação direcionada sobre a prevenção do HIV. O tratamento adequado dessas infecções num primeiro contato entre pacientes e profissionais de saúde é, portanto, uma importante medida de saúde pública. No caso das mulheres, há o potencial de se influenciar o futuro comportamento sexual e o hábito de buscar tratamento em um estágio inicial da história natural da doença ⁽⁷⁾. O qual é fundamental para evitar a progressão da doença e seu mantimento o longo do tempo, levando a complicações grave e nefasta para a mulher como o câncer de colo de útero se temos em conta que no Brasil, estima-se que o câncer do colo uterino seja o terceiro mais comum na população feminina, sendo superado pelo câncer de pele não melanoma e pelo câncer de mama. Representa a segunda causa de óbito por câncer entre mulheres, com uma taxa de mortalidade de aproximadamente 4,61 por 100 mil mulheres, no ano de 2002, sendo o pico de incidência por idade entre 40 e 60 anos. As estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA) apontam 18.430 novos casos de câncer do colo do útero no Brasil para o ano de 2010, sendo 1.820 novos casos somente na Região Norte. No Estado do Pará, localizado na Região Norte do

país, que representa uma das áreas mais acometidas, deverão surgir, no mesmo ano, 790 novos casos da doença, sendo 330 somente na capital, Belém^(8,9). À ausência de dados precisos atualmente sobre o número de casos de DST e especificamente Vulvovaginites e vaginoses são a causa mais comum de corrimento vaginal patológico, responsáveis por inúmeras consultas aos ginecologistas⁽¹⁰⁾ e se temos em conta os padrões de comportamento das mulheres em nosso município, que buscam atendimento no PSF, segundo o cotidiano e o trabalho do dia a dia, o número de atendimento é cada vez maior, pelo que nos motivou a realização desse estudo para o conhecimento da realidade local e o planejamento de estratégias de intervenção e prevenção para esta população, o principal objetivo é Identificar o número de atendimento por infecção vulvovaginal no período janeiro a junho 2017.

Objetivo geral:

Identificar o número de atendimento por infecção vulvovaginal no período janeiro a junho 2017.

Objetivos específicos:

1. Distribuir o universo de estudo segundo variável, idade, estado civil e escolaridade.
2. Determinar o nível de atendimento realizado por nesta doença no período avaliado.
3. Avaliar o grau de conhecimento das mulheres sobre a doença antes e depois de intervenção.
4. Identificar o uso do preservativo, como método de proteção ou prevenção da doença antes e depois de intervenção, no universo estudado.

Desenho metodológico:

Se realizara um estudo não observacionais quasi experimentais de ensaio de intervenção comunitária, o universo de estudo estará integrado por todas as mulheres que vão assistir à consulta da unidade de saúde Nossa Senhora das Graças, no período compreendido dentre janeiro a junho do ano 2017, a informação se obter da falhas de trabalho do medico y enfermagem do posto de saúde no período analisado, a variável idade se classificar em **quantitativa discreta**, o estado civil da mulheres se classificar em **qualitativa nominal poliatômica** y escolaridades, se classificar **qualitativa ordinais**⁽¹¹⁾, na tabela seguinte mostramos à operacionalização das mesmas.

VARIAVEL	CLASIFICAÇÃO	ESCALA	DESCRIPÇÃO	INDICADOR
IDADE	Quantitativa Discreta	15 - 19 20 -24 25 - 29 30 -34 35 -39 40 - 44 45 - 49 50 - 54 55 - 59 60 - MAIS	Idade segundo data de nascimento registrada no prontuário.	taxa de pacientes com infecção vulva vaginal segundo idade.
ESTADO CIVIL	Qualitativa Nominal Politômica	Casada Solteira	Segundo a resposta da paciente.	Taxa de mulheres com infecção segundo estado civil.
ESCOLARIDADE	Qualitativa Ordinais	-Ensino Primeiro -Ensino Básico -Ensino Superior -Universitário	Segundo a resposta da paciente.	Taxa de mulheres com infecção vulvavaginal segundo escolaridade.

Além disso vamos elaborar um questionário com perguntas fechadas e abertas para avaliar o conhecimento antes y depois da intervenção, ao autor da investigação se avilhetara duas tarde semanal para a realização do mesmo, ele trabalhara num estreito vinculo com os agente comunitário de saúde e à enfermagem do posto, utilizaremos o método estatístico descritivo e a representação de os resultados serão através de tablas ou gráficos de frequência. A revisão bibliográfica foi feita através de as base de dados de pubmed e MeSH. Os desfechos serão processado num computador compatível, com um sistema operativo Windows 10

No relacionado aos aspectos éticos visitaremos a cada um dos casos que forem atendidos na estratégia de saúde Nossa Senhora das Graças, no período compreendido de janeiro a junho do presente ano, para estabelecer uma conversa, sobre a importância do trabalho na mudança de modo e estilo

de vida em relação à infecção vulvovaginal, falaremos as técnicas a utilizar no trabalho que são fundamentalmente educativa através de palestras e vídeos, nos apoiaremos na radio comunitária que pode falar sobre esses temas, também aplicaremos um questionário que es totalmente anônimo a todas as mulher objeto de estudo, além disso usaremos outras técnicas da comunicação como são as pratica educativas individuais e coletivas e deste jeito receber delas seu consentimento informado por escrito.

Recursos Financeiros

Recursos	Profissionais	No de profissionais	Quantidades de horas no dia	Quantidades de horas na semana	Quantidade de hora no mês	Custo em dinheiro no mês
Humanos	Medico	1	2	4	16	R\$ 480.00
	Enfermagem	1	2	4	16	R\$ 480.00
	ACS	9	2	18	72	R\$ 540.00
Materiales	Dada show	1		4	16	
	Computador	1		2	8	
	Impressora	1			Meia hora	R\$ 50.00
	Local para as técnicas educativas	1 PSF	-	-	-	-
	Papel para questionário	1 pacote de 500 folhas	-	-	-	R\$ 20.00
	Radio comunitária	1	-	-	-	
	Transporte para áreas do interior do município	Moto	-	-	4	R\$ 25.00
		Fluvial	-	-	4	R\$ 120.00

Nota para esclarecer algumas questiones no caso de os ACS (agente comunitários de saúde) 2 hora ao dia uma vez por semana, eles são 9 agentes comunitários, portanto são 18 semanal e 72 ao mês, todos os custos em dinheiro para o recurso humano eram calculados a razão de 40 horas semanal, nesses gastos somente é para um mês de trabalho, como a etapa de execução segundo o cronograma é por três meses os recursos financeiros se podem triplicar.

Cronograma de atividades:

DATAS	Etapa de Organização (elaboração do protocolo da investigação)	Etapa Execução (do protocolo da investigação)	Etapa Processamento e análise da informação	Etapa de Redação de informe final
Data de inicio	Março 2017	Julho 2017	Outubro 2017	Dezembro 2017
Data de terminação	Junho 2017	Setembro 2017	Novembro 2017	

Referencia bibliográficas:

1. History of venereal diseases from antiquity to the renaissance.
Gruber F, Lipozenčić J, Kehler T.
Acta Dermatovenerol Croat. 2015;23(1):1-11.PMID: 25969906 [Similar articles](#)
2. Em Infecções Vulvovaginais - Sociedade Portuguesa De Ginecologia
www.spginecologia.pt/.../revisao_dos_consensos_em_infecoes_vulgovaginais.pdf
REVISÃO DOS CONSENSOS EM. INFECÇÕES VULVOVAGINAIS.
2012. Reunião da Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Hotel Vila Galé, Ericeira, 16 e 17 ...
3. Sherrard J, Donders D, White D, et al. European (IUSTI/WHO) guideline on the management of vaginal discharge, 2011. Int J of STD AIDS 2011; 22: 421-429.
4. Vulvovaginite: definição, causas, sinais e sintomas, diagnóstico ...
www.abc.med.br › Saúde da Mulher
18 de dez de 2014 - **Vulvovaginite**: definição, causas, sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção - **Vulvovaginite** é uma inflamação ou **infecção** da ...
5. As ameaças ocultas da infecção vaginal mais comum - Saúde - iG
saude.ig.com.br › Saúde
22 de abr de 2015 - A vaginose bacteriana, ou VB, é a **infecção vaginal** mais frequente em ... disse à BBC **Mundo** Eduardo Cortés, especialista em ginecologia e obstetrícia.
6. Guia rápido sobre a saúde íntima feminina - Tribuna da Bahia
www.tribunadabahia.com.br/2017/05/02/guia-rapido-sobre-saude-intima-feminina
2 de mai de 2017 - Mesmo que incômoda, a secreção vaginal é um estado comum e deve ... Baixa imunidade é uma porta de entrada para a **infecção vaginal**.
7. Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade ... - SciELO
www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n7/a05v30n7
de MRB BARCELOS - 2008 - Citado por 37 - Artigos relacionados
30 de jul de 2008.

8. Prevalência de infecção genital pelo HPV em populações urbana e ...
www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/16.pdf
de DS Pinto - 2011 - Citado por 5 - Artigos relacionados

9. Rastreamento de candidose vaginal durante a prevenção do ... - UFF
www.uff.br/dst/revista17-1-2005/rastreamentodecandidose.pdf
de VLN Cavalcante - 2005 - Citado por 21 - Artigos relacionados

10. [VULVOVAGINITES Prof. Dra. CLÁUDIA JACYNTHO – RJ Mestre em ...](http://www.jacyntho.com.br/php/artigos/FEBRASGO_2010.pdf)
www.jacyntho.com.br/php/artigos/FEBRASGO_2010.pdf
Vulvovaginites e vaginoses são a causa mais comum de corrimento vaginal única, assim como o tinidazol 2g, em dose única e, no **Brasil**, também por asta ... seis meses, com oferecimento de antifúngicos, se houver **história** de candidíase, ...

11. XIV EPIC: Normas e modelo do resumo
ufr.br/pic/index.php?option=com_content&view=article&id...epic-e...
InicioXIV **EPIC: Normas** e modelo do resumo ... resumo dos subprojetos do PIBIC, PIBITI, PIBIC-EM e PIBIC-AF de **2014/2015** para os Anais e para o XIV **EPIC**

ANEXO

Questionário

Idade _____

Endereço _____

Estado civil: Casada _____ Solteira _____

Escolaridade _____

Primeira relações sexuais: antes dos 15 anos _____ depois dos 15 anos _____

Uso de preservativo: Raramente ____ nunca ____ ou uso consistentemente _____

Um parceiro no ano anterior ____ mais um parceiro no ano anterior ____

Um parceiro na vida ____ mais de um parceiro na vida ____

Historia de corrimento vaginal uma vez por ano ____ mais de uma vez por ano ____

Prova de PCCU a cada ano ____ a cada 2 ano ____ ou nunca ____

Tem conhecimento sobre o que é uma infecção vulvovaginal: Si ____ No ____

Conhece os risco da infecção vaginal para a saúde: Si ____ No ____

Te conhecimento de que há infecção vulvovaginal que não tem cura: Si ____ No ____

Tem conhecimento das infecções transmissão sexual Si ____ No ____

Folhas de coleta de informação

POSTO:

DATA: / /

#	Nome E Sobrenome	E	S	Endereço	Prot uário	Diagnóstico	D E	Exam e	ECM	V D	C C	C A	PRE N	PUERI	PUER P	A B	RE R	U E

Exame(tax, usg,rx,lab, pccu,lab,RM)

Pre N(Prenatal)

EU(Urgência Emergência)

Médico:

ECM(encaminhamento)

Pueri(Puericultura)

DE(Demanda espontânea)

VD(Visita domicilio)

PuerP(Puerpera)

Carimbo:

CC(Consulta Cuidados Continuados)

AB(Atenção Básica)

CA(Consulta agendada)

RE(Reunião y Rastreamento C o M)

		N*												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Problema / Condição Avaliada	Usoque													
	Intensidade													
	Diagnóstico													
	DSF													
	Clinica do Cole da Ulla													
	Clinica de Abama													
	Risco cardiovascular													
	CIAP2 - 01													
	CIAP2 - 02													
	CD 10 - 01													
Exames Solicitados ou Avaliados (A)	Colésterol total													
	Creatinina													
	CA 150/0													
	Classificação de Hemoglobina													
	Classificação de Hemoglobina													
	Capilaridade													
	Exame de urina													
	Glicemia													
	HDL													
	Hemoglobina Glicada													
	Hemograma													
	LDL													
	Reflexo da íris / Fundo de Olho com oftalmoscópio													
	Serologia de Sífilis (VDRL)													
	Serologia para Dengue													
	Serologia para HIV													
	Teste indireto de antígeno humano (ta)													
	Teste de orelha													
	Teste de Gravidez													
	Teste de orelha													
	Teste de punho													
	Ultrassonografia obstétrica													
	Urocultura													
	Cabeça (SA)													
Se usou alguma PIC, indicar qual nos espaços														
Ficou em Observação?		SH	NE	OGH	NE	OGH	NE	OGH	NE	OGH	NE	OGH	NE	OGH
NAZ-PIC	Avaliação Diagnóstica													
	Procedimento Clínico / Respiratório													
	Prescrição Farmacológica													
	Relatório para consulta agendada													
	Relatório de cuidado continuado programado													
Condição	Agendamento para Grupo													
	Agendamento para NAZ													
	Ato de apreensão													
	Encaminhamento Interno no Dia													
	Encaminhamento para Serviço Especializado													
	Encaminhamento para CAPS													
	Encaminhamento para Internação Hospitalar													
	Encaminhamento para Urgência													
Encaminhamento para Serviço de Atenção Domiciliar														
Encaminhamento Interdisciplinar														

Legenda: Opção Múltipla de Escala Opção Única de Escala (Marcar A ou B por questão)

Local de Atendimento: 01 - USF 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Casal/Criche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Indústria / Aberto 09 - Unidade pública ou corporativa 10 - Unidade socioeducativa Atendimento Médico: 01 - Exclusivo 02 - Plurianível 03 - Complementar 04 - Insuficiente

Modalidade de AU Destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde (AD). Usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. AD2. Usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mesmo ambiente. AD3. Usuário com os critérios de AD2 atendido ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracetamol, ou diátese perioral.

ITC: 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Acupuntura aplicada à saúde 03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Fisiologia 06 - Fisiologia Clínica 07 - Psicologia corporal e mente em P.C.a. 07 - Fisiologia manual em P.C.a. 08 - Outros * Campo Obrigatório

