ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

KARINA MEIRELLES FONSECA

PORTFÓLIO FINAL

Aprendendo sobre Infecções sexualmente transmissíveis na escola

DOM PEDRITO-RS

2017

KARINA MEIRELLES FONSECA

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 da Professora Aline Picoli Benvenutti, médico sanitarista e médico de família e comunidade.

DOM PEDRITO-RS

2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 04

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO 06

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS 08

4 VISITA DOMICILIAR 12

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA 14

REFERÊNCIAS 16

ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO 17

1. INTRODUÇÃO

Sou médica formada pela UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA em dezembro de 2013. Trabalhei um ano e meio na atenção primária em Minas Gerais e por falta de vaga em meu estado devido a ocupação de cubanos, vim fazer o PROVAB(Programa de Valorização da Atenção Básica), em Dom Pedrito- Rio Grande do Sul e me deparei com uma situação de saúde em seus primórdios; a atenção primária na cidade que atuo está em formação.

Minha ESF(Estratégia Saúde da Família) foi inaugurada com minha chegada em agosto de 2015, minha equipe era formada por mim e uma estagiária de técnica de enfermagem. Após três meses trabalhando sem agente de saúde, sem equipe formada e sem estrutura adequada; foi contratada uma enfermeira que ficou quatro meses e após muita cobrança com a secretaria de saúde local, foi realizado um concurso público e em junho desse ano formamos uma equipe incompleta com uma técnica de enfermagem e uma enfermeira. Há dois meses conseguimos uma agente de saúde e lutamos por uma equipe completa e estrutura melhor para um bom atendimento.

A ESF Sanlai Ferreira Silveira Vila Arrué é composta por dois bairros Vila Arrué e Rincão da Figura; comunidade de aproximadamente 1890 habitantes. Infelizmente pela falta do agente de saúde não possuímos dados concretos de habitantes e as famílias cadastradas são poucas. A comunidade apresenta duas escolas e uma igreja; nenhum centro comunitário. O local da nossa ESF era um centro comunitário.

A população em sua maioria é carente, mas que apresenta o melhor vínculo com a ESF; pelo menos pela minha pequena experiência; apesar de todas as dificuldades conseguimos atender grande parte das necessidades da população. Hoje, trabalhamos com consultas agendadas de cuidado continuado; assim como pré-natal e demanda espontânea. Realizmos curativos, preventivo, testes rápidos. As visitas domiciliares sempre foram realizadas desde o primeiro mês da unidade, íamos a pé atender os pacientes, os quais solicitavam nossa visita, devido a falta do agente de saúde. A maioria dos pacientes de cuidado continuado são portadores de Asma, HAS e DM. Nossos pacientes apresentam grande dificuldade de acesso odontológico; pois a ESF Vila Arrué é área urbana, mas bastante afastada do centro da cidade, onde ocorre os atendimentos odontológicos. E o transporte urbano apresenta seu primeiro horário às 8:30h da manhã e a marcação de consultas odontológicas ocorre às 07:00h; assunto sempre discutido com a gestão.

Devido à alta incidência de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência na comunidade; decidi realizar o projeto de intervenção que já está sendo executado, de saúde na

escola. Promoção de saúde na escola através de palestras e grupos de discussões nas escolas da comunidade a partir do quinto ano. É abordado tema sobre ISTs(infecções sexualmente transmissíveis) e a gestação precoce, focando na prevenção.

2. ESTUDO CASO CLÍNICO

A escolha do caso foi baseada na frequência de casos ocorridos na minha ESF e que está diretamente relacionado ao meu projeto de intervenção e ao meu trabalho de prevenção na comunidade e promoção de saúde na escola e também baseado nas atividades dos casos do eixo 2.

Caso Clínico:

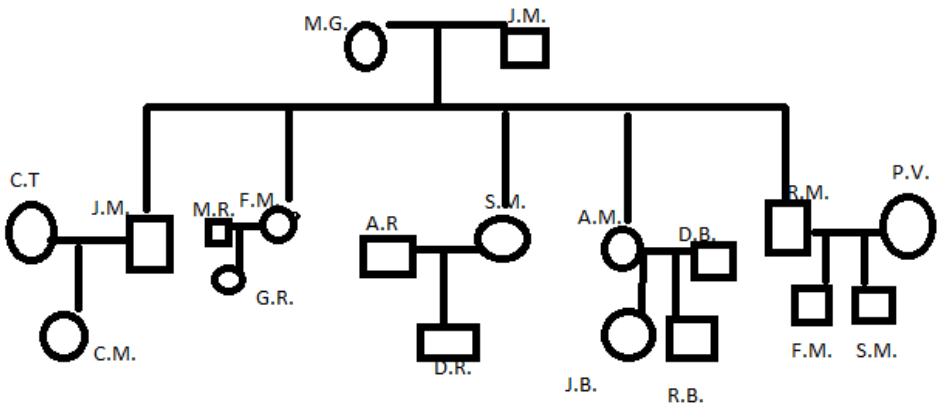
Paciente S.M. de 26 anos; casada; do lar; moradora da comunidade e bairro Vila Arrué, em uso de level e G1P1A0, parto vaginal há 07 anos sem intercorrências realizado pré-natal corretamente (sic). Chega à ESF para consulta de demanda espontânea com quadro de dor supra-púbica, dispareunia profunda; corrimento amarelado. Ao exame: dor à palpação profunda de região supra-púbica; afebril; bom estado geral; ao exame especular: colo doloroso à mobilização e corrimento em orifício cervical. Ao perguntar sobre sintomas do parceiro; paciente relata que os sintomas dele iniciaram hoje com corrimento uretral e disúria e os dela há 03 dias. Relata relação extraconjugal sem preservativo. Oriento se tratar de uma doença inflamatória pélvica sexualmente transmissível; necessário tratar parceiros e orietando à procurar a ESF e realizar os testes rápidos HIV,Sífilis, hepatites B e C; para ela e os parceiros. Oriento trazer marido para consulta. Realizei o tratamento com ceftriaxona 500 mg DU associado à doxiciclina de 100mg de 12 em 12 horas por 07 dias e associei Metronidazol 2g DU; todos via oral. Tratei o marido com o mesmo esquema; entretanto para melhor aderência do homem ao tratamento troquei a doxiciclina por azitromicina 1g DU. Ambos retornaram para consulta com os resultados dos testes rápidos negativos e orientei repetí-los, devido à janela imunológica do vírus. Paciente masculino assintomático sem lesões ou úlceras em região genital, ausência de corrimento. Paciente feminina assintomática; ausência de dor supra-púbica, ausência de corrimento em endocérvice, apresentava desconforto à mobilização do colo. Solicitei ultrassonografia endovaginal e realizei coleta colpocitológica. Paciente retornou com exames normais e repetimos os testes rápidos após três meses e repetimos do parceiro.

Estudando o manual de doenças sexualmente transmissíveis do Ministério da Saúde de 2015 e 2006, acabei percebendo que não tinha necessidade do metronidazol, somente se persistência do corrimento ou recidiva e aí se associa à eritromicina. Quanto aos critérios de tratamento ambulatorial ou hospitalar me recordava; mas foi bom para reforçar. Quanto à solicitação da ultrassonografia endovaginal solicitei pelo risco de aderências em tuba uterina

que poderia formar devido à DIP sendo que é fator de risco para infertilidade; explicado para paciente. Conforme ao artigo de atualização na abordagem da dor pélvica crônica de 2007; relata no protocolo solicitar ultrassonografia endovaginal e até urinocultura e exames laboratoriais.

Presenciei; acompanhei e tratei vários casos de DIP e ISTS; mesmo com esclarecimento e disponibilidade de preservativo ainda é um grande problema de saúde e desde de agosto de 2015 eu e minha equipe fazemos sala de espera informando sobre à prevenção de ISTs e promoção de saúde na escola através de palestras junto à escola da comunidade.

Genograma:



3. PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NO ACOMPANHAMENTO DE PRÉ-NATAL:

Em relação às práticas de prevenção, educação e promoção de saúde considerei como prática relacionado ao meu projeto de intervenção e as demais atividades do meu portfólio à assistência ao Pré-natal e mais especificamente, HIV na gestação.

Em relação ao aconselhamento durante e após o pré-teste de HIV no pré-natal apresentei dificuldades em relação à abordagem caso o teste tivesse um resultado positivo ou indeterminado. E até mesmo para diagnóstico e momento de iniciar o tratamento de antirretrovirais. E baseado no Consenso de Gestante sobre Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes; 2010.

Segundo o este Consenso a abordagem inicial permite identificar o conhecimento das gestantes sobre aids, sífilis e outras IST, iniciar o mapeamento das situações de vulnerabilidade e de risco em que elas possam estar inseridas e estimular a aceitação para a realização do teste. Esses conteúdos deverão ser complementados e aprofundados após o resultado do teste, propiciando uma abordagem sobre aspectos da vida pessoal, tais como práticas sexuais e uso de drogas. É necessário investigar, em relação à gestante:

-os seus conhecimentos sobre a infecção pelo HIV/aids e outras IST;

-as suas práticas sexuais, com e sem proteção (tipos de vínculo com parceria sexual, orientação e práticas sexuais, dificuldades no uso de preservativo);

-o uso de drogas (tipo e formas de uso, contextos de utilização, hábitos dos parceiros, dificuldades no uso de preservativos sob efeito de álcool e outras drogas);

-o histórico de IST.

Considerar também:

-a possibilidade de janela imunológica;

-a necessidade de esclarecimento sobre os testes de HIV e sífilis, como estes são realizados, qual o significado dos resultados negativo, indeterminado e positivo;

-os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez, tanto para o controle da doença materna quanto para a prevenção da transmissão vertical, reforçando as chances dessa prevenção;

- esclarecer que o teste anti-HIV é confidencial e sua realização, voluntária.

Depois de prestar as orientações necessárias à testagem, o profissional de saúde deverá registrar tanto a realização do aconselhamento como a oferta do teste anti-HIV no prontuário da paciente, assinando-o logo após fazer as anotações.

1)Aconselhamento pós-teste:

a. Diante de um resultado negativo:

Em tal situação, a prioridade é reforçar as orientações sobre as medidas de prevenção, a fim de evitar futuras exposições de risco. É necessário que o profissional permaneça atento, pois a sensação de alívio desse momento pode desvalorizar a intervenção para adoção de práticas seguras.

Nesse momento, é essencial:

-explicar o significado do resultado negativo, reforçando que a testagem não evita a transmissão do vírus em novas exposições;

-verificar a possibilidade de janela imunológica, caso tenha ocorrido alguma exposição de risco nas 4 semanas que antecederam a realização do teste, indicando retorno para nova testagem após 30 dias e ressaltando a necessidade de adotar as medidas de prevenção;

-orientar sobre a prevenção, considerando: dificuldades na negociação do preservativo; uso de barreiras nas diferentes práticas sexuais, com os diferentes tipos de parceiros (fixos ou eventuais); práticas sexuais sob efeito de drogas (lícitas e /ou ilícitas, inclusive o álcool); e a ocorrência de violência doméstica e violência sexual;

-utilizar, junto às gestantes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, todos os argumentos no sentido de encorajar a abstinência.

Na impossibilidade da interrupção do uso das substâncias, discutir estratégias de redução de danos, reforçando a necessidade do uso de preservativo e do não compartilhamento de seringas e agulhas – no caso de uso de droga injetável - para que a usuária reduza os riscos de reinfecção e de transmissão para seus pares. Novamente, considerar o encaminhamento para Programas de Redução de Danos (PRD) e/ou Centro de Atenção Psicossocial, visando ao tratamento da dependência química;

-reforçar a importância de testagem do parceiro.

b. Diante de um resultado positivo:

O impacto do resultado positivo costuma ser intenso, tanto para a gestante quanto para o profissional. Portanto, é fundamental que este último esteja preparado para oferecer apoio emocional, respeitando o tempo de cada gestante, bem como a sua reação ao resultado. Informações sobre o significado do resultado, as alternativas de tratamento para a mãe e a possibilidade de evitar a infecção do bebê, os encaminhamentos necessários e a discussão sobre adoção de medidas de prevenção deverão ser oferecidas e abordadas de acordo com a condição emocional e o grau de escolaridade da usuária.

Nesse momento, é importante:

- reafirmar o sigilo do resultado;
-garantir às gestantes o tempo necessário para assimilação do diagnóstico, exposição das dúvidas e expressão dos sentimentos (por ex.: raiva, ansiedade, depressão, medo, negação);
-lembrar que o resultado positivo não significa morte, enfatizando os avanços do tratamento da infecção pelo HIV (melhora da qualidade e expectativa de vida, redução da morbimortalidade);
-explicar o significado da infecção pelo HIV e sua evolução, reforçando o risco de transmissão vertical do HIV e enfatizando a elevada eficácia das medidas de prevenção da TV;
-estimular a adesão ao tratamento, ressaltando a importância do acompanhamento médico e psicossocial para o controle da infecção e para a promoção da saúde, durante e após a gestação;
-reforçar a importância da testagem dos parceiros sexuais, oferecendo apoio, caso sejam identificadas dificuldades nesse sentido;
-discutir estratégias de redução de riscos que levem em conta as informações coletadas no pré-teste, tendo em vista, principalmente, a vulnerabilidade e as questões relacionadas a gênero, direitos reprodutivos, diversidade sexual e uso de drogas;
-utilizar, junto às gestantes que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, todos os argumentos no sentido de encorajar a abstinência.
-indicar grupos de apoio existentes na comunidade, no serviço de saúde ou em ONG locais;
-agendar consulta conforme fluxo do serviço.

Caso a gestante apresente resistência ou dificuldade em revelar o diagnóstico positivo ao(s) parceiro(s) sexual(is), o profissional de saúde deverá respeitar a postura da mulher, evidenciando, entretanto, as vantagens da revelação e disponibilizando-se, inclusive, a participar desse momento. O aconselhamento de casais pode ajudar no processo, permitindo a inclusão dos homens na tomada de decisão em relação às questões de saúde sexual e reprodutiva.

c. Diante de um resultado indeterminado:

Esse resultado poderá significar uma infecção recente, ocasião em que os testes sorológicos não detectam os anticorpos em quantidades suficientes para caracterizar um resultado positivo. Nesse caso, torna-se muito importante a avaliação da história e do risco de exposição e a triagem sorológica do parceiro. Em tal situação, deve-se considerar a realização de testes moleculares a fim de auxiliar a definição da necessidade de uso da

terapia antirretroviral para redução da transmissão vertical. A gestante deverá ser encaminhada a um serviço de referência que possa utilizar estratégias adequadas para a confirmação do seu status sorológico.

O profissional de saúde deverá colocar-se à disposição da usuária, tantas vezes quantas forem necessárias, para prestar esclarecimentos e suporte psicológico durante o intervalo de tempo que transcorrerá até a realização da nova testagem.

A mulher e seu parceiro deverão ser orientados para o uso de preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais. É importante reforçar junto à mulher, em todas as oportunidades, as medidas para prevenção do HIV e outras IST.

Após a pesquisa do Consenso de Gestante sobre Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes; 2010; me vi um pouco mais segura em abordar os casos de testes de HIV que tivessem um resultado indeterminado ou positivo; pela dificuldade em dar essa notícia as minhas gestantes de pré-natal.

Vivenciei um caso de resultado positivo confirmado de uma gestante de 23 anos, na décima terceira semana de gestação que iniciou seu pré-natal na nossa unidade de saúde; em que a mesma apresentou má adesão ao tratamento e o parceiro veio à óbito nesse período por complicações do HIV. Fazíamos visitas domiciliares à gestante; pois a mesma começou a não comparecer às consultas de pré-natal e nem mesmo às consultas com o infectologista do posto central. O Conselho tutelar solicitou a internação da mesma para a realização do tratamento da paciente devido aos riscos ao feto. Foi um caso em que me vi frustrada por não conseguir a adesão da paciente ao tratamento e seu seguimento do pré-natal.

As práticas de pré-natal e todas as outras que realizamos na atenção básica são muito complexas, porque não tratamos somente a patologia, mas as repercussões psicossociais de que essas comorbidades trazem para o paciente, sua família e até mesmo os indivíduos da comunidade os quais o mesmo convive. São práticas de acompanhamento do paciente muito importantes, pois desenvolvemos a prevenção; a promoção à saúde e o tratamento de patologias.

4.VISITA DOMICILIAR:

A Unidade de Saúde Sanlai Ferreira Silveira Vila Arrué foi inaugurada com minha chegada no município em Dom Pedrito, em agosto de 2015. Me deparei com uma ESF em formação com uma estrutura extremamente precária, sem nenhum agente de saúde, sem mapeamento da área e sem cadastramento da maioria da população.

A equipe era formada por mim, médica, e uma estagiária de técnica de enfermagem. No início perguntávamos os pacientes se sabiam de alguém que necessitava de atendimento médico ou de enfermagem domiciliar; sem transporte fazíamos a pé as visitas próximas ao posto. Desde a segunda semana de trabalho realizamos visitar domiciliar. O número de pessoas que necessitavam desse acompanhamento foi crescendo à medida que criávamos vínculo com a população; então passamos a organizar nossa agenda quando foi contratada uma enfermeira. Todas as quartas-feiras à tarde realizávamos as visitas domiciliares, em média quatro visitas por semana.

Apresentávamos dificuldade de transporte oferecido pela Secretaria de Saúde local e na maioria das vezes acabávamos indo no carro da enfermeira e posteriormente quando comprei um carro, comecei a fazer as visitas nele.

A nossa dificuldade de descobrir pacientes que necessitavam de visita domiciliar se devia ao fato de não termos agente de saúde; então fazíamos visita conforme a população ia até a ESF solicitar o agendamento da visita. Os pacientes nos quais já havíamos feito a primeira visita seguíamos acompanhando.

Com a chegada da agente de saúde em junho de 2016, que era responsável pelo bairro Rincão da Figura facilitou bastante o nosso trabalho; pois esse bairro é o mais distante da unidade o que dificulta conhecer essa população e saber das suas reais necessidades. Com o tempo a demanda de consultas tanto na ESF e tanto domiciliares aumentou com a vinda maior da população desse bairro.

Entretanto, ainda apresentamos grande dificuldade porque possuímos somente um agente de saúde para uma população de aproximadamente 1850 habitantes; em que temos poucas famílias cadastradas e de certa forma impede um conhecimento melhor da nossa comunidade.

Outro problema é dificuldade de transporte para a realização das visitas domiciliares que muitas vezes impedia a realização das mesmas; perdendo o acompanhamento e postergando o nosso planejamento de visitas agendadas.

A maioria dos pacientes que realizamos visitas domiciliares são acamados e com dificuldade de locomoção. Portanto muito destes podem apresentar úlcera de decúbito, então sempre a enfermeira vai junto comigo realizar as visitas para podermos orientar melhor os cuidadores.

Existem muitos casos de complexidade grande e então sempre via meus pacientes de visitas domiciliares como desafios da profissão, o que me fazia perceber o quanto nosso trabalho era importante para aqueles que necessitavam de nossos cuidados.

Apesar de um ano e meio de existência da nossa unidade e com tantas dificuldades as quais enfrentamos e ainda temos que enfrentar, percebe-se que já conseguimos melhorar muito nossa organização em relação às visitas domiciliares e que aos poucos com o apoio da Secretaria de Saúde local, que ainda é dificultado e com a possibilidade da vinda de outros agentes de saúde podemos oferecer para nossa comunidade um serviço cada vez melhor de atendimento e acompanhamento domiciliar.

5.REFLEXÃO CONCLUSIVA:

Finalizando o meu portfólio e a especialização de Medicina da Família; percebi o quanto me acrescentou como profissional e até mesmo como pessoa; não só o aprendizado do curso mas perceber a importância de ouvir outras experiências de colegas como ocorre nos fóruns e até mesmo a avaliação crítica dos tutores que me fez aprimorar muito o conhecimento.

O Eixo 1 do curso se fez para consolidar as bases teóricas do funcionamento do SUS e da gestão; fortalecendo e acrescentando muito os conhecimentos e mudando a minha percepção junto aos desafios que surgiam no trabalho. Como minha Unidade foi inaugurada com a minha vinda ao Programa-PROVAB; me deparei com uma ESF em formação tanto em estrutura tanto em equipe; então o curso me ajudou muito para estruturar nossa unidade; tanto na organização dos atendimentos; na forma de organizar os prontuários; em conseguir ter sempre os atendimentos de cuidado continuado; em organizar as vistas domiciliares; criação de grupos; promoção à saúde na escola; campanhas de vacinação e de prevenção e entre muitas outras atividades.

A participação nos fóruns me ajudava a perceber que não só eu apresentava dificuldades. Quando lia os relatos dos colegas, percebia que muitos apresentavam problemas semelhantes aos meus, o que fazia com que eu fizesse uma autocrítica do meu trabalho e da organização da minha unidade. Muita das vezes tirava idéias dos colegas ou até mesmo dos casos do curso para colocar em prática em minha ESF.

Um ponto negativo para mim foi que meu curso iniciou nove meses após minha entrada no programa; já tinha experiência na atenção primária, pois trabalhei um ano e meio em ESF em Minas Gerais; mas as unidades que trabalhava em Minas já tinham uma estrutura e equipe adequada. Logo para mim foi uma experiência que no início me vi perdida e depois passei a ver como um desafio, a pós-graduação poderia ter me ajudado mais se tivesse começado no início do programa. Mas depois quando iniciou a especialização foi nítida a minha melhora como profissional.

No Eixo 2 do curso, os casos clínicos me sanou muitas dúvidas de casos em comum com os que ocorria no meu dia a dia. Permitiu um aprimoramento de patologias frequentes na atenção básica e fez melhorar os conhecimentos técnicos aplicando-os na prática. Ao realizar o portfólio consegui também fazer um apanhado de toda minha trajetória na unidade; refletindo sobre a organização, atendimentos, promoção e prevenção. Além de fazer esta reflexão conclusiva que me fez perceber que a especialização serviu para me amparar e de certa forma não me deixar desistir frente as inúmeras dificuldades que apresentei numa

unidade de saúde sem estrutura física e com equipe em formação; e além do fato de estar à 2300 km de casa para poder conseguir uma vaga no PROVAB; depois de tudo isso percebo o quanto valeu à pena; apesar de tudo faria tudo novamente. Sinto triste porque me desliguei do mais médicos no início do ano por ter sido aprovada num concurso e recebo hoje a notícia que a vaga da Vila Arrué foi negada por falta de estrutura; então todo o meu trabalho de um ano e meio de dedicação se foi; uma população carente e tão boa de trabalhar hoje não apresenta mais atendimento médico. Triste realidade; mas sinto que fiz mais do que dava para fazer no momento; óbvio que foi longe dos moldes ideais do que realmente é uma estratégia de saúde da família, mas foi um início que por enquanto vejo como um fim.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Consenso de Gestante sobre Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes; 2010.

ANEXO 1- PROJETO DE INTERVENÇÃO

Projeto de Intervenção Aprendendo sobre AIDS e ISTs na Escola, junho de 2016

Porto Alegre, abril de 2017

Sumário

1 RESUMO.....2

2 INTRODUÇÃO.....2

3 PROBLEMA.....4

4 JUSTIFICATIVA.....4

5 OBJETIVOS.....5

5.1 OBJETIVO GERAL 5

5.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....6

6 REVISÃO DA LITERATURA.....6

6.1 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA.....6

6.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E DA SAÚDE REPRODUTIVA.....7

7 MATERIAIS E MÉTODOS.....8

7. 1 Atividades Desenvolvidas.....8

7.2 Procedimento.....9

7.3 Local.....9

8 Recurso.....9

9 Cronograma.....9

10 Resultados Esperados.....10

Referências Bibliográficas.....10

1.Resumo:

Este projeto de intervenção é uma proposta de trabalhar com promoção de saúde na escola da comunidade Vila Arrué através de palestras realizadas na escola nos anos do 6º ao 9º ano. A escola localiza-se na comunidade da ESF Sanlai Ferreira Silveira Vila Arrué na cidade de Dom Pedrito, Rio Grande do Sul. A decisão pelo tema abordado nas palestras se deve à alta demanda da comunidade de infecções sexualmente transmissíveis e gravidez da adolescência. Em concordância coma pedagoga da escola organizamos os horários e dias das palestras que foram agendadas de quinze em quinze dias pela manhã. O projeto vem sendo executado desde de março de 2016 até junho de 2016. O objetivo do projeto é conscientizar os adolescentes e até mesmo seus familiares sobre à importância da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e sobre gravidez precoce; diminuindo o número de casos ocorridos na comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção à saúde; saúde na escola; ISTs; AIDS.

2. Introdução:

A Unidade de Saúde da Família (USF**)** caracteriza-se como porta de entrada do sistema local de saúde, e deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, área sob sua responsabilidade. É preciso fazer educação em saúde com adolescentes visando a formação de multiplicadores na prevenção de ISTs/AIDS, por meio da equipe de saúde na escola.

Os serviços de Saúde, a escola e o adolescente: Os serviços de saúde devem trabalhar com os adolescentes, para a atenção às peculiaridades e complexidades de suas necessidades. É preciso dar suportes apropriados às suas demandas, seja no campo da orientação, proteção ou recuperação da saúde sexual e reprodutiva. Os sentidos do corpo e as desigualdades e diferenças de distintas ordens são frequentemente ignoradas no processo de homogeneização e simplificação da saúde do adolescente. (ABEN, 2005)

O conhecimento do corpo e de seu funcionamento propicia uma maior conscientização da importância da saúde e da necessidade de ações não só curativas, mas também preventivas. A escola deve então atuar de forma integrada com os serviços públicos de saúde do município. PCN (2000). Devido à essa necessidade e a alta demanda de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS na comunidade da ESF Vila Arrué e da cidade de Dom Pedrito no Rio Grande do Sul, iniciou o projeto de intervenção de saúde na escola com os temas sobre ISTs e AIDS através da

realização de palestras na escola municipal Herodiano Arrué pela médica e equipe da ESF Vila Arrué.

O município de Dom Pedrito, Rio Grande do Sul encontra-se no processo de formação da atenção primária. A ESF Vila Arrué ainda se encontra em formação de equipe e estrutura; a comunidade ainda não foi mapeada e cadastrada em sua maioria da população; estimando-se em média um total de 1850 habitantes aproximadamente. É composta por dois bairros Vila Arrrué e Rincão da Figura, no qual apresenta uma igreja, duas escolas: Escola Estadual Professor Pamplona que tem alunos até o quinto ano e se localiza no Rincão da Figura e Escola Municipal Herodiano Arrué que tem alunos do 1º ao 9º ano e se localiza no bairro Vila Arrué.

A comunidade da ESF Vila Arrué é em sua maioria composta por uma população carente. As ruas não são calçadas, o rio que banha a cidade atravessa a região sendo motivo de enchentes no local em épocas de chuva. É considerada área urbana, mas é bem distante do centro da cidade onde são realizadas consultas odontológicas e marcação de exames e apresenta dois horários de linha de ônibus. Anteriormente à sua inauguração apresentava dificuldade de atendimento médico e de enfermagem que foi solucionado em agosto de 2015, quando iniciaram-se o atendimento médico com uma equipe formada por médico e estagiária de técnico de enfermagem. E após quatro meses uma técnica e enfermeira foram vinculadas à equipe. Faltava a peça fundamental da atenção básica o agente de saúde o qual foi incorporado à ESF em setembro de 2016; mesmo sendo só uma agente de saúde já facilitou o trabalho da equipe.

O Ministério da Saúde oficializou o programa do adolescente, as ações básicas propostas fundamentam-se numa política de promoção de saúde, identificação de grupo de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação. Foram considerados áreas prioritárias o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a saúde do escolar adolescente, a prevenção de acidentes, o trabalho cultural, o lazer e o esporte (FIGUEIREDO et al, 2005). Devido à necessidade de abordar temas sobre sexualidade e integrar junto à unidade de ensino a educação associando à equipe da saúde e à equipe pedagógica a fim de conscientizar, informar; promover e prevenir sobre doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência.

3. Problema:

Cabe a escola desenvolver ações críticas, reflexivas e educativas. Os alunos na escola demonstram claramente a sua curiosidade e inquietação sobre sexualidade. O que se percebe é que na formalidade do ensino escolar, não se consegue atingir o que o adolescente busca em torno da sexualidade, pois uma discussão sobre reprodução humana, informando sobre anatomia e fisiologia do corpo humano, não abarca as ansiedades e curiosidades do adolescente, pois enfoca apenas o corpo biológico e não inclui as dimensões culturais, afetivas e sociais contidos nesse mesmo corpo.(PCN,2000).

A escola pode então oferecer um espaço onde crianças e adolescentes possam esclarecer suas dúvidas e continuar formulando novas questões contribuindo para o alívio das ansiedades que muitas vezes interferem no aprendizado dos conteúdos escolares. Através das palestras realizadas, aborda-se tanto à anatomia humana; quanto às ISTs mais frequentes causa, prevenção e tratamento e suas consequências; orientando à procurar à unidade de saúde e o enfoque em tratar a sexualidade de forma mais natural permitindo uma melhor adesão aos métodos preventivos.

4. Justificativa:

Ao propiciar informações do ponto de vista científico e explicitar os diversos valores associados à sexualidade e aos comportamentos sexuais existentes na sociedade, a escola possibilita ao aluno desenvolver atitudes coerentes com os valores que ele próprio elegeu como seus. O processo de orientação sexual na escola constitui de um processo formal e sistematizado que acontece dentro da instituição escolar, exige planejamento e propõe uma intervenção por parte dos profissionais da educação. É entendido como problematizar, levantar questionamentos e ampliar o leque de conhecimentos e de opções para que o aluno, ele próprio, escolha o seu caminho.

A escola tem um papel importante a desempenhar na busca de soluções para esse e outros problemas, participando ativamente na formação destes alunos por meio da educação sobre a sexualidade. Porém, os pais têm dever de transmitir, desde a infância, os alicerces da educação sexual, ainda em casa, cabendo à escola complementar esta educação (BRASIL, 1997).

A escola é o local mais adequado e acessível ao debate, à discussão, à reflexão e a propagação de idéias e conhecimentos que propiciem uma sociedade mais capacitada, menos violenta e mais justa para as novas gerações. Para que seja efetiva uma ação educativa, em primeiro lugar deve-se estabelecer uma relação de confiança entre aluno e educador.

O educador deve-se mostrar disponível para conversar a respeito das questões apresentadas, não emitir juízo de valor sobre as colocações feitas pelos alunos e responder às perguntas de forma direta e esclarecedora. Informação correta do ponto de vista científico ou esclarecimentos sobre as questões trazidas pelos alunos são fundamentais para o seu bem estar e tranqüilidade, para uma maior consciência de seu próprio corpo e melhore condições de prevenção as ISTs, gravidez indesejada e abuso sexual.

Valla & Statz, 1993: 21 apud Figueiredo (2005) afirmam que as práticas educativas devem possibilitar aos indivíduos a aquisição de habilidades para a tomada de decisões na busca de uma melhor qualidade de vida. É dentro dessas concepções de educação, saúde e educação em saúde que acreditamos caber ao profissional de saúde (ai incluindo o profissional de Enfermagem) o papel de facilitador.

O papel do educador em saúde segundo Figueiredo (2005) é: fazer com que os indivíduos resgatem a sua cidadania, colocando-a em evidência na promoção da saúde.

O educador deve procurar o aprofundamento na discussão, não apenas de assuntos como saúde sexual e reprodutiva, relação de gênero, diferentes formas de atividade sexual, transmissão e prevenção de IST e aids, mas, principalmente, buscar proporcionar uma reflexão sobre valores e tomada de decisões.(BENTO, 2000).

5.Objetivos:

5.1-Objetivo Geral:

Realizar ações educativas junto ao adolescente, sobre AIDS e ISTs; realizadas através de palestras e discussões sobre o tema na Escola Municipal Herodiano Arrué pela à equipe de saúde da família ESF Vila Arrué.

5.2-Objetivos Específicos:

-Ampliar o reconhecimento sobre as formas de prevenção das ISTs/AIDS na Escola;

- Discutir as diversas formas de preconceitos sociais com o portador do HIV;

- Sensibilizar o adolescente acerca dos temas expostos;

- Discorrer sobre o trabalho do Médico como educador em saúde.

6.Revisão da literatura:

6.1 -Programa Saúde na Escola:

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos (BRASIL, 2008b).

A escola, que tem como missão primordial desenvolver processos de ensino-aprendizagem, desempenha papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todas as arenas da vida social. Juntamente com outros espaços sociais, ela cumpre papel decisivo na formação dos estudantes, na percepção e construção da cidadania e no acesso às políticas públicas. Desse modo, pode tornar-se locus para ações de promoção da saúde para crianças, adolescentes e jovens adultos (DEMARZO; AQUILANTE, 2008)

Os principais objetivos deste Programa são:

I – Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde;

II – Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III – Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV – Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V – Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI – Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes;

VII – Fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos três níveis de governo(Saúde na escola; Caderno Atenção Básica;2009).

6.2 – Promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva:

A implementação do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas necessita articulação e apoio mútuo de diferentes setores e instâncias da sociedade. Partindo desta premissa, a estratégia de formação continuada que aqui se apresenta pretende contribuir para uma aprendizagem compartilhada por trabalhadores da educação, da saúde, de outras instituições públicas e de organizações da sociedade civil cujas ações repercutem na redução da vulnerabilidade de adolescentes e jovens às doenças sexualmente transmissíveis e à aids (IST/aids).(Guia para a formação de profisionais de saúde e de educação saúde e prevenção nas escolas Série Manuais nº 76)

Com o objetivo de reduzir as vulnerabilidades e contribuir para a promoção da saúde de adolescentes e jovens, por meio de ações de reflexão sobre questões relacionadas à saúde integral, sexualidade, gravidez na adolescência, prevenção das IST/Aids, gênero e diversidade sexual foi lançado em 2003 o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE). Tem como principais objetivos: Contribuir para a promoção dos direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes e jovens; Contribuir para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids entre adolescentes e jovens escolares; Desenvolver ações articuladas no âmbito das escolas e das unidades básicas de saúde; Envolver toda a comunidade escolar na promoção de ações em saúde sexual e saúde reprodutiva; Promover a participação de adolescentes e jovens em todas as etapas de desenvolvimento e implementação do projeto. O SPE possui gestão descentralizada, por meio da constituição de grupos de trabalho e/ou grupos gestores, nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), com a participação de organizações da sociedade civil,

universidades e outros parceiros locais. Agrega diferentes iniciativas regionais e contribui para o fortalecimento da resposta nacional à epidemia de HIV/AIDS.(o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007)

7.Metodologia

Este estudo irá trabalhar a prevenção e orientação da AIDS e ISTs, para alunos da 6º; 7º; 8º e 9º ano da Escola Municipal Herodiano Arrué, de abrangência da Unidades Básica de Saúde Vila Arrué, do Município de Dom Pedrito, abordando o tema: "Aprendendo Sobre AIDS e ISTs na Escola", suas causas e consequências na adolescência". Trata-se de uma pesquisa-ação humanista, com abordagem compreensiva e dialogal.

Será realizado palestras e discussões sobre doenças sexualmente transmissíveis que serão explicadas através de slides realizadas pela equipe de saúde da ESF na Escola Municipal Herodiano Arrué aos alunos do 6º;7º;8º e 9º ano.

7.1Atividades Desenvolvidas:

-conceitos: AIDS e ISTs;

- usar a camisinhas durante as relações sexuais;

- gravidez e AIDS; - infidelidade;

- jovens e a AIDS;

- manifestações da AIDS;

- formas de transmissão;

- teste HIV;

- portadores do HIV;

- principais queixas para não usar a camisinha;

- transfusão de sangue;

- o vírus HIV; - ISTs;

- sinais e sintomas das ISTs;

- tratamento das ISTs;

- prevenção das ISTs;

7.2 Procedimento:

O trabalho deverá ser realizado com as turmas de 6º; 7º; 8º e 9º ano considerando a faixa etária 12 a 18 anos dos adolescentes, para a aplicação prática do projeto.

7.3 Local:

Este projeto será desenvolvido nas Escola Municipal Herodiano Arrué, na cidade de Dom Pedrito.

8. Recurso:

Apresentação de slides e posterior discussões com o grupo de adolescentes, sobre o assunto: AIDS e ISTs. Através de imagens; conceitos apresentados em slides e explicados pela equipe de saúde da ESF Arrué.

-Recursos necessários:

-sala de aula

-equipamento multimídia

-preservativos

9. Cronograma:

O projeto será realizado no período de março de 2016 a junho de 2016.

Número de palestras e discussões realizadas na escola por mês:	
março/2016	**2**
abril/2016	**2**
maio/2016	**2**
junho/2016	**2**

10. Resultados Esperados:

Espera-se redução de casos de ists na comunidade e redução de gravidez na adolescência; através do acesso à informação e de maior facilidade na abordagem no assunto. A facilidade de acesso à informação; esclarecendo dúvidas na fase de descobrimento sexual que é a adolescência; os jovens acabam tratando a sexualidade com maior naturalidade, permitindo uma conscientização para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e evitando gravidez na adolescência.

Referências Bibliográficas:

- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. *Parâmetros Curriculares Nacionais (Ensino Médio)*. Brasília: MEC, 2000.

- Bento, I.C.B.1 ; Carrara,G.L.R.2 ;Pantaleão, Orientação Sexual para Adolescentes: Sexo e Sexualidade o que São e Quais suas Conseqüências na Adolescência. Bebedouro – SP 2000.

- Senei da Rocha Henrique Macedo; Francisco Arnoldo Nunes de Miranda; João Mário Pessoa Júnior; Vannucia Karla de Medeiros Nóbrega. Adolescência e sexualidade: scripts sexuais a partir das representações sociais.Natal-RN, Brasil 1997.

- Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 26.Saúde Sexual e Reprodutiva,2010

- Série B. Textos Básicos de Saúde Cadernos de Atenção Básica, n. 24. Saúde na Escola, 2009.