

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 resignificação 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
PAULA CAROLINE DOS SANTOS ANJOS

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

AUGUSTO CORRÊA - PA
2017

PAULA CAROLINE DOS SANTOS ANJOS

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE NA
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do Professora Dra. Ivone Andreatta Menegolla, médica de família e comunidade.

AUGUSTO CORRÊA - PA
2017

SUMÁRIO

1. Introdução.....	4
2. Estudo de Caso clínico.....	7
3. Promoção da saúde, educação em saúde e níveis de prevenção.....	12
4. Visita domiciliar/Atividade no domicílio.....	14
5. Reflexão conclusiva	17
6. Referências Bibliográficas	18
7. Anexo: Projeto de intervenção	20

1. INTRODUÇÃO

Possuo formação em medicina pela Universidade Federal do Pará (UFPA), graduada em janeiro de 2016. Atuei como médica do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), décimo ciclo, no município de Augusto Corrêa – Pará, em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) rural, chamada Santa Maria do Açaizal.

Para entender o trabalho que desempenhamos na ESF é necessário saber que ela foi criada para funcionar como um modelo de assistência à saúde baseado na implantação de equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais constituem a porta de entrada preferencial ao Sistema Único de Saúde (SUS) (AZEVEDO E COSTA, 2007).

Essas equipes multiprofissionais são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, e atuam através de ações de prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde, além de reabilitação de doenças e agravos mais frequentes na comunidade (SILVA E BOUSSO, 2011).

Sob essa premissa, a área de abrangência de cada ESF engloba população com características em comuns, que, no caso da unidade em que atuei, consiste de uma população rural, com baixo poder aquisitivo, que sobrevive basicamente da pesca, coleta e pequenas criações e plantios, além do auxílio de programas sociais do governo.

O município de Augusto Corrêa é bastante carente. Ele se localiza a cerca de 228km de Belém (capital do Estado do Pará). Segundo o IBGE, o município possuía no último censo (2010) uma população 40.497 habitantes e o percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário mínimo era de 58%. Além disso em 2014, a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 5.1%.

A comunidade na qual a unidade de saúde está inserida se localiza em uma região de divisa entre dois municípios, Augusto Corrêa e Viseu, há cerca de 45km do centro de Augusto Corrêa. É bem organizada, pois possui uma estrutura mínima contendo uma escola de educação infantil e fundamental, centro comunitário, igreja católica e evangélica e área de lazer para realização de esportes.

A unidade pertence ao município de Augusto Corrêa, porém atendíamos muitos usuários provenientes do município de Viseu sem fazer nenhum tipo de distinção, pois a equipe buscava atender às necessidades de saúde da comunidade local, a qual é bastante carente e de difícil acesso.

A unidade de saúde é nova, ampla e bem estruturada, porém ainda possui problemas como falta constantes de vacinas, material para realização de curativos e preventivos, além de medicamentos básicos.

A equipe era composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, e nossa demanda de pacientes consistia principalmente em atendimentos de pré-natal, hipertensos, saúde da mulher e puericultura.

O grande desafio da equipe é trabalhar em condições de dificuldade de acesso à exames laboratoriais, ineficiente rede de apoio de profissionais como dentista, fisioterapeutas e psicólogos, além da escassez de medicamentos, já mencionada.

A equipe priorizava trabalhar em conjunto, através de planejamentos das atividades a serem realizadas com a população adscrita, priorizando a solução dos problemas de saúde mais frequentes e ações educativas que previnam o processo de adoecimento da população, sempre visando promoção da saúde e defesa da qualidade de vida.

O isolamento social e geográfico promovido pela dificuldade de acesso à comunidade em que atuei compromete diretamente o bom andamento do tratamento dos pacientes.

A exemplo das gestantes, que possuem extrema dificuldade de chegarem até o centro da cidade para a realização de exames complementares indispensáveis para o pré-natal, fazendo com que muitas delas cheguem ao final da gestação sem ao menos realizarem testes sorológicos rápidos.

Essa situação nos preocupa bastante, já que a ocorrência de DST nessa fase sem ser detectada acarreta em prejuízos diretos para a mãe e para a criança.

Para se ter uma ideia da ocorrência de DST, a incidência de AIDS e sífilis no Estado do Pará, Estado com maior incidência de casos da região norte, segundo boletim epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde em 2015, em 2013 foram registrados 1.070 casos de sífilis de gestantes apenas no Pará, num total de 2.141 casos na região norte. Com relação aos casos de HIV, em 2015 foram registrados 176 casos em gestantes no Estado de 421 na região.

Pensando nisso, o desenvolvimento do projeto de intervenção cujo título é “Testagem sorológica e ação educativa de prevenção de DST em gestantes de uma unidade da Estratégia da Saúde da Família de difícil acesso”, em anexo, é uma tentativa de achar uma alternativa à dificuldade de realização de exames laboratoriais básicos preconizados pelo Ministério da Saúde, além de fornecer informações acerca de prevenção de DST.

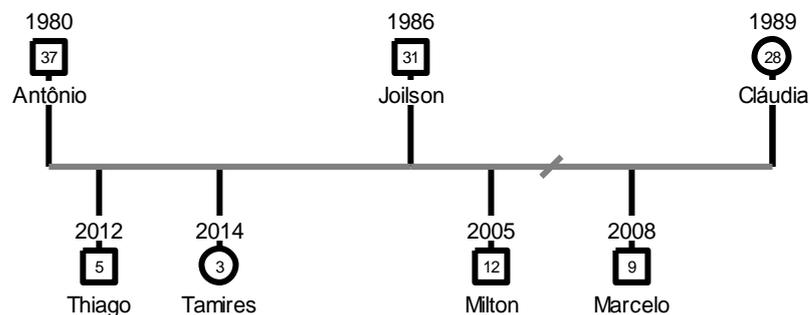
Medidas simples como essas são essenciais para a realização de um pré-natal minimamente adequado, pois refletirão diretamente na saúde da mãe e da criança.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Cláudia é uma mulher de 28 anos de idade, dona de casa, em união estável com o segundo marido, chamado Antônio, com quem vive há 6 anos, e possuem 2 filhos, uma menina e um menino.

Como evidenciado no genograma familiar de Cláudia (Figura 1), a mesma possui ainda outros 2 filhos do primeiro relacionamento com Joilson, no qual teve a primeira gestação ainda adolescente, aos 16 anos.

Figura 1: Genograma Familiar de Cláudia



Fonte: Genopro

Cláudia sempre foi moradora da região e, mesmo tendo uma unidade de saúde à poucos metros de sua casa, procura a equipe de saúde apenas durante o período em que está grávida, para a realização de pré-natal. Por isso, sua última consulta foi há 3 anos, idade de sua filha caçula.

Devido apresentar há algumas semanas queixa de náuseas e vômitos, associada à atraso menstrual de 60 dias, resolveu marcar uma consulta médica, por suspeitar de nova gestação.

Durante o atendimento inicial, percebe-se que Cláudia não está feliz com a nova gestação. Apresenta-se cabisbaixa e com aparência cansada. Refere que a gravidez não é desejada, pois vive momento conflituoso em seu atual relacionamento, por ter descoberto recentemente traições do companheiro.

Além disso, enfrenta constantes discussões com seu antigo parceiro, pois o mesmo com frequência deixa de pagar a pensão de seus dois primeiros filhos.

Durante a anamnese, Cláudia refere sintomas de cansaço, cefaleia, hiporexia e alergia no corpo todo, que surgiram há cerca de 5 dias. Relata ainda humor deprimido e baixa autoestima, devido aos acontecimentos recentes em sua vida. Nega uso de camisinha e em uso irregular de método contraceptivo injetável.

Quando perguntada se já teve alguma úlcera indolor em região genital, Cláudia confirma que teve há cerca de 6 meses, mas que sumiu sem que fizessem nenhum tipo de tratamento.

Como antecedentes pessoais: sem alergias e cirurgias anteriores. Negou também hipertensão arterial, diabetes mellitus ou outras doenças.

Apresentava antecedentes familiares: pai com hipertensão arterial, mãe diabética e obesa.

Após a realização de exame físico completo, foram verificadas as seguintes alterações: pressão arterial= 140 x 90 mm Hg, IMC=31 (85 kg e 1,65m), circunferência abdominal de 93cm, erupções cutâneas avermelhadas disseminadas em membros, tronco, palma das mãos e planta dos pés.

Ao exame: bom estado geral, consciente, orientada, hipocorada (2+, 4+), acianótica, afebril ao toque, deprimida, dentes em mau estado de conservação.

Ausculta cardiopulmonar: Sem alterações.

Abdome: Globoso, flácido, indolor à palpação, com ruídos hidroaéreos presentes.

Membros inferiores: sem edema.

Após análise do caso a partir da coleta das informações da anamnese e dos dados obtidos a partir do exame físico, foram levantadas as hipóteses de gravidez indesejada, sífilis, obesidade, hipertensão e depressão.

A partir disso, foram solicitados uma série de exames complementares para auxiliar no diagnóstico, e prescrito Metoclopramida 10mg de 8/8h para vômitos e Paracetamol 500mg até de 6/6h, em caso de cefaleia. Também foi realizado um

encaminhamento à psicoterapia e ao odontólogo, e agendamento de retorno com exames em 7 dias.

Após o retorno com exames, Cláudia referia melhora da queixa de náuseas e vômitos após uso de Metoclopramida de horário, porém continua com cefaleia, hiporexia, cansaço, erupções disseminadas pelo corpo e tristeza (ainda está aguardando consulta com psicólogo).

Na segunda consulta, sua pressão arterial foi de 130X80mmHg, não fechando o diagnóstico de hipertensão.

Ao avaliar os exames foram verificados os seguintes resultados: betaHCG positivo, VDRL 1/32, sorologias para hepatite B, C e HIV negativos, hemoglobina 10, hematócrito 31%, leucócitos 15.000, triglicerídeos: 190; colesterol total: 282; glicemia de jejum: 85; urina EAS: 10 piócitos por campo. À ultrassonografia transvaginal foi verificada gravidez tópica, de idade gestacional de 8 semanas e 4 dias.

Cláudia foi esclarecida a respeito de seus diagnósticos confirmados de gravidez, sífilis, anemia, obesidade e dislipidemia.

A partir da confirmação da gravidez, orientou-se inicialmente quanto a importância de iniciar o pré-natal com médico e enfermeiro, no mínimo 6 consultas até o final da gestação, com consultas mensais até 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo, conforme orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Foram prescritas as medicações para tratamento imediato: Penicilina Benzatina 4.800.000UI//IM (2.400.000 por semana, sendo 1.200.000 em cada glúteo) (BRASIL, 2007), Sulfato Ferroso 80mg/dia e Ácido Fólico 05mg/dia.

Além disso, a paciente foi orientada quanto a importância da prática de alimentação saudável e de não ganhar muito peso ao longo da gravidez, entre 5 e 9kg, já que mesma já se encontrava na obesidade antes de engravidar. Por isso, foi encaminhada ao serviço de nutrição, para receber orientações dietéticas que melhorem suas escolhas no momento de se alimentar.

O parceiro foi convocado a comparecer em consulta médica para investigação de sífilis e demais DSTs, conforme orientações do Ministério da Saúde em seu Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de 2016.

Os demais exames relevantes para o pré-natal, como urocultura, sorologia IgG e IgM para toxoplasmose e secreção vaginal foram solicitados, bem como repetição do VDRL após o tratamento.

Em reunião com a equipe da unidade de saúde, o caso de Cláudia e seu plano terapêutico (Quadro 1) foi discutido, e todos se comprometeram em auxiliar no progresso clínico da paciente, bem acionar ajuda da equipe itinerante do NASF, especialmente o psicólogo e nutricionista, para que Cláudia consiga o mais breve possível a consulta com esses profissionais. Além disso, a equipe ficará vigilante à casos suspeitos de sífilis na área.

Quadro 1: Plano Terapêutico Individualizado

	CLÁUDIA	EQUIPE DE SAÚDE
PROBLEMAS	Gravidez indesejada Sífilis secundária Obesidade Humor deprimido Anemia ferropriva Dislipidemia	A falta de interesse da paciente em relação à sua saúde como obstáculo.
METAS	Realizar um pré-natal adequado; Completar o esquema terapêutico para sífilis; Diminuir os níveis de colesterol e triglicerídeos;	Criar vínculo com a paciente, no intuito de incentivá-la a cuidar de sua saúde; Integrar a equipe ao caso; Coletar informações dos ACS quanto ao

	<p>Realizar reeducação alimentar com nutricionista;</p> <p>Realizar acompanhamento psicológico e odontológico</p>	<p>seguimento da terapêutica instituída e da melhora clínica de Cláudia;</p> <p>Convocar o parceiro para investigação de DST.</p>
PAPÉIS	<p>Tentar na medida do possível, seguir as orientações médicas e juntos, elaborarem o melhor plano terapêutico.</p>	<p>Orientar quanto a mudanças de hábitos de vida, tratamento medicamentoso e incluir a participação da família na melhora dos problemas de Cláudia.</p>

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

A Atenção Básica à Saúde deve ser a porta de entrada dos indivíduos para acesso à saúde pública, a qual deve ser realizada de forma eficiente e eficaz.

Tal situação só é possível se forem colocadas em prática ações de prevenção de doenças e de promoção e educação em saúde, bem como assistência continuada e resolutiva, com encaminhamentos para outros níveis de atenção quando necessário (SILVA E BOUSSO, 2011).

Em nosso serviço, a assistência pré-natal era o de maior relevância, em que todas essas ações fundamentais de promoção, prevenção e educação são prioridades, tendo em vista a manutenção da saúde da mãe e do bebê.

Nossa preocupação em fornecer uma assistência médica adequada durante as 40 semanas de gestação visava evitar problemas que resultem em aumento da morbimortalidade infantil e materna, tentando garantir que tudo ocorrerá sem intercorrências até o período do pós-parto.

Nesse contexto, introduzimos uma série de iniciativas envolvendo as gestantes, como:

- Buscar ativamente na área adscrita mulheres em idade fértil que suspeitem de gravidez, convidando-as a irem até a unidade de saúde;
- Informar às mulheres sobre a importância de iniciar o pré-natal o mais precoce possível;
- Estimular as mulheres com desejo de engravidar a iniciarem as consultas antes mesmo da concepção;
- Detectar e intervir precocemente em situações de risco;
- Promover encontros bimensais entre as grávidas e a equipe de saúde para a troca de ideias, conhecimentos e experiências comuns às mulheres nesse período;
- Praticar constantemente aconselhamento para a quebra da cadeia de transmissão de DST;
- Ampliar a realização de exames;
- Garantir acesso da gestante junto a equipe multiprofissional, em especial do NASF;
- Encaminhar aos demais níveis de atenção quando necessário;

- Oferecer suporte para o deslocamento da gestante até o hospital onde será realizado o parto;
- Estimular a prática do parto fisiológico;
- Acolher no período pós-parto da mãe e do recém-nascido.

Essa atenção especial promovida nesse período é indispensável, pois segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a redução dos óbitos neonatais apresentou uma velocidade menor do que o esperado, e tais mortes ainda ocorrem por motivos que poderiam ser evitados, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Nosso comprometimento com a qualidade com o cuidado pré-natal, portanto, tem por objetivo proporcionar um atendimento integral, efetivo e humanizado, para garantir um acesso à Saúde Pública com qualidade.

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

A visita domiciliar é de grande relevância na atenção básica, pois ela beneficia diretamente a população local, em especial àqueles com doenças crônicas, idosos, acamados, pacientes em pós-operatório ou com qualquer condição que dificulte sua locomoção e os impeça de ir até a unidade de saúde procurar atendimento (ALBUQUERQUE E BOSI, 2009).

Ao chegar na unidade de saúde em que atuei, percebi que os médicos que trabalharam anteriormente a mim nesta unidade quase nunca realizavam visitas pela falta de transporte, restringindo-se apenas a casos que demandavam urgência.

Contudo, verifiquei que a população idosa portadora de doenças crônico-degenerativas e sem acompanhamento periódico na área de abrangência da minha unidade era significativa, e muitos deles viviam em locais de difícil acesso, sem meios de transporte para se locomoverem até a unidade.

Pensado em atingir principalmente este público, a equipe de saúde se reuniu e elaborou um ofício solicitando que a prefeitura disponibilizasse um meio de transporte uma vez por semana, para que fossem realizadas as visitas domiciliares.

Demorou, porém após muita insistência um carro foi disponibilizado. E partir de então estes pacientes passaram a ter um acompanhamento mais próximo e uma melhor adesão ao tratamento.

Durante as visitas observamos as peculiaridades individuais e coletivas (família) de cada indivíduo, que são avaliadas inicialmente pelo agente comunitário de saúde (ACS) que atende àquela área e, posteriormente, repassa o caso aos demais integrantes da equipe de saúde.

Cabe ao ACS realizar no mínimo uma visita mensal a cada família de sua área, para assegurar o acompanhamento dos indivíduos e suas famílias, mesmo sem situação de risco.

A partir dos casos repassados pela equipe de saúde, era realizada uma seleção dos pacientes que necessitavam de acompanhamento domiciliar e, a partir de então, a visita médica era realizada semanalmente, priorizando sempre atender os casos de maior urgência e complexidade.

Durante a visita domiciliar deve ser realizado o reconhecimento territorial, com observação das condições de moradia, da infraestrutura e do funcionamento da dinâmica familiar (ANDRADE et al, 2014).

Toda essa observação é de extrema importância para entender o contexto em que o paciente está inserido socialmente, influenciando diretamente na tomada das decisões terapêuticas.

Além disso, conforme Cunha e Gama (2012), era possível observarmos situações de riscos específicos à saúde da família ou de algum de seus componentes, como abandono, negligência, cárcere privado, violência, alcoolismo, entre outras.

Assim como em uma consulta ambulatorial, registrávamos cuidadosamente as informações coletadas, pois estas seriam posteriormente utilizadas como parâmetro para acompanhamento da evolução de cada paciente e de aspectos importantes que deveriam ser observados posteriormente. Isto facilita o acesso aos dados coletados pelos membros que compõe a equipe de saúde.

Os dados colhidos envolviam aspectos socioeconômicos, estrutura e relações familiares, condições de higiene e saneamento básico, situações que determinem algum tipo de risco, presença de doenças crônicas e agudas.

A partir do registro de todos os dados, tomávamos as decisões acerca do plano terapêutico mais adequado a ser realizado, além de ser avaliada a necessidade de acompanhamentos e encaminhamentos para as mais diversas especialidades, seja para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou de outros níveis de assistência, visando garantir atenção integral ao indivíduo e/ou à família.

Ainda possuíamos muitas dificuldades, como falta de gasolina, carro que quebrava constantemente, o que resultava em cancelamento de visitas, porém, houve bastante melhora comparado ao que era antes.

Toda essa atenção que foi dedicada evidencia a importância que a visita domiciliar apresenta na atenção básica, pois através dela é possível conhecermos melhor os indivíduos, oferecer atenção integral mesmo fora da unidade de saúde, bem como fortalecer o vínculo entre a equipe de saúde e o paciente e sua família.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Gostaria de ressaltar o quanto esse período em que estava concomitantemente atuando na atenção básica e realizando o curso de especialização em Saúde da Família contribuiu imensamente para meu crescimento profissional e pessoal.

Isso se deve ao fato de que ser recém-formado nos torna naturalmente inseguros no início da vida profissional, contudo, o conteúdo das aulas, atividades e casos clínicos, juntamente com o suporte dos tutores e supervisores nas correções e em momentos de dúvidas, auxiliaram bastante a trazer maior segurança na tomada das decisões e condutas diárias.

No dia-a-dia aprendi a olhar o indivíduo em sua totalidade, criando vínculo, conhecendo de perto sua história, sua família, condições de moradia em que vive, estilo de vida e cultura, deixando aquela visão focada apenas na doença, que muitas vezes adquirimos durante a graduação. E isto só foi possível para mim atuando na atenção básica.

Aprendi também que infelizmente muitas vezes somos obrigados a lidar com situações desconfortáveis, decepcionantes e revoltantes, como a falta de estrutura e equipamentos das unidades, escassez de medicamentos, dificuldade na realização de exames, morosidade no acesso a tratamentos e aos demais níveis de atenção, entre muitos outros problemas dentro do SUS, os quais provavelmente ainda levarão muitos anos para serem corrigidos.

Uma dificuldade que encontrei durante o curso foi no momento da realização das atividades online, pois o acesso à internet da cidade em que atuo é bastante precária, o que acabou me prejudicando em alguns momentos. Além disso, gostaria que tivéssemos mais aulas presenciais, pois com elas poderíamos trocar melhor nossas vivências diárias.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, ABB; BOSI, MLM. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.25 no.5 Rio de Janeiro May 2009.

ANDRADE, AM; GUIMARÃES, AMDN; COSTA, DM; MACHADO, LC; GOIS, CFL. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. Epidemiol. Serv. Saúde v.23 n.1 Brasília mar. 2014.

AZEVEDO, ALM; COSTA, AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. Interface - Comunic., Saude, Educ, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 121 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico – HIV/AIDS 2015. Ano IV, nº01. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico – Sífilis 2015. Ano IV, nº01. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 180 p.: il.

COSTA, MC; BORNHAUSEN-DEMARCH E, Azulay DR; PÉRISSÉ, ARS; DIAS, MFRG; NERY, JAC. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. An Bras Dermatol. 2010;85(6):767-85.

CUNHA, CLF; GAMA, MEA. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. Publicado em Malagutti W (organizador). Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. 336 pp.

FERRAZ, DAS; NEMES, MI. Avaliação implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na região metropolitana de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.2, n.25, p.240-250, fev. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Panorama da população de Augusto Corrêa no último censo. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pa/augusto-correa/panorama>.

MARTINS, TA; BELLO, Pierre Y; BELLO, MD; PONTES, LRSK; COSTA, LV; MIRALLES, IS; QUEIROZ, TRBS. As doenças sexualmente transmissíveis são problemas entre gestantes no Ceará? DST – J bras Doenças Sex Transm 16(3): 50-58, 2004.

PATRIOTA, LM; MIRANDA, DSM. Aconselhamento em DST/AIDS às gestantes na atenção básica: um estudo nas UBSFs de Campina Grande/PB. Segurança social e saúde: tendências e desafios [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 201-218. ISBN 978-85-7879-193-3.

SILVA, MCLSR; BOUSSO, LSRS. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(5):1250-5.

7. ANEXO: PROJETO DE INTERVENÇÃO



Paula Caroline dos Santos Anjos

TESTAGEM SOROLÓGICA E AÇÃO EDUCATIVA DE PREVENÇÃO DE DST
EM GESTANTES DE UMA UNIDADE DO ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA
FAMÍLIA DE DIFÍCIL ACESSO

AUGUSTO CORRÊA - PARÁ

SETEMBRO 2016

RESUMO

Este projeto de intervenção é uma proposta de trabalhar com usuárias gestantes, cadastradas em uma unidade do Estratégia de Saúde da Família rural, de difícil acesso. Estas mulheres possuem grande dificuldade em realizar pré-natal com o mínimo de qualidade, justamente devido à localização territorial em que residem, o que influencia diretamente para que muitas delas não realizem exames complementares básicos, preconizados pelo Ministério da Saúde. Neste estudo objetivamos apresentar uma alternativa para tentar solucionar minimamente este problema, através da identificação e convocação de todas as gestantes usuárias desta unidade de saúde, para que uma equipe do Centro de Testagem e Aconselhamento do município, convidada previamente a participar do projeto, com o aval da secretaria de saúde, possam sem deslocar até a unidade. Usaremos como método a realização de testes sorológicos rápidos para HIV, sífilis e hepatite B e C. Aliado a isto, propormos também a realização de uma manhã educativa de prevenção à DST, através de palestra e roda de conversa, para a troca de conhecimento, ressaltando principalmente a importância da prática de relação sexual protegida.

PALAVRAS-CHAVE: Gestantes, DST, Educação em saúde.

SUMÁRIO

8. Introdução	4
9. Problema	5
10. Justificativa	5
11. Objetivos	
11.1 Objetivo Geral	7
11.2 Objetivos Específicos	7
12. Revisão de Literatura	
12.1 DST na gravidez	8
12.2 Educação em saúde na prevenção de DST	9
13. Metodologia	11
14. Cronograma	12
15. Recursos Necessários	12
16. Resultados Esperados	14
17. Referências Bibliográficas	15
18. Anexos	17

1. INTRODUÇÃO

Durante o período gestacional a mulher passa por grandes alterações imunoendócrinas que tem por objetivo a imunossupressão, a qual facilita a tolerância da mãe aos antígenos fetais (PEREIRA et al, 2005). Esta imunossupressão fisiológica a torna mais vulnerável à instalação de patógenos oportunistas, à exemplo dos causadores de doenças sexualmente transmissíveis (DST), como vírus HIV, causador da AIDS, *Treponema pallidum*, causador da sífilis e os vírus da Hepatite B e C (COSTA et al, 2010).

Essa situação de vulnerabilidade durante a gravidez evidencia a importância da realização do pré-natal bem feito, pois infecções ao longo da gestação, no parto e pós-parto colocam em risco a saúde materna e fetal (COSTA et al, 2010).

Na atenção básica, como estratégia simples de ser aplicada e eficiente de prevenção da transmissão de DST, temos as atividades educativas que enfoquem principalmente nos riscos decorrentes de uma relação sexual desprotegidas e na importância da mudança de comportamento (BESERRA et al, 2008).

Diante disso, a proposta é convidar representantes do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para irem até uma unidade de saúde de difícil acesso, com a finalidade de realizar testes rápidos anti-HIV, sífilis e Hepatite B e C em gestantes. Além disto, promover uma ação educativa coletiva que vise prevenção de DST.

2. PROBLEMA

Dificuldade de acesso à realização de testes sorológicos e de aquisição de informação acerca de DST durante o pré-natal de gestantes, cadastradas em uma unidade do Estratégia da Saúde da Família (ESF) rural.

3. JUSTIFICATIVA

Em muitos municípios há a presença forte de parte da população vivendo bem longe dos grandes centros urbanos, na zona rural, a qual também demanda o desenvolvimento de adequadas políticas sociais de assistência à saúde.

Para isso foram implantadas nestas locais unidades de saúde do programa Estratégia da Saúde Família, na tentativa de facilitar o acesso das famílias à saúde de qualidade, assim como os que moram dentro da cidade.

No entanto, a dificuldade de acesso ainda é um fator bastante limitador da realização adequada do trabalho dos profissionais da saúde, já que muitos pacientes não conseguem realizar exames complementares e adquirir medicamentos não disponíveis na atenção básica. Além disso, essa população rural tende a sofrer pelo isolamento social, pois a desinformação é maior.

As gestantes, em especial, necessitam de atenção redobrada da equipe de saúde, pois um pré-natal sem a realização de exames complementares básicos, preconizados pelo Ministério da Saúde, compromete a realização de um pré-natal minimamente bem feito, refletindo diretamente na saúde da mãe e da criança.

Há uma preocupação ainda, com a falta de informação de essas mulheres grávidas, residentes da zona rural, possuem em relação a transmissão de DST, submetendo-se à riscos que poderiam ser evitados.

Pensando nisso, na tentativa de minimizar esses problemas de acesso territorial difícil, a estratégia de levar o CTA até uma unidade rural, realizar testes sorológicos rápidos, aliado à educação em saúde, para prevenção de DST em gestantes, a intenção é proporcionar um melhor acompanhamento pré-natal, levando qualidade no atendimento e informação à essas gestantes.

4. OBJETIVOS

4.1- OBJETIVO GERAL

Proporcionar serviço de pré-natal adequado através de testagem sorológica de mulheres gestantes que residem em local de difícil acesso e estimular adoção de práticas seguras através de ação educativa.

4.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Facilitar o acesso ao diagnóstico de DST
- Iniciar tratamento das gestantes com resultados positivos o mais rápido possível
- Encaminhar as gestantes com resultados positivos aos serviços de referência de pré-natal de alto risco
- Contribuir para a redução dos riscos de transmissão de DST
- Levar informações sobre prevenção das DST

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 DST na gravidez

As doenças sexualmente transmissíveis englobam um conjunto de infecções causada por agentes distintos, mas que possuem em comum o fato de serem transmitidas durante a relação sexual. As patologias que compõe o grupo das DST apresentam sintomatologia, prognóstico e curso próprio, logo, cada uma requer estratégias diferentes de diagnóstico e tratamento.

Ainda que o avanço da medicina proporcione o surgimento de métodos de diagnóstico e tratamento cada vez mais inovadores, as DST ainda acometem boa parte da população, em especial a população feminina, devido ao fato de que muitas vezes as DST não evidenciem nenhum tipo de sintomatologia nas mulheres. Ademais, o público feminino ainda sofre por constrangimentos no momento de falar acerca de sua sexualidade, dificultando a incorporação de práticas de proteção, além de muitos serviços de saúde não estarem preparados para lidar com essa questão (WHO, 2004).

Em se tratando especificamente do ciclo gravídico-puerperal, as DST possuem um papel de destaque no desenvolvimento de patologias, pois podem causar problemas como gravidez ectópica, natimorto, abortos, prematuridade, infecções congênitas, perinatais e puerperais (MARTINS et al, 2004).

Segundo dados do Programa Nacional de DST/AIDS, coordenado pelo Ministério da Saúde (MS), a prevalência de DST em seis capitais da população brasileira evidenciou que, em 3.003 gestantes, 9,4% das infecções foram por clamídia, 1,6% de sífilis e 1,5% de gonococo. Em relação as DST causadas por vírus, 40,4% para papilomavírus humano (HPV), 0,5% para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e para o vírus da hepatite B (HBV) e 22,7% para o vírus do herpes simples tipo 2 (HSV-2) (BRASIL, 2006).

Durante o pré-natal, comumente são realizadas apenas sorologias para HIV, sífilis e HBV, enquanto que clamídia e gonorreia costumam ser preteridas. Ainda

assim, não raramente, muitas gestantes sequer chegam a realizar algum teste sorológico, ou quando o fazem não são informadas do resultado, evidenciando uma desorganização do sistema de saúde (MARTINS et al, 2004).

Cada uma das infecções que compõe o grupo das DST possui seu período de incubação, apresentação clínica, disponibilidade de testes diagnósticos acurados e rápido e tratamento específico, logo diagnóstico e tratamento distintos. Contudo, é importante ressaltar que, nas gestantes, os riscos dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos devem ser levados em consideração, pois muitos deles podem colocar em perigo a saúde do bebê. Daí a importância de avaliar se os benefícios superam os riscos (COSTA et al, 2010).

É imprescindível que essas doenças sejam diagnosticadas e tratadas de forma adequada o mais precocemente possível, para que as consequências da DST para a mãe e o feto sejam reduzidas ao mínimo possível, e a cadeia de transmissão seja interrompida o mais brevemente possível.

5.2 Educação em saúde na prevenção de DST

A integração das atividades educacionais na atenção básica, que focalizem os riscos inerentes a uma relação sexual desprotegida, a mudança no comportamento e a adoção de preservativos, ainda é a melhor alternativa para a prevenção de infecções, segundo documentos referenciais do Programa Nacional de DST/AIDS, promovido pelo ministério da saúde (BRASIL, 2004).

A educação em saúde funciona como um instrumento capaz de antecipar problemas individuais e coletivos em relação à epidemia de HIV/AIDS e DST (FERRAZ, 2009).

Os prejuízos da falta de informação colocam em risco a saúde da população através da prática sexual sem segurança, logo, a utilização das possíveis formas de comunicação, como roda de conversa, mídia, folder, fórum de discussão, são

métodos válidos para explicar a necessidade do uso de preservativos nas relações sexuais.

Também é importante abrir espaço nessas atividades para tirar dúvidas e perceber os medos que o público alvo possui acerca da temática abordada. Além disso, identificar o contexto cultural ao qual aquela população está inserida, pois as estratégias só serão efetivas se forem condizentes com a realidade local (BESERRA et al, 2008).

Cabe ao profissional de saúde a sensibilização para adotar, em sua rotina de trabalho na atenção básica, essa postura de promoção da educação em saúde pois, dessa forma, incentivará em seus usuários reflexão crítica de sua realidade e menor exposição a riscos, logo, melhor qualidade de vida.

6. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo Clínico transversal, o qual buscaremos verificar o status da sorologia de gestantes de uma unidade básica de saúde rural, através de testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatite B e C, os quais são indispensáveis na rotina do pré-natal.

Será feita a identificação e convocação de todas as gestantes que vivem na área de cobertura da ESF de Santa Maria do Açaizal, localizada no município de Augusto Corrêa, Pará.

No dia da ação será realizado inicialmente o acolhimento das gestantes, para que todas se sintam à vontade para dialogar. Em seguida será feita uma palestra, com didática bastante acessível, contendo como tema os principais tipos de DST, a importância para mãe e para o bebê do diagnóstico e tratamento precoce, da investigação diagnóstica e tratamento do parceiro, bem como da necessidade da prática de relação sexual protegida.

Posteriormente será aberta uma roda de conversa para que as gestantes possam sanar dúvidas, falar de suas aflições, sexualidade e tabus acerca da prática sexual.

Após aconselhamento e anuência das gestantes à participarem da testagem sorológica, as mesmas serão chamadas individualmente em uma sala de coleta da unidade, onde será colhida a amostra de sangue a ser submetida aos testes rápidos, realizados por equipe capacitada do CTA do município.

Estima-se que o tempo total entre a ação educativa e a testagem sorológica dure em torno de 3:30h, com a participação de 90% das gestantes da área. Está prevista para ser iniciada em dezembro de 2016.

7. CRONOGRAMA

Procedimento	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
Apresentação do projeto à equipe de saúde	X			
Busca ativa por todas as gestantes e mulheres com suspeita de gravidez residentes na área da abrangência da unidade básica.	X			
Consulta médica às mulheres com suspeita de gravidez para confirmar diagnóstico.	X			
Planejamento/organização da atividade com a equipe de saúde da unidade		X		
Entrega de ofício à secretaria de saúde solicitando autorização para a visita do CTA e a disponibilização um carro para levar a equipe do CTA até a unidade.		X		
Envio de ofício ao CTA solicitando uma visita até a unidade de saúde para a realização de testes rápidos		X		
Entrega dos convites à todas as gestantes pelos ACS			X	
Manhã de realização de atividade educativa e testagem sorológica			X	
Avaliação crítica do projeto pela equipe de saúde				X

8. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Papel;
- Caneta;
- Computador;
- Impressora;
- Tinta para impressora;
- Requisição para exames laboratoriais;
- Lista contendo o nome de todas as pacientes gestantes da área;
- Equipamento multimídia;
- Sala para atendimento coletivo;
- Sala para atendimento individual;
- Carro para transportar equipe do CTA;
- Testes rápidos suficientes para todas as gestantes;
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades;
- Profissionais Médico, Enfermeiro, Téc/Aux. Enfermagem, ACS, farmacêutico/bioquímico;
- Prontuários das gestantes presentes na atividade.

9. RESULTADOS ESPERADOS

- Viabilizar a realização de testes sorológicos rápidos em gestantes atendidas na atenção básica, em unidade de difícil acesso, com a finalidade proporcionar um pré-natal minimamente adequado;
- Reduzir a quantidade de doenças subdiagnosticadas durante a gestação;
- Proporcionar diagnóstico e tratamento precoce às gestantes com resultados positivos;
- Promover qualidade de vida para a mãe e para o bebê;
- Compartilhar vivências e conhecimento através da ação educativa;
- Diminuir a barreira entre os profissionais da saúde e as usuárias, para que elas se sintam livres para dialogar abertamente;
- Estimular a prática de relação sexual protegida;
- Buscar que a visita do CTA à unidade e a ação educativa de prevenção à DST se tornem atividades coletivas constantes adotadas pela ESF.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano estratégico do programa nacional de DST/AIDS. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Editora MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BESERRA, Eveline Pinheiro; PINHEIRO, Patrícia Neyva da Costa; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: uma investigação a partir das adolescentes. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 set; 12 (3): 522-28.

COSTA, Mariana Carvalho; DEMARCH, Eduardo Bornhausen; AZULAY, David Rubem; PÉRISSÉ, André Reynaldo Santos; Dias, Maria Fernanda Reis Gavazzoni; NERY, José Augusto da Costa. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. An. Bras. Dermatol. vol.85 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2010.

FERRAZ, Dulce Aurélia de Souza; NEMES, Maria Ines. Avaliação implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na região metropolitana de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.2, n.25, p.240-250, fev. 2009.

MARTINS, Telma A; BELLO, Pierre Y; BELLO, Martha D; PONTES, Lígia Regina SK; COSTA, Lúcia V; MIRALLES, Iracema S; QUEIROZ, Telma Régia BS. As doenças sexualmente transmissíveis são problemas entre gestantes no Ceará? DST – J bras Doenças Sex Transm 16(3): 50-58, 2004.

PEREIRA, Alessandra Cardoso; JESÚS, Nilson Ramires de; LAGE, Lais Verderame; LEVY, Roger Abramino. Imunidade na gestação normal e na

paciente com lúpus eritematoso sistêmico (LES). Rev. Bras. Reumatol. vol.45 no.3 São Paulo Maio/Jun 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. WHO/Department of Reproductive Health and Research, 04.B, Geneve, 2004.

11. ANEXOS

PREFEITURA DE AUGUSTO CORRÊA
SECRETARIA DE MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTA MARIA DO AÇAIZAL

Augusto Corrêa, 13 de dezembro de 2016.

Ofício de Solicitação nº 0001/2016

À

Secretaria Municipal de Saúde

Paula Caroline dos Santos Anjos, médica da ESF de Santa Maria do Açaizal, CRM 12962, vem respeitosamente solicitar, em nome da equipe de saúde de Santa Maria, à vossa senhoria Secretária de Saúde, a autorização à visita até nossa unidade básica de uma equipe do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), para a realização de testes sorológicos rápidos em gestantes atendidas pela referida unidade de saúde. Estamos organizando uma manhã inteira de atividade educativa de prevenção à DST em gestantes, juntamente com a testagem sorológica destas mulheres ao final dessa atividade, daí a importância imprescindível da presença do CTA.

Solicitamos ainda a disponibilidade de um carro da secretaria de saúde por apenas um dia no mês de fevereiro, em data ainda ser definida em conjunto, para que o mesmo possa fazer o transporte da equipe do CTA até à unidade.

Contando com o vosso apoio, desde já nossos agradecimentos.

Atenciosamente,

Paula Caroline dos Santos Anjos

PREFEITURA DE AUGUSTO CORRÊA
SECRETARIA DE MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SANTA MARIA DO AÇAIZAL

Augusto Corrêa, 21 de dezembro de 2016.

Ofício de Solicitação nº 0002/2016

Ao

Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)

Paula Caroline dos Santos Anjos, médica da ESF de Santa Maria do Açaizal, CRM 12962, vem respeitosamente solicitar, em nome da equipe de saúde de Santa Maria, à equipe do CTA, uma visita até nossa unidade básica, para a realização de testes sorológicos rápidos em gestantes atendidas pela referida unidade de saúde. Estamos organizando uma manhã inteira de atividade educativa de prevenção à DST em gestantes, juntamente com a testagem sorológica destas mulheres ao final dessa atividade, daí a importância imprescindível da presença do CTA.

A autorização para a realização da atividade já foi autorizada pela secretaria de saúde, assim como foi obtida a disponibilidade de um carro para transportar a equipe do CTA até a unidade de Santa Maria.

Contando com o vosso apoio, desde já nossos agradecimentos.

Atenciosamente,

Paula Caroline dos Santos Anjos