



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

RODSON SERRÃO SILVA

PORTFÓLIO FINAL

**Tefé-AM
2017**

RODSON SERRÃO SILVA

PORTFÓLIO FINAL

Trabalho de conclusão de Curso apresentado à UNASUS/USFCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do professor FABIANO FRAGA CARVALHO.

Tefé-AM

2017

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	4
2- ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	6
3- PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	9
4- VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO.....	13
5- REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	16
6- REFERÊNCIAS.....	18
7- ANEXO 1- PROJETO DE INTERVENÇÃO(PI).....	1

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Rodson Serrão Silva, Brasileiro, sou médico clínico geral, pertencente ao Programa Mais Médicos, com 2 anos de experiência, graduado no ano 2015, pela escola latino Americana de Medicina, Instituto de Ciências Médicas de Havana em Cuba, atualmente alocado no município Tefé, estado do Amazonas.

Sua população, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2016, era de 62. 230 habitantes. Sua área territorial é de 23.808 km2, sendo o quadragésimo oitavo maior município do Brasil em área e o vigésimo terceiro do Amazonas. Tefé está distante 523 km de Manaus, capital do estado. Não há estradas que liguem Tefé a nenhuma outra cidade, o acesso é somente de barco ou de avião, a viagem de lancha rápida tem duração de 12 horas, 36 horas de barcos e 50 minutos em avião de Tefé a capital Manaus.

O setor mais desenvolvido nesta cidade é o comércio, pois existem uma grande quantidade de pequenas lojas dos setores de vestuário, calçados, eletrodomésticos, móveis, material de construção, armarinhos, tecidos, estivas e bebidas.

O trabalho na área da pesca possui grande destaque na economia local. A cidade de Tefé fica localizada próxima às maiores áreas de pesca do Amazonas, devido a isso, é grande a quantidade de empresas instaladas em flutuantes relacionadas à venda e compra de pescado, principalmente peixes lisos, tambaqui e pirarucu, que é vendido tanto para mercado interno (Tefé/Manaus) como externo.

Em Tefé há 8 postos de saúde, 7 na zona urbana e uma UBS que se encontra na comunidade ribeirinha de Caiambé. Eu atuo na UBS Dr José Lins situada no bairro São Francisco, que atende aos bairros São Francisco, São José e Juruá. A maioria das pessoas que atendo moram próximo do centro da cidade, minha equipe de trabalho está composto por um médico, uma enfermeira, técnica de enfermagem, 10 agentes de saúde, com uma população de 4.675 pacientes, a população é predominantemente jovem, a área apresenta em sua maior parte um cenário de casas humildes, em geral palafitas, (casa à beira do rio), a maioria de madeira com difícil acesso, com pontes de madeiras projetadas e feitas pelos próprios moradores sem segurança alguma, escorregadios e frágeis, a população é carente, com baixo nível

de escolaridade. Minha área de abrangência tem 2 igrejas católicas e várias evangélicas e 3 escolas.

As doenças mais frequentes são o parasitismo intestinal, doenças de transmissão por vetores como malária e dengue, além disso, as doenças de transmissão sexual que ocupam um lugar muito importante entre outras.

Durante o curso de especialização em saúde da família conseguimos ampliar nossos conhecimentos sobre o trabalho na APS. Conseguimos mediante o estudo da literatura oferecida, aumentar o nível de conhecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis através de um projeto de intervenção em adolescentes de 14 a 18 anos na Unidade Básica de Saúde José Lins, para o controle e diminuição da doença e conseguir uma ótima qualidade de vida que é nosso maior objetivo.

Cada comunidade tem uma caracterização particular de sua situação de saúde, e a melhora dos indicadores depende muito de nosso trabalho em equipe, o qual foi fortalecido em cada aula oferecida no curso de especialização, o objetivo fundamental foi garantir que os pacientes possam adquirir os conhecimentos sobre a doença. Antes do estudo percebemos que tinham total desconhecimento. Por isso tive a iniciativa de fazer um projeto de intervenção sobre como aumentar o nível de conhecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes de 14 a 18 anos, e por sua alta incidência em minha comunidade, e assim obter um melhor controle.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

No dia a dia de atendimento das UBS são constantes os quadros de gravidezes, algumas dessas são classificadas como de risco, sendo de natureza multifatorial, tal situação desencadeia insegurança e conflitos internos na mãe, os quais podem ser sentidos mesmo no pós-parto. Além disso, muitos outros pontos corroboram para problemas que se repercutem após o nascimento do bebê como a não aceitação da gravidez pela mãe ou familiares, a rejeição do bebê em relação à mãe, descontrole hormonal, dentre vários outros, situações que corroboram com o desencadeamento de quadros de depressão pós-parto (DPP).

Diante disso, escolhi um caso que melhor exemplificasse essa problemática pois a DPP é uma desordem orgânica e psicológica de certa forma corriqueira, que tem patogênese multifatorial e acomete um grande número de mulheres (VALENÇA; GERMANO, 2010). A problemática deve ser muito bem acompanhada, a equipe de saúde ajuda dando suporte a paciente e a família, tentando minimizar agravos e solucionar a situação. Segundo Moura; Fernandes e Apolinário (2011) “é uma síndrome psiquiátrica importante capaz de acarretar uma série de consequências negativas na interação mãe/filho”.

O caso é referente à paciente C. F. S, sexo Feminino, 42 anos, casada com seu Claudio, de 45 anos, diabética há seis meses. Em sua história familiar seu pai, seu Haroldo, diabético insulínico dependente, 62 anos. Já sua mãe, dona Carmen, 60 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica, fumante e obesa faz o uso de insulina NPH para o controle glicêmico. Além dessa, ainda tem um irmão João e uma irmã Joana, ambos com péssimos hábitos de vida, não praticam atividades físicas nem mesmos tem um controle na alimentação, no entanto, ainda não desenvolveram diabetes ou outras morbidades.

A descoberta do diabetes por dona C. F. S se deu em decorrência do acompanhamento pré-natal, sendo sua segunda gestação, já tem uma menina de 2 anos, Ana Flavia e o recém-nascido Gadriel. Mediante os exames de rotina no pré-natal onde apresentou uma glicemia de jejum de 165mg/dl, depois de diagnosticado o quadro seguiu-se a gestação com os devidos cuidados. Após o parto, a paciente sentiu-se muito insegura, chegou a pensar que não teria condições psicológicas de criar o filho, relatou na consulta medica que se sentia muito triste que não estava feliz com o nascimento da criança, que só queria ficar em seu quarto e que por motivos

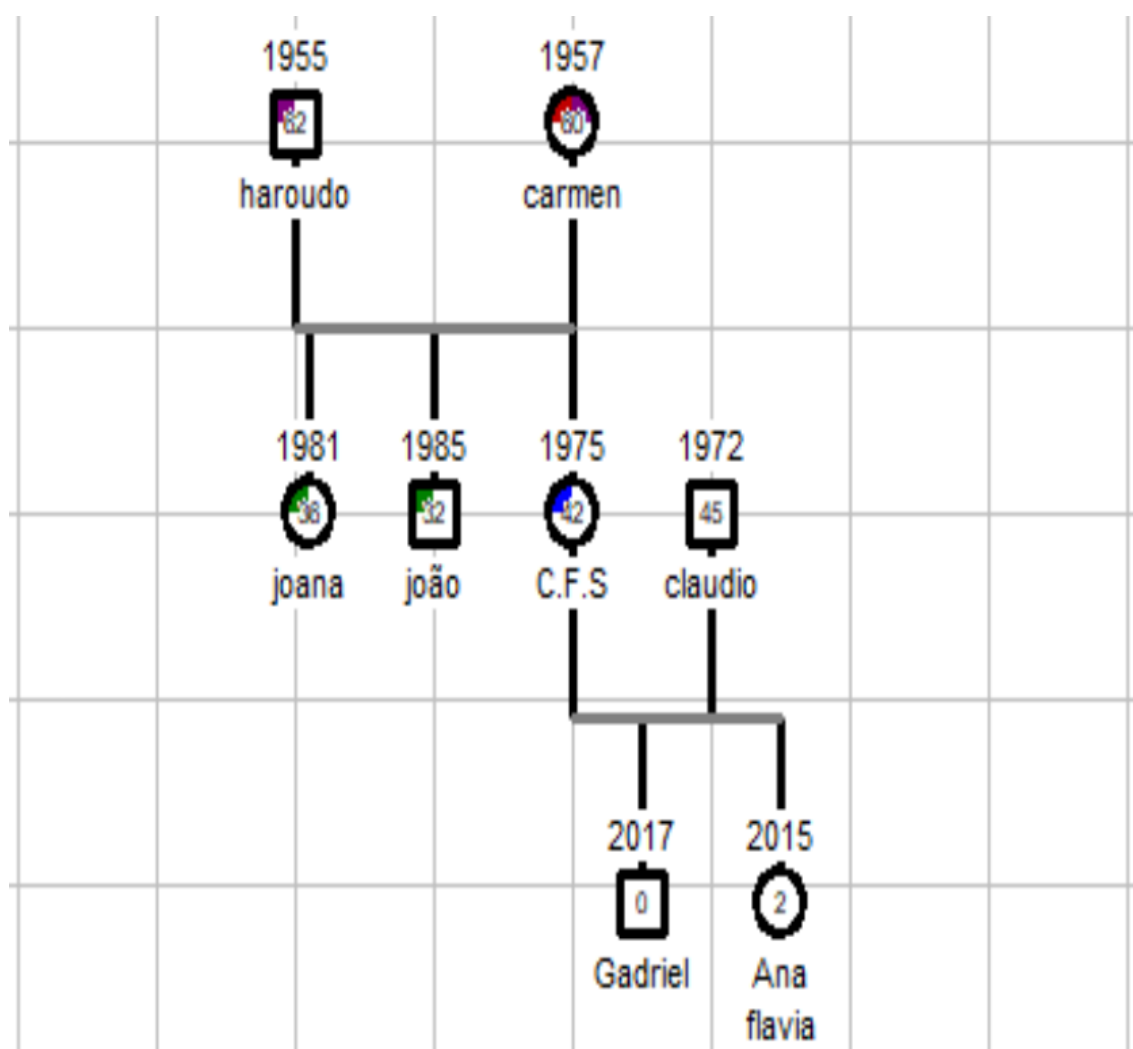
bobos chorava, sentia-se desmotivada e ansiosa, além do mais disse que a criança não era o que ela esperava.

O diagnóstico foi feito de acordo com o que preconiza a Associação Psiquiátrica Americana (DSM - IV), segundo a qual para se determinar a DPP a mãe deve apresentar pelo menos cinco dos sintomas citados a seguir, os quais devem ser manifestados quase todos os dias: uma grande tristeza de natureza prolongada, baixa autoestima, crise de choro, fadiga, desmotivação, ansiedade, distúrbios do sono e/ou do apetite, irritabilidade, sensação de incapacidade para cuidar do filho ou desinteresse por ele, lapsos de memória e ideias obsessivas ou supervalorizadas de suicídio. Mediante isso, o diagnóstico da depressão após o parto acaba por representar também uma possibilidade da realização de intervenções multidisciplinares logo que surgem os sintomas, melhorando o quadro da paciente (COUTINHO; SARAIVA, 2008).

Conversei com a paciente e lhe expliquei a respeito do seu caso, ela teve algumas dúvidas, me perguntou se a doença tinha cura, expliquei que esses quadros podem afetar qualquer mãe e que importante é ter a consciência de que é uma doença e querer tratar. Após uma conversa ela disse estar mais calma, acertamos que ela ia praticar algumas atividades que lhe desse prazer, evitar ficar só e outras mudanças de comportamento, quanto a medicação resolvi prescrever Paroxetina 20 mg uma vez ao dia, por ter uma concentração sérica menor e menos efeitos colaterais.

Após 30 dias a paciente retornou a UBS, entrou para a consulta perguntei como ela estava se sentindo, ela disse que na primeira semana não sentiu melhora nenhuma, mas que nessa última semana estava bem melhor, estava interagindo com o filho e que não andava triste, prossegui a consulta de rotina com satisfação no tratamento implementado, pois pude ajudar a paciente.

Segue o Genograma do caso:



3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

A depressão pós-parto (DPP) é uma problemática encontrada na atenção primária, na minha UBS já tive casos que mereceram muita atenção, tendo em vista a natureza multifatorial dessa condição e na premissa das modificações psicológicas encaradas pelas mulheres e na novidade social de se tornar mãe, precisamos estar aptos a orientar essas pacientes afim de ajuda-las a solucionar a problemática. Assim, a partir do nascimento de um filho, muitas mulheres experimentam sentimentos contraditórios, seja pelas mudanças físicas com a autoimagem ou imagem idealizada e romanceada do conceito, até mesmo fatores hormonais influenciam na resposta orgânica e comportamental dessa nova mãe (Moraes, 2011).

Dessa maneira, a depressão pós-parto (DPP), é uma condição de alta prevalência em várias culturas e diversas áreas geográficas, foi, e, é objeto de vários estudos para avaliar seu impacto na interação mãe-bebê, ou mesmo da mãe ao seu núcleo familiar. Assim, com o nascimento do bebê, inicia-se um período novo na dinâmica da mãe, o puerpério. A parte fisiológica, também, é muito importante, haja vista que no período que compreende a gravidez, há uma modificação hormonal que influencia nas modificações corporais características da gestação para suprir as necessidades metabólicas do conceito e da mãe. Essas alterações são responsáveis por, ainda durante a gravidez, a mulher esteja propícia a sintomas de muita angústia e ansiedade, devido à necessidade de adaptação a novas situações advindas das atividades da maternidade.

A despeito das transformações fisiológicas principalmente hormonais, o puerpério proporciona alterações emocionais importantes nas mulheres, sendo relatado pelas mães o nervosismo como mais prevalente, seguido da tristeza e do choro incontido (Silva, Araújo, Araújo, Carvalho, & Caetano, 2010). As grávidas que fazem acompanhamento comigo, assim como as puérperas são sempre questionadas sobre esses aspectos, pois acredito que devemos sempre estar atentos e prevenir o surgimento dos casos.

Esses sintomas mais prevalentes devem ser os guias de um diagnóstico precoce. A DPP é definida como episódio de depressão maior que pode ocorrer nas primeiras semanas pós-parto mediante fatores de diversas naturezas. Segundo o Ministério da Saúde (MS), a prevalência varia de 5% a 9%, porém muitos casos não são notificados, o que provavelmente aumenta a prevalência, conseqüentemente

muitos casos não são tratados, porcentagens que podem ser por volta de 10% a 25% ao longo da vida das mulheres (BRASIL, 2012).

Temos também quadros diferenciados como do espectro clínico do baby-blues, encontra-se a psicose puerperal que ocorre entre 0,1% a 0,2% dos partos, e é mais comum em primíparas (Ruschiet al, 2007). Caracteriza-se por comportamentos maternos que denotam repúdio total ao bebê, apatia, comprometimento do juízo de realidade, delírios e alucinações geralmente relativos à criança, com risco de suicídio e infanticídio (DSMIV; APA, 2002) ou dificuldade de perceber o bebê como separado de si, permanecendo em um vínculo simbiótico ou negando o nascimento da criança (Marques, 2003). Esses quadros, quando o blues não desaparece e, pelo contrário, se intensifica mostrando-se severo e durável, se torna o precursor da chamada depressão pós-parto ou puerperal (DPP), um evento patológico que demanda ajuda.

A DPP é um importante problema de saúde pública, já que ocorre em um momento crucial no ciclo da vida familiar. A psicose do tipo agudo acontece em jovens mães primíparas e o risco de recidiva na próxima gravidez é alto. O quadro clínico se instala bruscamente e sua duração é relativamente curta (de horas a semanas). Ocorre do segundo dia ao terceiro mês depois do parto e pode requerer intervenção medicamentosa e/ou internação hospitalar (Bydlowski, 2000). Rodrigues e Schiavo (2011) desenvolveram um estudo com o objetivo de descrever e comparar as fases do estresse de primigestas no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto e correlacioná-las à ocorrência de DPP. Verificaram que 78% das entrevistadas manifestaram sinais de estresse no terceiro mês de gestação e 63% apresentaram no pós-parto.

O estudo concluiu que há uma relação entre o estresse vivenciado pela mulher e a DPP. Figueira, Diniz e Silva (2011) corroboram tal afirmativa, pois, segundo os autores, há associação entre eventos estressantes na gravidez e o aparecimento da DPP. Faisal-Cury e Menezes (2012), também, realizaram um estudo que visou estimar a relação entre a depressão pré-natal e a pós-natal em mulheres recrutadas de clínicas de atenção primária em São Paulo. Os autores constataram que a DPP é influenciada pela depressão pré-natal, o que seria o principal preditor para o desenvolvimento da patologia.

Portanto, faz-se necessária a identificação do transtorno materno nas consultas pré-natais para que os profissionais da saúde realizem intervenções o mais precoce possível. Quanto ao ambiente familiar, um estudo realizado por Konradt et al. (2011)

buscou verificar o impacto da percepção do suporte social durante a gestação como fator de proteção para a depressão no período de 30 a 60 dias após o parto. De acordo com esse estudo, o risco de desenvolver a patologia foi duas vezes maior em mulheres que não tiveram amparo de seus companheiros, familiares e/ou amigos durante a gestação.

Os autores concluíram que o fortalecimento do suporte social à gestante por meio de uma intervenção precoce com a mãe e seu grupo social contribui para a diminuição de ocorrência de DPP. Tais conclusões são concordantes com os achados de Fonseca, Silva e Otta (2010), que constataram que o apoio social percebido pela mãe funciona como fator protetor para o desenvolvimento de sintomas depressivos. “Não Obstante, a DPP é limitante e pode durar meses sem melhora espontânea e sem ajuda se torna uma provação dolorosa no primeiro ano de vida com o bebê” (Bydlowski, 1997).

A DPP é um problema que atinge cada vez mais mulheres em seu processo reprodutivo, com estimativas de que 8% a 25% das mães podem apresentar depressão puerperal (Mandú, Santos & Corrêa, 2006). Já FaisalCury e Menezes (2005) e Cruz, Simões e Faisal (2005) afirmam que no Brasil, os números parecem ainda mais preocupantes. Dependendo da amostra de puérperas estudada, variam de 16% a 37% (Cury & Volich, 2010).

Todavia, segundo Silva Et al (2010), a depressão pós-parto (DPP) ocorre em todo o mundo, conforme a região e o instrumento de mensuração, sua incidência varia de 10% a 20%, na proporção de um caso para 1.000 mães. No Brasil, a última publicação, de base populacional sobre o tema, realizada em Pelotas-RS, com 410 mulheres, divulgada em 2006, destacou uma prevalência de 19,1%. Outra publicação anterior, desenvolvida em São Paulo-SP, em 2005, identificou uma prevalência de 37,1% em uma amostra de 70 puérperas.

No que se refere à atenção básica, no atendimento pré-natal de gestantes, realizado por equipe multiprofissional, conjugando esforços e conhecimentos de diferentes profissionais, é uma excelente oportunidade para prevenir, detectar e tratar transtornos afetivos e, conseqüentemente, minimizar os negativos efeitos da DPP na relação mãe-filhos.

Contudo, no que diz respeito às condutas assistenciais pré-natais para prevenir a DPP, estudos apontam que os profissionais baseiam a assistência nos protocolos definidos pelo Ministério da Saúde, sintetizados no Manual Técnico de Pré-natal e

Puerpério. Esse documento expõe a importância da atenção aos aspectos emocionais durante a gestação, parto e puerpério, porém de forma reduzida, apesar de considerar que as ações fundamentadas apenas nos aspectos físicos não são suficientes. No entanto, o manual não oferece orientações e protocolos assistenciais para serem implementados na rotina clínica, ainda que destaque a importância da escuta ativa e proponha a realização de atividades educativas individuais e em grupos (Meira et al, 2015).

Nesse sentido, a falta de conhecimento sobre a saúde mental da paciente resulta em limitada assistência às mulheres e seus familiares durante o período pós-parto. Na minha UBS a equipe de saúde é muito solícita e sempre estamos esclarecendo as pacientes sobre essa doença, afim de prevenir sua evolução. Nesse sentido, a inclusão de componentes curriculares relacionados à saúde mental no puerpério poderia servir como instrumento de qualificação de enfermeiros e médicos para lidar com mulheres com DPP também é uma ferramenta de muita utilidade.

Dessa forma, as estratégias descritas anteriormente como atendimento pré-natal, grupos de gestantes ou puérperas, poderiam ser utilizadas de maneira mais consciente, para fortalecer a rede de apoio à mulher. Essa qualificação facilitaria a comunicação dos profissionais da ESF no diálogo que é preciso ser mantido com outros níveis assistenciais, principalmente quando há necessidade de realizar referência e contrarreferência das mulheres dentro do sistema de saúde (Meira et al, 2015).

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

Na minha unidade de saúde temos uma agenda que contempla a visita domiciliar, tiramos a quinta feira de cada semana para irmos as residências dos pacientes que não podem se locomover. A maioria são idosos com comorbidades, porém também acompanhamos acidentados, pacientes psiquiátricos e vários outros. Através dos ACS conseguimos fazer os acompanhamentos com ordem de prioridade, os pacientes mais graves recebem visitas mais frequentes afim de evitar agravos nos casos, para melhor exemplificar essa rotina escolhi um caso em especial que se segue a diante.

Dona Ana, 31 anos de idade, branca, dona de casa (mas trabalhava em um escritório de contabilidade antes do primeiro filho), casada, natural e procedente do município de Tefé-AM, G3PN2A1. Recebe visita domiciliar periodicamente por ter feito parte do programa de pré-natal da unidade básica, mas durante no último trimestre de gestação não compareceu nas consultas previamente agendadas. A última consulta médica fora há 6 meses. Agora a paciente encontra-se no puerpério e o lactente não faz parte ainda do CD.

O paciente tem histórico patológico de depressão pós-parto diagnosticado há cerca de 2 anos quando teve seu primeiro filho. Por ter depressão pós-parto teve dúvidas se o uso de medicação antidepressiva afetaria o bebê pela amamentação. Sentia desânimo, sem energia para realizar as tarefas de casa, ondas de tristeza, crises de choro sem causa aparente. Também se queixava de dificuldade de expressar afeto pelos filhos, agindo mais racionalmente, de maneira fria, embora goste das crianças.

Chegamos à residência e fomos convidados a entrar. Dona Ana nos recebeu em sua sala. Apresentei a equipe, já que seria a sua primeira consulta domiciliar e a enfermeira era nova; ele já conhecia a agente de saúde. Dando início a consulta, começo me certificando das informações disponíveis no prontuário; o paciente confirma todas as informações e refere não estar fazendo uso de nenhuma medicação. Pergunto então se há alguma queixa, a qual dona Ana responde positivamente: refere que tem tido “problemas com o choro e desânimo”. Anos atrás teve depressão pela primeira vez. Tentou reagir sozinha, diziam que poderia ser anemia, fez muita força para tentar realizar as tarefas de casa e cuidar do filho, mas ficou muito limitada no dia

a dia. Após uma crise mais forte de tristeza e desesperança, foi levada a um médico que prescreveu fluoxetina, um antidepressivo. Usou-a por um tempo, melhorou alguma coisa, mas não muito. Ainda voltavam as crises de choro vez ou outra. Ao engravidar a terceira, recomendei parar com a fluoxetina porque poderia afetar o feto. Levou a gravidez até o final com sacrifício, sentindo-me mal e desanimada.

Ela veio de uma família com pai alcoólico e mãe um tanto dependente. Durante sua infância quando o pai chegava em casa alcoolizado e agressivo, ela protegia os irmãos e ficava assustada num canto da casa. Nunca dizia para a mãe como se sentia, pelo contrário, a ouvia desabafar pelo sofrimento com o marido alcoólico. Ou seja, dona Ana havia adotado um papel de salvadora da família desde pequena, se tornando precocemente “adulta”, pois sempre abandonava sua posição de filha para consolar a mãe assustada e cuidar dos irmãos.

Na vida atual estas crises de choro, a tristeza, o desânimo, parecem consequências de todos aqueles anos de sofrimento na família de origem e porque ainda não encontrou uma forma de desabafar seus medos e angústias. É como se aquela criança do passado estivesse voltando e pedindo colo e se sentindo incapaz de ser adulta e, por exemplo, levar uma gravidez até o fim e cuidar do bebê. Ela mantém a tendência de guardar tudo dentro de si e acabou casando com um marido, não alcoólico, mas fechado que não “dá colo” quando ela precisa desabafar (SIC).

Iniciei, então, o exame físico. A paciente estava normocorada, hidratada e anictérica. O exame geral de cabeça e pescoço não evidenciou anormalidade, bem como os do tórax e abdome. As ausculta pulmonar e cardíaca eram normais. Pressão arterial aferida em decúbito e sentado era de 120/ 80 mmHg.

Orientei a paciente em relação ao uso das medicações, bem como os benefícios e riscos. Encaminhei ela para o serviço de atendimento especializado psicológico, no qual a mesma prometeu aderir. Marquei a consulta do CD do lactente e solicitei que a agente de saúde visitasse a dona Ana e sua família com mais frequência. Dois meses após a última visita dona Ana passou em consulta comigo com melhora significativa, continuamos acompanhando ela e sua família na UBS.

Podemos perceber com o caso clínico supracitado a importância da modalidade de acompanhamento a domicílio. Sua importância vai além do mero atendimento, pois quando adentramos as micro áreas podemos analisar de forma crítica as realidades socioespaciais dos nossos pacientes, a partir de então eleger as prioridades em ações de saúde a serem implementadas. Quanto ao atendimento propriamente dito, levamos

ao paciente de forma digna e humanizada uma equipe multiprofissional que os acompanha, isso melhora a relação da equipe com a comunidade e melhora a qualidade de vida dos pacientes que são atendidos no conforto dos seus lares.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Minha experiência com o programa MAIS MÉDICOS foi muito boa, o curso de especialização deu subsídios para uma atuação orientada e bem dinâmica. Venho de uma formação um pouco diferente da que é feita no Brasil, além de ter tido experiências diferentes com meu país de formação, minha atuação no Brasil melhorou muito com o curso de especialização, pois tive a oportunidade de aprender coisas diferentes e ratificar o que já sabia.

Isso foi possibilitado em grande parte pelo suporte técnico que nos foi oferecido, no eixo I e II. No eixo I tivemos a oportunidade de ampliar nosso conhecimento sobre a área que atuamos, particularmente conheci a realidade dos meus pacientes visitando a comunidade, já que algumas tarefas nos incitavam a fazer isso, pude organizar melhor minha agenda e fazer a visita domiciliar focada nas prioridades, além disso, as tarefas do eixo I também foram mecanismos de aquisição de conhecimentos, os quais pude implementar no meu dia a dia.

Além disso, adquiri muita experiência com o eixo II, o qual particularmente gostei muito, principalmente nos trabalhos envolvendo os casos complexos. Através disso, tive a oportunidade de rever condutas e manejo clínicos, pois, os casos escolhidos foram muito voltados para a atenção primária, facilitando o trabalho e possibilitando uma reflexão mais proveitosa, pois trabalhamos com diversas temáticas importantes e de encontro diário como saúde do trabalhador, pré-natal, saúde mental e vários outros assuntos.

Outro ponto chave, acredito eu, foram os fóruns, os quais abriram um ambiente de interação com outros colegas, até mesmo de regiões diferentes, o que possibilitou a troca de experiências e a comparação da situação epidemiológica das outras regiões, além de poder contribuir com informações da minha região, esclarecendo dúvidas e interagindo com os colegas.

Não diferente, a oportunidade de elaboração do projeto de intervenção, assim como do portfólio foram extremamente úteis, pois ao elaborarmos esses trabalhos tivemos a oportunidade de buscar na comunidade situações interessantes como nas temáticas de estudo de caso clínico e visita domiciliar, onde situações aprendidas puderam ser levadas para outras pessoas.

Na minha prática clínica pude aproveitar algumas situações que atribuo as experiências do curso, com alguns pacientes pude dar uma melhor orientação e condutas relacionadas a diretrizes mais atualizadas, principalmente as de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, situações que utilizei as informações e tive sucesso com as terapêuticas implementadas.

Além disso, tive algumas dificuldades com o curso, principalmente relacionadas a plataforma, mais precisamente em relação a conexão de internet que na minha cidade é muito complicada, refletindo em atraso de envios de atividades e mesmo perda de notas, o que prejudicou um pouco a avaliação das atividades desenvolvidas no moodle.

Entretanto, mesmo com as dificuldades, o curso foi muito importante para meu crescimento social e profissional, pois após as etapas do curso consegui fazer a clínica muito mais racional e humanizada, o que contribui para melhorar minha relação com meus pacientes, e com minha própria equipe de trabalho, levando a eles informações atualizadas e uteis. Acredito que o curso de especialização foi muito bom e mesmo com as dificuldades de acesso a plataforma, por estar em uma área de difícil conexão à internet consegui ter um aproveitamento impar com o curso.

6. REFERÊNCIAS

Araújo TM, Araújo MFM, Carvalho CML, Caetano JA. Postpartum depression in puerperal women: knowing the interactions among mother, son and family. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(3): 411-16.

BYDLOWSKI, M. (2000) *La dette de vie – Itinéraire psychanalytique de la maternité.* Paris: PUF.

Coutinho MPL, Saraiva ERA. Depressão pós-parto: considerações teóricas. *Estudos e pesquisa em Psicologia. UERJ, RJ, 2008;(3):759-73.*

Cruz, M. M., & Bourget, M. M. M. (2010). A visita domiciliária na estratégia de saúde da família: conhecendo as percepções das famílias. *Saúde e Sociedade, 19(3), 605-613.*

Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família. *Rev Bras Ginecol Obstetr.* 2005; 27(4):181-8

Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2012). Depressão pré-natal prediz fortemente depressão pós-parto em cuidados de saúde primários. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 34(4), 446-450.* Recuperado em 15 junho, 2013, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1516444612000499>.

Faisal-Cury, A., Menezes P. R. (2005). Depressão pós-parto: o papel do obstetra. *Femina 33(2), 135-140.*

Figueira, P. G., Diniz, L. M., & Silva, H. C., Filho (2011). Características demográficas e psicossociais associadas à depressão pós-parto em uma amostra de Belo Horizonte.

Fonseca, V. R. J. R. M., Silva, G. A., & Otta, E. (2010). Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cadernos de Saúde Pública, 26(4), 738-*

746. Recuperado em 10 abril, 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

Konradt, C. E., Silva, R. A., Jasen, K., Vianna, D. M., Quevedo, L. A., Souza, L. D. M., Oses, J. P., & Pinheiro, R. T. (2011). Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(2), 76-79. Recuperado em 12 abril, 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082011000200003&script=sci_arttext.

Mandú, E. N. T., Gaiva, M. A. M., Silva, M. da A., & Silva, A. M. N. (2008). Visita domiciliária sob o olhar dos usuários do programa de saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem* 17(1), 131-140. Consultado em fevereiro, 2, 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/15.pdf>

Meira BM, Pereira PAS, Silveira MFA, Gualda DMR, Santos JHPO. Challenges for primary healthcare professionals in caring for women with postpartum depression. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2015 [acesso em: 19 dez 2016]; 24(3): 706-712. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300706&lng=pt.

Moura ECC, Fernandes MA, Apolinário FIR. Maternal perception about postpartum psychiatric disorders: implications in mother-child relationship. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2011 [acesso em: 18 agosto 2017]; 64(3): 445-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a06.pdf>.

Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista Saúde Pública*. 2011; 40(1): 65-70. Ministério da Saúde (BR). Sistema Prénatal. O Sispre natal. Ministério da Saúde; 2012. [acessado em: 02 set 2017]. Disponível em: <http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php?area=01>. Silva FCS, *Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(3), 274-280.

Silva ET, Botti NCL. Depressão puerperal: uma revisão de literatura. *Rev Eletrônica Enferm.* 2010;7(2): 231-8.

Rodrigues O; Schiavo R. STRESS IN PREGNANCY AND PUERPERIUM: A CORRELATION WITH POSTPARTUM DEPRESSION. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011 Sep;33(9):252-7. PMID:22189853 [PubMed - indexed for MEDLINE]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22189853>.

Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Chambô Filho, A., Zandonade, E., & Lima, V. J. D. (2007). Postpartum depression epidemiology in a Brazilian sample. Revista de. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 33(2), 71-75. Recuperado em 15 junho, 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082011000200002&script=sci_arttext

Valença CN, Germano, RM. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2010; (2): 11.

Anexo 1: Projeto de intervenção

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO
ALEGRE- UFCSPA
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.**

TÍTULO: Aumentar o nível de conhecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis através de um projeto de intervenção em adolescentes de 14 a 18 anos na Unidade Básica de Saúde Jose Lins.

AUTOR: Rodson Serrão Silva

ORIENTADORA: Prof.^a Patricia Barbara Dias

**Amazonas, AM
2017**

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO
2. OBJETIVOS
 - 2.1 OBJETIVO GERAL
 - 2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS
3. REVISÃO DE LITERATURA
4. MÉTODOS
5. CRONOGRAMA
6. RECURSOS NECESSÁRIOS
 - 6.1 RECURSOS HUMANOS
 - 6.2 RECURSOS MATERIAIS
7. RESULTADOS ESPERADOS
8. REFERÊNCIAS

INTRODUÇÃO

As Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) são de extremo impacto na sociedade brasileira. Dados do Sistema Único de Saúde (SUS) demonstram uma incidência de 12 milhões de casos dessas doenças por ano no Brasil. Destaca-se o impacto financeiro da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que gerou gastos na ordem de 1,6 bilhões de reais entre 1996 e 2002. . (Denise Alves 2010)

As maiores formas da prevenção às Doenças Sexualmente transmissíveis e o Síndrome da imunodeficiência Adquirida (DSTs/AIDS) são a informação e a adesão de práticas seguras na vida sexual. A população sexualmente ativa no país ainda carece de informação prática acerca do uso do preservativo, dos métodos seguros na prevenção das DSTs/aids e do não compartilhamento de seringas, agulhas e outros materiais perfuro-cortantes. . (Eveline P Beserra, 2008)

A educação em saúde sobre a sexualidade e as DSTs tem como momento mais oportuno e efetivo a adolescência, aproveitando o marco das escolas através do Programa de Saúde Escolar.

A adolescência é a fase de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizada por mudanças físicas, psicológicas, sociais e comportamentais. Nesse período, o jovem busca independência e autonomia, procurando o reconhecimento de si mesmo e do outro. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adolescência como o período compreendido entre 10 e 19 anos, ou a segunda década da vida. Já de acordo com o Decreto-Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que criou o Estatuto da Criança e do Adolescente, adolescentes estão entre 12 e 18 anos de idade. O adolescente vivencia descobertas e busca adaptação às mudanças e ajuste emocional com a sexualidade. Estabelecimento de identidade, tomada de decisões, desenvolvimento de habilidades cognitivas de adulto, pressão de colegas, modificações fisiológicas e emocionais, bem como expectativas da sociedade têm contribuído para o início precoce das experiências sexuais. (Brasil., 1990)

A OMS estima que, a cada ano, um contingente de quatro milhões de jovens torna-se sexualmente ativos, no Brasil, e a gravidez, em jovens entre 10 e 19 anos, vem aumentando, como também doenças sexualmente transmissíveis e o consumo de drogas. Dessa forma fica melhor a compreensão por qual motivo os jovens brasileiros são, cada vez em maior número, vulneráveis à infecção por as DSTs e HIV/AIDS.(Valesca Mara de B Camilo, 2009)

Os adolescentes constituem um grupo de alta vulnerabilidade para as DSTs. Nossa comunidade de trabalho apresenta número importante de população deste grupo. Com o presente trabalho pretendemos brindar educação para saúde sobre DSTs a nossos adolescentes.

OBJETIVOS

Geral.

Realizar uma estratégia de intervenção de educação para a saúde em adolescente que propicie o aumento de conhecimentos sobre as Doenças sexualmente transmissíveis.

Específicos

- Identificar as diferentes DSTs que conhecem e os conhecimentos relacionados com a curação delas.
- Determinar os conhecimentos que apresentam os adolescentes sobre a via de transmissão, os sinais, os sintomas e as possíveis complicações das DSTs.
- Mostrar os conhecimentos sobre as medidas de prevenção das DSTs, antes e depois da intervenção.

JUSTIFICATIVA

A adolescência é um período marcado por vulnerabilidades em virtude de ser uma etapa da vida em que os conflitos são do âmbito social, psicológico, físico, dentre outros, em que a descoberta do prazer, muitas vezes, acontece nessa época, havendo necessidade de ações de educação em saúde que orientem esses adolescentes sobre os riscos de contaminação de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

Associa-se ao início da vida sexual precoce, a alta incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), comportando-se como um dos agravos mais frequentes à saúde.

Durante as consultas e visitas domiciliares constatou-se que alguns adolescentes de nossa área de abrangência têm informações extremamente variadas das doenças sexualmente transmissíveis, equívocos e ignorância de alguns aspectos fundamentais destas, eles estão muito confusos sobre o que podem fazer sobre a sexualidade porque as mensagens que recebem são muitas vezes contraditórias.

É por estas razões e outras, que decidimos fazer um projeto de intervenção sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, especificamente para os adolescentes da área do Posto de Saúde José Lins, do município Tefé, estado Amazonas.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Há décadas as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) vêm sendo consideradas um problema de saúde pública, gerando cada vez mais gastos para o governo resolutivez das demandas apresentadas, possibilitando, assim, a integralidade da assistência.

As DSTs surgiram desde a Antiguidade, em civilizações antigas como a egípcia e a mesopotâmica, onde reinava a promiscuidade, um dos determinantes do surgimento delas. É daí que descende o termo “doenças venéreas”, pois sacerdotisas dos templos de Vênus exerciam a prostituição como culto à Deusa. Algumas dessas doenças já foram, similarmente à síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), incuráveis, pelo fato de os recursos terapêuticos serem de pouca eficácia e precários. A adolescência é a faixa etária de maior incidência das DSTs , aproximadamente 25% delas.

As DSTs readquiriram importância como problema de saúde pública mundial após a epidemia de AIDS, uma vez que pessoas com DSTs têm um risco aumentado de se infectar pelo HIV, risco este que aumenta se a doença cursa com úlceras genitais (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial de Saúde estima que 333 milhões de casos de DSTs curáveis ocorram a cada ano, sendo mais de dois terços em países em desenvolvimento (DEHNE; RIEDNER, 2005). Outros tantos milhões de DSTs não curáveis, incluindo o herpes genital (HSV-2), infecções pelo vírus do papiloma humano (HPV) e infecção pelo HIV também ocorrem anualmente (WHO, 2005). Acredita-se que a maior parte

dessas infecções se dê em pessoas com menos de 25 anos de idade, com as maiores taxas sendo frequentemente observadas entre a faixa etária de 20 a 24 anos, seguida pela faixa etária de 15 a 19 anos (DEHNE; RIEDNER, 2005).

No Brasil a legislação considera adolescente a faixa etária de 12 a 18 (BRASIL 20015)

Nos últimos anos houve um crescimento do número de diagnósticos de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) em AIDS entre adolescentes, como mostra o Boletim Epidemiológico de AIDS publicado pelo Ministério da Saúde, onde foram registrados 362.364 casos de AIDS no Brasil, sendo 4.331 (1,2%) entre adolescentes na faixa etária de 13 aos 19 anos.(Bol Epidemiol AIDS, Brasília, 2005)

Os adolescentes estão em risco de contrair uma DSTs porque geralmente não usam preservativos. A noção de relação estável entre eles pode ser muitas vezes, concebida como aquela que continua após o segundo encontro ou depois de uma semana, ou seja, que se desenvolve em um curto espaço de tempo. Estudo realizado na Colômbia sobre estas crenças corrobora que os adolescentes acreditam que uma pessoa é saudável pela boa aparência (ROMERO, 2008).

O início da vida sexual precoce, a curiosidade, bem como a necessidade de afirmação em grupos são fatores que levam alguns adolescentes a se envolverem em comportamentos de experimentação arriscada, não aderindo às medidas de prevenção, fato que os torna mais suscetíveis a adquirirem tais doenças..(COSTA ACPJ, 2013)

Algumas pesquisas revelam resultados semelhantes aos da pesquisa nacional sobre demografia e saúde, em que os adolescentes iniciam as relações sexuais aproximadamente aos 17 anos, e que alunos de escolas privadas entram na vida sexual mais tardiamente que aqueles de escolas públicas, supondo então a influência de fatores socioeconômicos e de escolaridade sobre a ocorrência dessa. Sabe-se que a sexualidade tomou força no decorrer da história e, hoje, é cada vez mais frequente este tema entre pais e filhos. Visto que a falta de conhecimento do tema favorece a aquisição das DSTs, também é verídico que a escola assume papel importante nas informações relacionadas com a temática e, sobretudo na disseminação das práticas profiláticas e na educação sexual.

Desse modo o trabalho de educação em saúde e de orientação sexual com jovens adolescentes é imprescindível para se realizar a prevenção sobre as DSTs, Estudo

realizado em São Paulo, afirmam que o ambiente escolar é um meio apropriado para o desenvolvimento de programas dinâmicos, interativos e de socialização entre educando e educadores, mas somos do critério que a atenção primária de saúde a través dos funcionários dos devem interferir também na educação sexual destes jovens (BRETAS et al, 1999)

No ano de 2012, foram notificados 39.185 casos de AIDS no Brasil. Este valor vem mantendo-se estável nos últimos 5 anos. A taxa de detecção nacional foi de 20,2 casos para cada 100.000 habitantes. A maior taxa de detecção foi observada na Região Sul, 30,9/100.000 habitantes, seguida pela Região Norte, Região Sudeste, Região Centro-Oeste, e Região Nordeste.

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), conhecidas por doenças venéreas, são transmitidas essencialmente pelo contato direto, mantido através de relações sexuais onde o parceiro ou parceira necessariamente porta a doença, e indireto por meio de compartilhamento de utensílios pessoais mal higienizados (roupas íntimas), ou manipulação indevida de objetos contaminados (lâminas e seringas).

A importância destas doenças está no fato de, além do alto risco de disseminação, poderem ocasionar graves danos à saúde do indivíduo acometido. As consequências podem ser desde distúrbios emocionais, doença inflamatória pélvica (DIP), infertilidade, lesões fetais, até câncer, além de facilitar a transmissão do, vírus da AIDS (HIV).

Os principais agentes patogênicos são os vírus, as bactérias e os fungos. Essas doenças acometem principalmente o público jovem, tanto de países em desenvolvimento como industrializados, consequência de vários fatores de relevância familiar e governamental: a promiscuidade (descuido) individual com a saúde e a carência ou mesmo a falta de programas educativos.

Em 1982 surgiu uma classificação relacionada à transmissão:

1. Doenças essencialmente transmitidas por contágio sexual:

- Sífilis
- Gonorreia

- Cancro mole
- Linfgranuloma venéreo

2. Doenças frequentemente transmitidas por contágio sexual:

- Donovanose
- Uretrite não-gonocócica
- Herpes simples genital
- Condiloma acuminado
- Candidíase genital
- Fitiríase
- Hepatites B

3. Doenças eventualmente transmitidas por contágio sexual:

- Molusco contagioso
- Pediculose
- Escabiose
- Shigelose
- Amebíase

Hoje, devido à multiplicidade de quadros relacionados a um mesmo agente, ou quadros clínicos semelhantes devidos a agentes diversos, torna-se difícil uma classificação mais simplificada e completa destas patologias. Alguns autores adotam uma classificação baseada na etiologia e na patologia

Vírus

- Herpes simples: herpes genital primário/recorrente, meningite asséptica, herpes neonatal, aborto espontâneo, parto prematuro.
- Vírus da hepatite: hepatites agudas /crônica /fulminante, carcinoma hepatocelular primário.
- Vírus da hepatite A: hepatites A.
- Papovavírus: condiloma acuminado, papiloma laríngeo, neoplasia intraepitelial cervical, carcinoma do colo uterino.
- Vírus do molusco contagioso: molusco contagioso genital.
- Citomegalovírus: infecção congênita, mononucleose infecciosa.
- HIV - AIDS.

Bactérias

- Mycoplasma hominis: febre pós-parto, salpingite.
- Ureaplasma urealyticum: uretrite, corioamniotite, baixo peso ao nascer.
- Neisseria gonorrhoeae: uretrite, epididimite, cervicite, proctite, faringite, conjuntivite, endometrite, peri hepatite, bartholinite, infecção gonocócica disseminada, salpingite, DIP, infertilidade, gravidez ectópica.
- Chlamydia trachomatis: uretrite, cervicite, endometrite, salpingite, DIP, infecções neonatais etc.
- Treponema pallidum: sífilis.
- Gardnerella vaginalis: bacteriose vaginal.
- Haemophilus ducreyi: cancro mole.
- Calymmatobacterium granulomatis: donovanose.
- Shigella sp: shigelose.
- Salmonella sp: salmonelose.
- Campylobacter foetus: enterite e proctite.
- Streptococcus do grupo B: septicemia e meningite neonatal.

Fungos

- Candida albicans: vulvovaginite, balanite e balanopostite.

Protozoários

- Trichomonas vaginalis: vaginite, uretrite.
- Entamoeba histolytica: amebíase.
- Giardia lâmblia: giardiase.

Ectoparasitas

- Phthirus pubis: pediculose do púbis.
- Sarcoptes scabiei: escabiose. (Tego,1997)

A prevenção das DSTs constitui um reto e objetivo de trabalho das equipes de saúde , com a educação em saúde sobre as mesmas, promovendo a sexualidade responsável e protegida.

As principais estratégias de prevenção empregadas pelos programas de controle envolvem: a promoção do uso de camisinha, a promoção do uso de agulhas e seringas esterilizadas ou descartáveis, o controle do sangue e derivados, a adoção de cuidados na exposição ocupacional a material biológico e o manejo adequado das outras DSTs.

Material e Método

O projeto de intervenção será desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Jose Lins do município Tefé, estado Amazonas. Será feito com o objetivo de aumentar o nível de conhecimentos das DSTs nos adolescentes entre a faixa etária 14 e 18 anos, cadastrados e acompanhados pela Unidade Básica de Saúde no período de Janeiro a Junho do ano 2017.

A população alvo será adolescente, de ambos os sexos, com idades entre 14 e 18 anos, que desejem participar do projeto de intervenção educativa sobre doenças sexualmente transmissíveis, com o consentimento dos pais.

Para o desenvolvimento contaremos com os membros da equipe de saúde (médica, enfermeira, e os agentes de saúde), assim como com recursos , materiais e equipamento (computador, quadro, lápis grafite, Equipe de áudio, cartolina, fotos ilustrativas, materiais de multimídia, retroprojeter, papel, caneta, lápis, cartolina)

O trabalho consta de três etapas.

A primeira etapa começa durante as consultas e visitas domiciliares, onde contata se que um considerável número de adolescentes de nossa área de abrangência, não tinha suficientes conhecimentos das doenças sexualmente transmissíveis, seu modo de transmissão e sua prevenção.

Na segunda etapa aplicara-se o questionário onde as variáveis estudadas serão: idade, sexo, escolaridade, conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis, suas consequências, sua prevenção e os meios pelos quais eles foram obtidos.

A terceira etapa consiste em quatro encontros, com uma frequência semanal, utilizando técnicas educativas participativas, efetiva para alcançar os objetivos propostos. No primeiro e segundo encontros vai se realizar palestras educativas nos seguintes temas:

1ra palestra

- A) Sífilis
- B) Sida
- C) Blenorragia
- D) Papiloma Vírus Humanos

2da palestra

- A) Outras doenças sexualmente transmissíveis

No terceiro encontro será realizada uma dinâmica de grupo, utilizada para facilitar a comunicação interpessoal e o desempenho das lideranças, discutir o assunto e aprofundar o seu conteúdo, será utilizado para expor o problema, proteção e as consequências da DSTs.

Cada encontro terá duração de uma hora, deve ser sempre realizado em um local que permita a visão e a audição correta, as palestras terão 30 minutos para explanação oral, deixando-se 15 minutos para discussões e dúvidas entre os adolescentes.

Quarta etapa

Quinze dias após a conclusão do programa será aplicado o mesmo questionário aos adolescentes que participaram, comparando estes resultados com os iniciais, revelará se foi cumprido o objetivo geral da intervenção sobre aumentar o nível do conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis.

RECURSOS NECESSÁRIOS

HUMANOS

- Médico
- Enfermeiro
- Técnica de enfermagem
- Agente comunitário de saúde

MATERIAIS

- Papel
- Caneta
- Laptop
- Prontuários dos pacientes
- Ficha de avaliação dos pacientes
- Calculadora
- Cartilhas educativas.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar os conhecimentos dos adolescentes sobre Doenças sexualmente transmissíveis e modo de transmissão na UBS José Lins.

Promover nos adolescentes o uso de preservativos em todas as relações sexuais.

Monitoramento e avaliação do impacto das ações realizadas.

Lograr que os adolescentes identifiquem as principais DSTs e sua possibilidade de cura.

Aumentar os conhecimentos dos adolescentes em relação as DSTs, em quanto a forma de transmissão, sinais, sintomas e complicações.

Propiciar que os adolescentes tenham uma sexualidade segura ao conhecer os jeitos de evitar as DSTs. Lograr com o trabalho em grupo a troca de conhecimentos e experiências em aras de mudar preconceitos errados sobre as DSTs que permita o diagnostico precoce em caso que se apresente, evitando agravos.

CRONOGRAMA

Etapas	Jan.	Fev.	Març.	Abril	Maió	Jun.
Elaboração do projeto e sua apresentação a equipe	X					
Coleta de dados y divulgação do projeto na população		X	X			
Encontros educativos			X	X		
Processamento das informações				X	X	
Apresentação dos resultados a equipe de saúde						X

BIBLIOGRAFIA

Denise Alves Guimarães. Educação em saúde: sexualidade e prevenção das DST/AIDS 2010.

Eveline P Beserra, Patrícia NC Pinheiro, Maria Dalva S Alves, Maria Grasiela T Barroso
ADOLESCÊNCIA E VULNERABILIDADE ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: UMA
PESQUISA DOCUMENTAL. DST – J bras Doenças Sex Transm 2008; 20(1): 32-35.

Brasil. Decreto Lei no 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e da outras providências. Diário Oficial[da República Federativa do Brasil]. Brasília; 16 jul. 1990; Seção 1, v.128, n.227, p.13.564-77.

Valesca Mara de B Camilo¹, Francisca Lidiane S Freitas, Valéria M Cunha, Renata Kelly S de Castro, Maria do Socorro M Sherlock, Patrícia Neyva da C Pinheiro, Neiva Francenely C Vieira. Educação em saúde sobre DST/AIDS com adolescentes de uma escola pública, utilizando a tecnologia educacional como instrumento. DST - J bras Doenças Sex Transm 2009; 21(3): 124-128 - ISSN: 0103-406

BRASIL. Ministério da Saúde. Marco legal: saúde, um direito das adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, (BRASIL, 2005-2006).

Romero M, Piedrahita CM, Ochoa M, Vargas CE. Condón: uso y creencias en la población del centro de Medellín. Revista Salud Pública de Medellín [Internet]. 2008; 3(1):37-46. Disponible en: <http://www.medellin.gov.co/irj/go>

Bretas, J. R. S.; Ohara, C. V. S.; Jardim, D. P.. Muroya, R. L. Conhecimentos de adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis: subsídios para a prevenção. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 22, n. 6, p.786-92, 2009.

(BOLETIM EPIDEMIOLOGICO AIDS e DST. Brasília 2013).

(WHO, 2005) WHO/OMS: Guidelines for the management of Sexually Transmitted Infections. 2002. www.who.int/HIV_Aids/STIcasemanagement

Ministério da Saúde (BR). Bol Epidemiol AIDS, Brasília (DF), 2005;

Ginecologia e Obstetrícia : Manual para Concurso do TEGO/ SOGIMIG-4a Ed. 1997

Sexually Transmitted infections DEHNE; RIEDNER, 2005.

ANEXOS

Questionário.

•Nome e sobrenome_____

•Data de nascimento_____

•Sexo _____ 1) Masculino _____ 2) Feminino

•Idade_____

•¿Que doença sexualmente transmissível você conhece?

Mencioná-las.

1.

2.

3.

4.

6)¿ Como as pessoas podem se proteger das doenças sexualmente transmissíveis?

A)Sem contato sexual._____

B)Ter relações sexuais com um parceiro com fidelidade mútua.._____

C) Evitar tomar banho em piscinas._____

D) O uso de preservativos em todas as relações sexuais._____

E) Não há compartilhamento de copos, talheres, etc._____

F) Evitar relações sexuais não protegidas._____

G) Ter relações sexuais sem o contato com o sêmen ou secreções vaginais (fantasias sexuais, masturbação, conversas eróticas, etc.)_____

H)Não compartilhar agulhas ou seringas._____

1) Evitando picadas de insectos. ____

7) ¿ Que conseqüências pode trazer uma doença sexualmente transmissível?

8) ¿ Você teve relações sexuais _____ Sim _____ Não

9) ¿ Você já usou um preservativo? _____ Sim _____ Não

10) ¿ Por que não tem usado?

1. Não tinham ____

2. Não gosto ____

3. Tenho confiança em meu parceiro ____

4. Meu parceiro não quer. ____

5. Eles são de má qualidade. ____

6. Outros. ____

11) São doenças de transmissão sexual

____ Hepatite B

____ Hanseníase

____ Gonorreia

____ Sífilis

____ tuberculose

____ Herpes simples

____ Hipertensão

____ Esquistossomose

____ Condiloma

____ HIV

____ Leishmaniose

____ Trichomonas

12) São doenças de transmissão sexual que tem cura

____ Hepatite B, herpes simples, tuberculose, Malária.

____ HIV/AIDS, Hanseníase, sífilis, chanfro mole, gonorreia.

____ Sífilis, gonorreia, Clamídia, trichomonas

____ Tuberculose, sífilis, hepatite B, clamídia.

___ Não conhece.

13) São doenças de transmissão sexual que não tem cura

___ Hepatite B, herpes simples, condiloma, HIV/AIDS

___ HIV/AIDS, Hanseníase, sífilis, gonorreia.

___ Clamídia, trichomonas, herpes simples, condiloma

___ Hepatite B, clamídia, sífilis, condiloma

___ Não conhece

14) Os sintomas ou sinais que indicam que você tem suspeita de ficar doente de uma doença de transmissão sexual são

___ Úlceras nos genitais

___ Corrimento vaginal

___ Febre

___ Corrimento amarelo por o pênis

___ Dor abdominal

___ Verrugas no genital

___ Verrugas no ânus

___ Tosse

___ Diarreias

___ Atraso da menstruação

15) ¿Onde você ouviu de doença sexualmente transmissível por primeira vês?

1.Minha casa_____

2.Na escola_____

3.Na televisão _____

4.Na internet_____

5.Na casa dos meus amigos_____

