

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

INAUDIS TAMAYO MORENO

**MANEJO DA SÍNDROME DE CORRIMENTO VAGINAL DESDE O CONTEXTO
DA ATENÇÃO PRIMARIA DE SAÚDE**

**Oriximiná – PARÁ
2018**

INAUDIS TAMAYO MORENO.

**Manejo da síndrome de corrimento vaginal desde o contexto da atenção
primaria de saúde.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão o Curso de Especialização em Saúde da Família.

**ORIXIMINÁ – PARÁ
2018**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO	5
2.1 ANAMNESE	5
2.2 QUEIXA PRINCIPAL:	5
2.3 HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:	5
2.4 ANTECEDENTES PESSOAIS:.....	6
2.5 EXAME FÍSICO.....	8
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	11
4 VISITA DOMICILIAR.....	17
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	19
6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.	23
7 ANEXO	25

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Inaudis Tamayo Moreno, tenho 39 anos, sou natural do estado do Granma, Cuba, onde cresci e terminei meus estudos até minha universidade. Me graduei com o título de médico em 19 de junho do 2009 pela Faculdade de ciências médicas de Granma. Iniciei minha carreira profissional como médico em atenção primária de saúde no município de Media Luna por um ano. Posteriormente atuei em meu município onde trabalhei dois anos. Depois fui chamado para trabalhar na Venezuela por um período de três anos no programa Barrio Adentro e depois, novamente trabalhei em meu município por um ano. A posteriori fui chamado novamente para participar do Programa Mais Médicos no Brasil.

Durante todo meu período de estudo e de trabalho fiz vários cursos, tais como: urgências médicas, especialização em família comunitária, planejamento familiar, atenção do pré-natal e gestação de risco, doenças mais comuns em pediatria, doenças tropicais. Em agosto de 2016 entrei no Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e desde então, atuo na cidade de Oriximiná, estado do Pará, a mais de um ano. Estou trabalhando na Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Luzia, localizada na Travessa Jonathas Athias, 584, cuja área de abrangência atende aos bairros de Novo Horizonte, Bela Vista e Santa Luzia. O território adscrito à UBS corresponde a 05 micro áreas consideradas de risco devido à presença de famílias de baixo renda socioeconômica, ausência de saneamento básico adequado e por presença de moradores em comunidades assentadas nas margens do Rio Trombetas que tem pouco cuidado com o saneamento da água de consumo humano.

Atualmente minha UBS está em uma fase de projeto de reforma estrutural, já que está bastante deteriorada. A população atendida abrange um total de 3.072 usuários, segundo dados de 30 de março de 2017 fornecidos pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). As doenças mais prevalentes nos atendimentos são: hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes mellitus tipo 2 (DM), micoses cutâneas, parasitoses intestinais, infecções de vias aéreas, infecções das vias urinárias, geralmente nas mulheres e infecção vaginal por

bactérias em mulheres sexualmente ativa. A população atendida, em sua maioria, não tem acesso à água tratada e à rede de esgotos.

O Projeto de Intervenção na UBS foi sobre doença de transmissão sexual com o título: “Síndrome de Corrimento Vaginal em mulheres tratadas pela Unidade Básica de Saúde Santa Luzia”. Este projeto foi direcionado para as mulheres, pelo fato das mesmas não procurarem os serviços de saúde precocemente e por não apresentarem sinais e sintomas da doença, já que no sexo feminino estes sintomas demoram a se manifestar. A escolha desta temática foi relevante devido ao grau de preocupação da equipe de saúde em relação a esta doença na área de cobertura da equipe. A metodologia de identificação da doença foi feita por meio de consultas médicas e visitas domiciliares.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

2.1 ANAMNESE

Identificação

Nome: M de N S da S

Idade: 28 anos

Sexo: feminino

Raça: Negra

Escolaridade: Ensino médio

Religião: Sem religião

Estado civil: Solteira

Profissão: Do lar

Naturalidade: Oriximiná

2.2 QUEIXA PRINCIPAL:

Secreção vaginal persistente com mal cheiro.

2.3 HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

1ª Consulta Médica

Paciente feminina de 28 anos, solteira, relata que faz um tempo que está com corrimento amarelo-esverdeado, forte odor, desconforto durante relações sexuais e ao urinar. Ela relata que ultimamente tem feito relação com um ex-presidiário e não está se protegendo pois pretende ter filhos.

Interrogatório sintomatológico.

Sintomas Gerais: Corrimento, Dispareunia (dor vaginal durante as relações sexuais), Disúria (desconforto e ardor ao urinar).

Cabeça: sem alterações.

Tórax: sem queixa.

Mamas: Operada de nódulo mamário benigno esquerdo em 2015.

Abdômen: relata que as vezes tem dor abaixo do ventre após relações sexuais

Sistema Geniturinário: Disúria.

Sistema endócrino: Nega alterações.

Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades: sem alterações.

Sistema nervoso: Sem alterações.

2.4 ANTECEDENTES PESSOAIS:

Fisiológicos:

Nascida de parto normal e única filha.

Menarca 10 anos e primeiras relações sexuais: Aos 14 anos

Obstétricos: G 5 P3 A 1

Patológicos:

Doenças da infância: (Varicela)

Doença Crônica: Nega doença crônica.

Antecedente Cirúrgico: uma gestação ectópica em 2012.

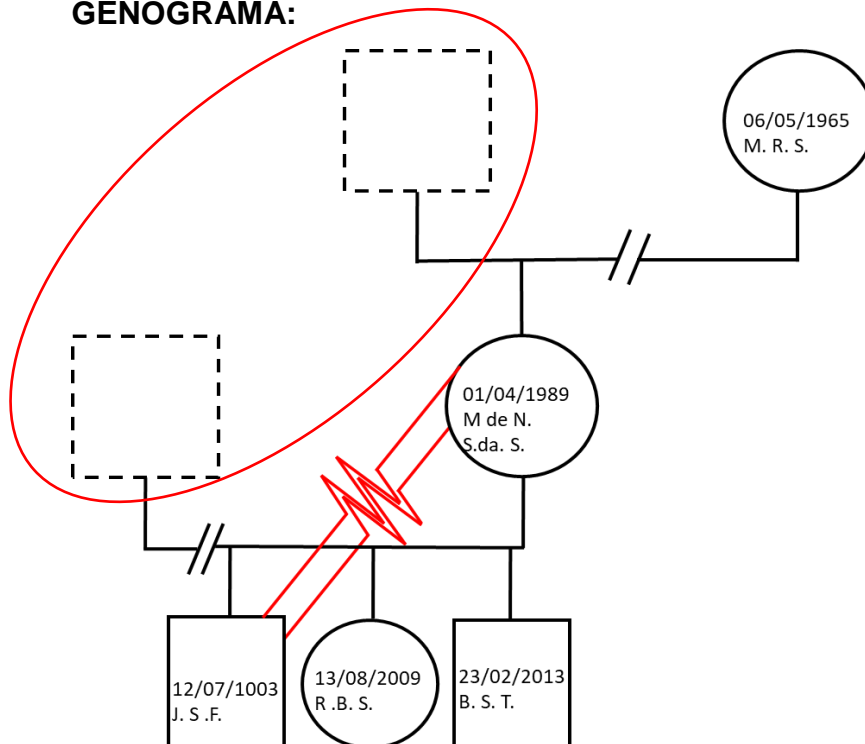
Nega alergias.

Medicamentos em uso: Atualmente faz uso de meloxicam.

Antecedentes Familiares:

Mãe e pai vivos: mãe com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), e não tem conhecimento do pai, pois ele mora em outra cidade e não tem comunicação com o mesmo.

GENOGRAMA:



Condições de Vida:

Família composta pela senhora M.R.S, a filha M. de. N.S. da. S com seus três filhos, (J.S.F de 14 anos), (R.B.S de 8 anos) e (B.S.T de 4 anos). Situação econômica difícil com apenas um salário em casa. Possui auxílio do bolsa da família, o qual não é suficiente, além de conflito familiar decorrentes de saídas frequentes noturnas e ingestão de bebidas alcólicas por parte da mãe e mudança frequente de parceiro.

Alimentação:

O café geralmente é uma xícara de leite com torrada ou bolinho de pó de mandioca ou macaxeira (popularmente chamado de “tapiquinha”). O almoço e o jantar é predominantemente rico em carboidratos e lipídios: farinha de mandioca,

feijão feito com calabresa e vísceras de bovinos, carnes com excesso de gordura, peixes, frango com a pele, refrigerante, ingere poucas frutas e verduras.

Habitação: Mora em uma casa flutuante (construção de madeira em cima do rio) com tem três quartos, uma sala, uma cozinha e um banheiro. Não há presença de foça séptica, portanto os resíduos líquidos (biológicos e químicos) são jogados para o rio de onde é capitado a água para o consumo. Os resíduos sólidos são recolhidos uma vez por semana.

Histórico ocupacional: Desempregada.

Atividades físicas: não prática. Hábito preponderante sedentário.

Vícios: Bebe todos os fins de semana.

Condições socioeconômicas: Dada o tipo de moradia (casa flutuante), não paga água e energia, somente a alimentação a qual depende exclusivamente do salário de sua mãe.

Vida conjugal e ajustamento familiar: por enquanto é solteira, mas teve um caso recente com um ex-presidiário motivo pelo qual a mãe está em desacordo, pois ele o mesmo não possui emprego fixo e faz trabalho de moto-táxi.

2.5 EXAME FÍSICO

Somatoscopia:

Paciente em regular estado geral, coerente, lúcida e orientada no tempo e espaço.

Faces: Normal, fala e linguagem normal.

Biótipo: Normolíneo, atitude voluntária normal, afebril ao toque.

Mucosa: Normal coloridas e hidratada.

Sinais Vitais:

Temperatura: 36,2°C

PA: 100x70 mmHg.

FC: 87 bpm.

FR: 18 irpm.

Medidas Antropométricas: Peso: 56kg e Altura: 1,59 cm.

Estado Nutricional: IMC (Índice de Massa Corporal): 22,15 (Peso normal).

Cabeça e pescoço:

Simétricos, sem deformidades aparentes, ausência de linfonodomegalia retro auricular e cervical,

Tireoide: De consistência, mobilidade e tamanho normal, não nódulo.

Orofaringe: Sem sinais inflamatórios.

Tórax:

Inspeção: Tórax normal, simétrico, expansibilidade torácica combinada, ausência de abaulamentos, retrações, cicatrizes e tiragem.

Palpação: Expansibilidade normal; frêmito tóraco-vocal sem alterações.

Percussão: Sem alterações.

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular normal, sem Ruídos Agregados.

Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, de bom tom, não ausculto sopro cardíacos.

Manas: Simétricas, sem dor a palpação, complexo auréola-mamilo normal, não há retração do mamilo, não há linfonodo na axila, cicatriz na mama esquerda por extirpação do nódulo.

Abdômen:

Inspeção: Plano, cicatriz umbilical centralizada, ausência de circulação colateral.

Presença de cicatriz cirúrgica de gravidez ectópica.

Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais.

Percussão: Timpânico.

Palpação: Dolorosa a palpação profunda em região de mesogástrio, com ausência de visceromegalias e/ou massas.

Exame ginecológico:

Inspeção, observado vulva edematosa provavelmente pela coceira na vulva.

Exame com espéculo: Observou-se corrimento amarelo-esverdeado, com mau cheiro e parede vaginal avermelhada.

Extremidades

Simétricas, sem presença de edema, ausência de vasos dilatados.

Hipótese diagnosticada: Tricomoníase vaginal.

Conduta: Metronidazol comprimido, metronidazol crema vaginal e meloxicam comprimido.

Metronidazol: Dose única para seu parceiro.

Agendamento para fazer o exame Papanicolau.

E solicitação de exames, tais como: Secreção vaginal, Hemograma completo, Glicose, VDRL, HIV, Teste para Hepatite B e C e exame de urina.

2.6 EVOLUÇÃO

2ª Consulta: (Dia 07/06/2017)

Paciente com melhor estado geral e refere que está melhor. Parou o corrimento e já não tem dor abaixo do ventre. Parou de ingerir bebidas alcoólicas e está usando camisinha. Avaliou-se o exame de secreção vaginal e foi observado a presença de Trofozoítos de *Tricomóníase vaginalis*. Também foram avaliados os exames bioquímicos, imunológicos e de elementos e sedimentos anormais (EAS), como mostrado abaixo:

Hemograma completo: HB 12.5 g/dl.

Glicose: 90mg/dl.

VDRL: Soro não reativo.

HIV: Soro não reativo.

Hepatite B: Não reativo.

Hepatite C: Não havia material no Laboratório Municipal do município para realizar o exame.

Urina: Piócitos de 8 a 10 p/campo e hemácias de 6 a 7 p/campo (+).

A paciente foi orientada a retornar a UBS para fazer a coleta do PCCU.

3ª Consulta: (Dia 04/07/2017)

Foi agendada a consulta para avaliação da saúde e do resultado do PCCU. A paciente refere melhora sintomatológica da dor e já parou a secreção vaginal. O resultado do PCCU foi negativo para malignidade mas apresentou flora microbiana desenvolvida e leve inflamação.

Conduta: foi recomendado o uso de camisinha sempre e fazer periodicamente o exame de preventivo de colo uterino e além da realização do autoexame de mana de mês em mês.

Consulta domiciliar

Matriciamento: Depois de atender e dar solução ao problema da paciente, a equipe de saúde composta por médico, enfermeira, técnica de enfermagem e agente comunitário de saúde, foi desenvolvido visita domiciliar para apresentar alguns temas correspondente a prevenção e promoção de saúde, tais como: a necessidade de manter a higiene íntima e pessoal assim como a familiar e, ferver a água de consumo para evitar doenças de transmissão hídrica e alimentar.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

O sistema de saúde tem dois propósitos primordiais. O primeiro é minimizar as diferenças entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem em relação ao seu acesso aos serviços públicos de saúde. E segundo, é igualmente importante aperfeiçoar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, cuidado das doenças e maximização da saúde (Starfield, 2002).

Para lograr esses propósitos, as ações de prevenção e promoção, é preciso aguçar nossa visão, para não cair na armadilha de fazermos da sala de espera um espaço apenas informativo, um espaço meramente preventivo. Daí a importância de esclarecer esses conceitos. O conceito de promoção de saúde vai além da prevenção. Podemos desenvolver ações para promover a saúde, no entanto, temos que ter a clareza de que isso não depende só de nossas ações e sim de um trabalho coletivo e intersetorial, onde indivíduos, profissionais de saúde, comunidades, igrejas, comércios, escolas e autoridades trabalhem em prol da qualidade de vida de todos (SILVA, 2017).

No campo da promoção de saúde, são exemplos de ações: educação em saúde, bons padrões de alimentação e nutrição, adoção de estilos de vida saudáveis, uso adequado e desenvolvimento de aptidões e capacidades, aconselhamentos específicos de cunho genético e sexual. Através dessas ações, são estimuladas as práticas da ginástica e outros exercícios físicos, os hábitos de higiene pessoal, domiciliar e ambiental e, em contrapartida, desestimular o sedentarismo, o tabagismo, o alcoolismo, o consumo de drogas, a promiscuidade

sexual. No desenvolvimento dessas ações devem ser utilizados, de forma programática e sistemática, com emprego de linguagem adequada ao público-alvo, os diferentes meios e veículos disponíveis de comunicação ao alcance da comunidade: cartazes, rádio, jornal, televisão, alto-falantes, palestras em escolas, associações de bairros, igrejas, empresas, clubes de serviço e lazer, dentre outros (BRASIL, 1990).

O campo da prevenção de saúde, estabelece um conjunto de atividades sistemática que visam evitar o aparecimento e estabelecimento de padrões de vida social, econômica ou cultural ligados a um elevado risco de doença. São exemplos de ações: vigilância epidemiológica, vacinações, saneamento básico, vigilância sanitária, exames médicos e odontológicos periódicos, entre outros. Através da vigilância epidemiológica, são obtidas as informações para conhecer e acompanhar, a todo o momento, o estado de saúde da comunidade e para desencadear, oportunamente, as medidas dirigidas à prevenção e ao controle das doenças e agravos à saúde (BRASIL, 1990). Ações de promoção e proteção da saúde são fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, sendo uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que proporcionem melhorias no modo de viver.

Todas as ações de promoção e prevenção da saúde acima descrita podem e devem ser exercidas (ou desencadeadas), também, durante o atendimento nas unidades de saúde, ambulatoriais e hospitalares, com objetivos e técnicas adequados a estes locais. Nesses setores as ações envolvem o diagnóstico e o tratamento de doenças, acidentes e danos de toda natureza, a limitação da invalidez e a reabilitação.

Os mecanismos de recuperação da saúde, devem ser planejadas, através de estudos socioepidemiológicos. De tais maneira que as ações de recuperação da saúde devem ser também geradas no diagnóstico e tratamento oportuno e com enfoque científico. Integrando junto às ações promotoras e protetoras, o que podemos chamar de Saúde Pública (BRASIL,2009).

O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, assim como o tratamento deve ser colocado de imediato e dirigido a deter a progressão de doenças. Porém, os serviços de saúde, especialmente os de nível primário de assistência, devem buscar o adequado desempenho dessas duas ações fundamentais de recuperação da saúde - o diagnóstico e o tratamento - visto que tais serviços representam a porta de entrada do sistema de saúde, onde a população toma os seus primeiros contatos com a rede assistencial.

Com vista ao tratamento deve ser colocado ao paciente com qualquer queixa de sua saúde, desde uma afecção simples, até uma doença mais complexa, que requiere de atenção por pessoal especializado e tecnologia avançada. O tratamento deve ser conduzido, desde o início, com a preocupação de impedir o surgimento de eventuais incapacidades decorrentes das diferentes doenças e danos.

É importante salientar, a diferença entre prevenção de doenças e promoção da saúde, lembrando que ambas são importantes para a condição de saúde. Enquanto a primeira trabalha no sentido de garantir proteção a doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações, a promoção da saúde moderna visa incrementar a saúde e o bem-estar geral, promovendo mudanças nas condições de vida e de trabalho capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, ou seja, facilitar o acesso às escolhas mais saudáveis. A promoção da saúde deve possuir enfoque mais amplo e abrangente, pois deve trabalhar a partir da identificação e enfrentamento dos macros determinantes do Processo saúde/enfermidade, procurando transformá-los favoravelmente na direção da saúde. Para a prevenção, evitar a doença é o objetivo final. Para a promoção, o objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e de saúde, portanto a ausência de doenças não é suficiente (GUSSO & LOPES, 2012).

Nessa concepção, mais moderna, a promoção da saúde se define como o processo de fortalecimento e capacitação de indivíduos e coletividades (municípios, associações, escolas, entidades do comércio e da indústria, organizações de trabalhadores, meios de comunicação), no sentido de que

ampliem suas possibilidades de controlar os determinantes da saúde e, com isso, ensejem uma mudança positiva nos níveis de saúde. Implica na identificação dos obstáculos à adoção das políticas públicas de saúde e em um modo de removê-los, além de considerar a intersectorialidade das ações, a implementação de ações coletivas e comunitárias, além da reorientação dos serviços de saúde (DEMARZO, 2008).

Os principais fatores sociais modificáveis são as Doenças Sexualmente Transmissível devido a baixa percepção de risco, principalmente na adolescência, o uso de drogas e a troca frequente parceiro, entre outros (TAQUETTE et al., 2004). Dentro da prevenção, o monitoramento da prevalência dos fatores de risco para DST's, especialmente os de natureza comportamental, permitem, por meio das evidências observadas, a implementação de ações preventivas com maior custo-efetividade. No entanto, o padrão comportamental e os estilos de vida estão estreitamente relacionados com condições objetivas de oferta, demanda de consumo, modismo e ainda as representações sociais da cultura e das relações sociais estabelecidas na sociedade. Nesse contexto, além da prevenção primária, a promoção da saúde tem se configurado como alternativa teórica e prática para o enfrentamento global da ampla gama de fatores que configuram o quadro epidemiológico atual das DST's.

Os fatores de risco comportamentais, ou condutas de risco, constituem metas primordiais da prevenção de enfermidades e a educação em saúde tem sido utilizada tradicionalmente para atingir essa meta. No entanto, dentro do marco mais amplo da promoção da saúde, as condutas de risco podem ser consideradas como respostas às condições de vida adversas e as ações devem incluir a criação de ambientes favoráveis à saúde. A promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios para que indivíduos e comunidades tenham oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Entre seus principais campos estão ambientes favoráveis a escolhas mais saudáveis, acesso à informação e educação em saúde, desenvolvimento de habilidades para uma vida sexual saudável, bem como a reorganização dos serviços de saúde (RIBEIRO, et al, 2012).

As doenças de transmissão sexual têm um papel de destaque entre as entidades, que cada dia, apesar dos avanços no campo da saúde, continuam aumentando, pois, a prevenção fica na responsabilidade da população, pois esta não utiliza os meios de proteção existentes. Quando pensamos em doenças sexualmente transmissíveis, logo imaginamos que essas doenças são transmitidas apenas por contato sexual desprotegido. Apesar desse meio de transmissão ser o mais comum, elas podem ser contraídas de outras formas, como por meio do compartilhamento de objetos e em transfusões de sangue.

Todas as infecções transmitidas pelo sexo podem ser tratadas e erradicada na maioria dos casos. Porém, o que dificulta o combate e controle é o estigma que pesa sobre as DST's. Por isso, são comuns a demora em procurar um médico, a não inclusão do parceiro no tratamento (o que favorece a reinfeção), a interrupção do uso dos remédios e a automedicação. A droga inadequada ou ministrada na dose errada cria as condições para uma bactéria desenvolver resistência e prejudica ainda mais o controle. O calvário pode ser evitado com uma atitude básica e simples: a adoção constante do preservativo.

A equipe de saúde familiar da UBS Santa Luzia respeitando e aplicando os atributos básicos da ética médica garante a confidencialidade e a garantia de que as informações dadas em confidência são e serão preservadas em segredo, devendo-se tomar medidas para evitar ou prevenir sua revelação não-autorizada. Assim, é uma responsabilidade dos profissionais para com os usuários dos serviços de saúde. Mas, ainda que seja um princípio essencial na relação clínica, há situações em que seu descumprimento é justificável, por exemplo, na eventualidade da não revelação, pode causar danos à saúde ou à segurança da coletividade, ou de terceiros identificáveis, ou seja, quebrar a confidencialidade e abrir a privacidade dos pacientes depende de uma ponderação entre riscos individuais e benefícios sociais.

A privacidade é outro direito que tem o paciente de decidir que informações pessoais serão mantidas sob controle e a quem, quando, onde e em que condições estas podem ser reveladas (SPINETTI & FOTES, 2004). No contexto da saúde, a privacidade está relacionada estreitamente à confiança, dando mais

segurança para o paciente revelar à equipe de saúde situações potencialmente embaraçosas. Levando em consideração o contexto das Doenças Sexualmente Transmissíveis, podem surgir conflitos dessa ordem quando o profissional se sente obrigado a revelar o diagnóstico do paciente a terceiros diretamente envolvidos e cuja saúde está, potencialmente, sob risco (PISANI & ZOBOLI, 2009). Alguns pacientes recusassem a revelar a seus parceiros sexuais a ocorrência de uma DST, colocando-os em situação de risco. O profissional, nesse caso, vê-se frente à escolha entre proteger a privacidade e confidencialidade do paciente, ou proteger a saúde de sua parceira ou parceiro sexual. Esta é uma decisão difícil para o profissional.

Não poderíamos estabelecer um sistema de ações em saúde senão se faz desde os primeiros anos de vida e que englobe todos os aspectos da vida da família e o ser humano. É bem conhecido que ações desenvolvidas nas primeiras décadas da vida marcam o desenvolvimento futuro da pessoa, exemplo bem estudado é o relativo a aquisição de conhecimento sobre a saúde sexual e o uso de meio de proteção não só para evitar a gravidez mas também evitar as doenças sexualmente transmissível.

A saúde sexual é uma parte importante e essencial da saúde. A Organização Mundial para a Saúde (OMS) afirma que a “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença”. Uma explicação importante dessa definição é que a saúde sexual é mais do que uma condição subjetiva de não ter uma DST. Trata-se de um estado de bem-estar no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de fazer contribuições à sua comunidade.

Reflexão:

Saúde não é apenas a vida sem doença. O conceito de doença não é simples como parece, porque faz parte de um contexto social em que os médicos criam teorias, descrevem sinais, sintomas e métodos de tratamento; os pacientes procuram explicações e soluções para os males dos quais padecem; e

as autoridades estudam políticas para reduzir o impacto na economia e na saúde pública.

4 VISITA DOMICILIAR

Na UBS Santa Luzia a prática da visita domiciliar era feita da seguinte forma: A equipe de saúde tem cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em dia de visita cada ACS tem uma família para visitar e somando, a equipe fazia cinco visitas domiciliares. De todo modo, a equipe traçava uma nova estratégia de visitas a cada mês e assim o acesso de atendimento era maior para cada micro área. Anteriormente a visita era muito onerosa e contraditória. A equipe tinha que percorrer toda a área de abrangência para atender apenas 5 famílias, o gasto de gasolina era elevado, assim como o tempo, onde o atendimento seguia até as primeiras horas da noite. Mas agora tudo mudou, a visita é feita só na mesma área e aproveitamos mais o tempo. Assim, diminuiu mais as reclamações dos cuidadores de que as visitas demoravam muito a acontecer.

Mas ainda há um obstáculo para adequação de alguns ajustes. Por exemplo, em cada visita avalia-se o paciente conforme o protocolo e após o exame físico, a saúde desse paciente, e aí havendo necessidade é solicitado exame de laboratório e após o resultado a equipe marca o retorno para esta família dentro de cinco semanas, tempo longo para solucionar um problema relacionado com a saúde dos pacientes, mas há demora na realização dos exames pelo laboratório público municipal e o retorno, em alguns casos, é marcado aproximadamente 60 dias após a consulta, além das condições climáticas de áreas tropicais, onde o inverno é severo com fortes chuvas. A equipe também realiza atividades educativas com um grupo de hipertensos e diabéticos da comunidade da área de abrangência, e o período chuvoso acaba dificultando o retorno a casa dessas famílias que precisam ser reavaliados.

No tema referente as condições climáticas mencionadas anteriormente, como nos dias chuvosos, que é um dos fatores que dificulta o retorno daqueles pacientes que precisam de avaliação contínua, temos uma alternativa que pode facilitar para o atendimento daqueles pacientes que moram em comunidades de

difícil acesso (zona rural), recomendamos que esses pacientes sejam trasladados para casa de algum familiar que mora na zona urbana nesse período para facilitar o atendimento continuado da saúde deles, para que desta forma não seja cancelado as visitas em última hora, por eventos meteorológicos. Já que nesse tempo prejudicava muito o planejamento da equipe, e mais ainda comprometia o vínculo entre o usuário-cuidador-profissional, pois perdíamos a credibilidade e a periodicidade da assistência.

No município onde atuo, não temos muita dificuldade com os pacientes que requerem as consultas de outras especialidades já que, a secretaria de saúde mediante ao Tratamento Fora Domicílio (TFD) se encarrega dos agendamentos de consultas das especialidades que os pacientes necessitam. Porém é também responsabilidade da secretaria o traslado de ida e retorno, assim como, de hospedagem do paciente e acompanhante. Mesmo que nosso município não tenha estas especialidades e os recursos sofisticados para melhorar a qualidade da saúde, os gestores de saúde dão as condições necessárias aos pacientes até os recursos para melhorar a qualidade do serviço mediante a gestão e cumprindo assim com os princípios do SUS.

Uma das dificuldades que afronta a equipe de saúde e a baixa perseguição de risco e desatentamento do problema de saúde, por quê? Porque, atualmente muitas doenças têm cura, como é o caso da tuberculose pulmonar. Os pacientes não fazem o tratamento corretamente e as medidas de prevenção, de acordo como a equipe de saúde orienta, porém muitas vezes as visitas domiciliares se tornam frustrantes e desgastantes para os profissionais quando percebemos que o usuário e sua família não seguem as orientações da forma adequada, talvez por negligência ou por falta de subsídios. Já tive um paciente com tuberculose pulmonar que o mesmo não fazia adequadamente o tratamento e não cumpria com as medidas do cuidado requerido para a cura definitiva da doença, mesmo com a equipe monitorando ele e até fazendo visitas surpresas. Ele alegava que o interesse era nosso para que a doença não se propagasse. Devido a sua conduta antissocial e negligente, ao término de cinco meses após iniciado o tratamento, ele começou a ter uma nova crise de tosse, febres e perda de peso, encontrando-se em uma fase de resistência ao fármaco. Porém, em todas as visitas deixei claro

qual papel nos cabe enquanto profissionais e quais as nossas limitações, enfatizando que o principal são os cuidados básicos que a própria família deve ter para garantir o bem-estar biopsicossocial do paciente.

Por outra parte as visitas são muito gratificantes, acompanhar esta evolução e criar vínculos com a comunidade, por exemplo, quando um paciente que estava descompensado retorna à consulta relatando melhora dos sintomas e na qualidade de vida com o tratamento e demonstra gratidão por aquela intervenção.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Na minha opinião, durante o curso de especialização, mesmo havendo vários anos trabalhando na atenção integral a família, posso dizer que foi muito proveitoso, pois foi minha oportunidade para recatar e estudar mais profundo e maximizar minhas habilidades, me atualizar sobre protocolos e colocar em prática todo este conhecimento. O mais relevante foi o enfrentamento de algumas doenças que somente conhecia pela literatura e mediante o curso e a troca de experiência com colegas e tutores consegui sair na frente e adquirir os conhecimentos que já formam parte de meu currículo. Quando comecei meu trabalho na UBS, já quase dois anos, algo me chamou muito a atenção; os prontuários dos pacientes, sobre tudo das grávidas, quase não haviam informações sobre a gestação e mesmo que muitas delas tinham feito vários partos e não tinha relatado seu histórico, porém foi muito difícil a recopilação de dados e afrente muitos problemas na hora de avaliar os riscos para cada grávida e poder ter melhor atendimento para evitar que eventos negativos ocorressem nas gestações. Então passei a coletar mais dados nas consultas preenchendo a história da doença atual, exame físico, hipóteses de diagnósticos e conduta, para assim, quando outro médico assumia minha UBS já tenha todas as informações e ferramentas para estabelecer um padrão de prognóstico e evitar que eventos negativos, já ocorridos, tenham um planejamento e possam ser evitados partindo de histórico de saúde.

Outra dificuldade que afronto com respeito nos prontuários, foram pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, não tinham nas consultas anteriores, preenchidos os medicamentos que tomavam, nem as modificações feitas por outros médicos. Então o que eu fiz? Além de preencher todo o relato de sua doença, também coloquei os medicamentos com suas doses e posologia, já que foi muito difícil para mim quando o paciente chegava para a consulta, ao procurar uma receita dos remédios que o mesmo tomava para o controle de sua doença, não estava descrito no prontuário e não tinha histórico dos medicamentos e tampouco não sabia falar os nomes dos mesmo pois achavam muitos difíceis e enrolados, então eu não sabia o que fazer. Mas esse trabalho não somente foi feito com os pacientes que eram atendidos no posto para renovar receita, também pedi para todos os ACS's a lista de todos os pacientes que tinham doenças crônicas e procurar seus prontuários para colocar em uma folha anexa, os remédios que cada paciente tomava, já que os ACS's têm o cadastro de cada paciente e os medicamentos que eles tomam. Outra mudança que me impressionou muito, foram as palestras educativas em conjunto com minha equipe de saúde, confesso que a primeira foi muito difícil, naquela época eu estava na etapa de adaptação a meu novo trabalho e ainda tinha algumas dificuldades referentes ao idioma, tinha o temor que os pacientes, a maioria idosos, tivessem dificuldade de entender. Porém, sentia a necessidade de estudar ainda mais, situação que foi superada em pouco tempo, além disso recebia a visita frequente dos representantes das diversas empresas farmacológicas e confesso que no princípio me sentia atrapalhado com a visitas deles devido chegarem no horário de meus atendimentos e enchiam minha cabeça de uma longa lista de medicamentos, mas com o tempo acostumei e familiarizei com as guias de medicamento.

Referente eu tema das doenças crônicas eu tive que fazer um exaustivo trabalho sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus, que por diferentes motivos disparou o índice de complicações e sequelas especificamente de infartos agudos do miocárdio e os acidentes vasculares encefálicos, porém foi preciso a intervenção direta de toda a equipe para determinar as causas. Foi uma etapa difícil, pois o número de eventos vasculares acontecia cada vez mais, mesmo que os pacientes tomassem seus remédios corretamente, assim como a troca de

medicação. Até mesmo indo em consultas com cardiologista, mesmo assim não baixava o índice. Então surgiu a ideia de: “Uma alimentação saudável para a vida” onde a equipe de saúde protagonizou um conjunto de atividades educativas com ajuda do nutricionista, para mudar o hábito alimentar, que pelo fato da população não ter a cultura de cuidar da alimentação e o excesso de alguns alimentos como a farinha de mandioca, estavam prejudicando seriamente a saúde, além de provocar moléstias estomacais, afetavam o sistema vascular. Porém foi preciso conscientizar a população que a boa alimentação beneficia tanto para o aspecto físico como mental. Um indivíduo que se alimenta corretamente possui mais disposição para realizar suas atividades diárias e tem sua autoestima melhorada.

As atividades educativas enfatizavam em que, uma série de doenças que podem ser evitadas através de uma alimentação saudável como por exemplo, obesidade, câncer, artrite, anemia, diabetes, hipertensão e diversos tipos de distúrbios hormonais, além de prevenir o envelhecimento precoce, melhoram a circulação, combatem a depressão, o estresse, a ansiedade e a insônia. Os alimentos saudáveis são essenciais para a atuação do nosso sistema imunológico, que garante o bem-estar e a longevidade.

Também argumentamos que uma alimentação inadequada pode causar, além das patologias citadas acima, o mau humor, cansaço, falta de energia, distúrbios de sono, dificuldades de concentração e problemas de memória. Em crianças atrapalha no desenvolvimento de seu organismo e aprendizado escolar. A ingestão diária de verduras, legumes, frutas e proteínas de baixa caloria são essenciais para manter uma boa alimentação. Também aconselhamos que os alimentos industrializados são ricos em gorduras saturadas, gorduras trans, sódio e pobres em vitaminas e minerais. Esses alimentos devem ser cortados da dieta. Para muitos parece difícil manter uma alimentação adequada, mas tudo é uma questão de hábito e hoje já existem famílias que afastaram as gorduras e levam uma vida mais saudável. Assim foi possível evitar algumas complicações vasculares e até diminuir a incidência de DCNT.

Referente o tema de adição foi muito difícil englobar um conjunto de fatores que terminam prejudicando nosso desempenho com este tipo de pacientes já que as vezes a mesma família de pessoas aditas com frequência estimulam, indiretamente, a utilização de drogas e abrigam psicodinâmicas disfuncionais, dependentes e de muito sofrimento. O estímulo ao uso de drogas pode, por exemplo, advir de hábitos familiares, aparentemente banais, tais como: uso excessivo de automedicação, beber com exagero, tabagismo, utilização de cafeína como estimulante, utilização de comida para gratificação e confortos emocionais, excesso de trabalho, etc. Crianças e jovens cresce observando adultos buscarem alívio de seus conflitos e dores nessas práticas que podem se transformar em modelos futuros de conduta. Os pacientes que nos procuram vêm com muito temor e acredito que precisamos auxiliar nossos pacientes a saber quem somos, a ter confiança naquilo que fazemos, bem como ajudá-los a conhecer nossos instrumentos de trabalho.

Por outro lado, as visitas são gratificantes quando percebo que as intervenções e orientações surtem o efeito esperado na melhoria da qualidade de vida desta população que exige uma atenção diferenciada no controle da saúde e evidenciando o impacto positivo de nosso trabalho.

Faço uma reflexão sobre meu trabalho neste período e posso dizer que percebi mudanças positivas em minhas condutas do dia-a-dia na UBS. Desde que comecei a pós-graduação, aperfeiçoei minhas condutas técnicas e aprendi a interagir em equipe, convocando reuniões, pactuando ações e atuando no processo de planejamento e organização do serviço. Enfim, afirmo que o curso de especialização me mostrou as ferramentas e a experiência para atuar com profissionalismo e humanismo.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.

ALMEIDA, M.S. Tricomoniase: prevalência no gênero feminino em Sergipe no biênio 2014- 2015, *Ciência & Saúde Coletiva*, v 15(Supl. 1), p. 1417-1421, 2015.

AZZAM-W, M.; CERMEÑO-VIVAS, J. R.; ORELLAN-GARCIA, Y. Vulvovaginite por Cândida spa. Y Tricomoniase Vaginales en Mujeres Sexualmente Activas. v. 43, n. 1, p. 03-13, mar. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada manual técnico. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf Acesso em: outubro, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ABC do SUS: Doutrinas e Princípio. Brasília-DF. 1990. http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf Acesso em: novembro de 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Diretrizes Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília-DF. 2009.

CAVALCANTE, P.P; Estudo comparativo, randomizado para avaliar a eficácia terapêutica da Mentha crispa e do secnidazol no tratamento da Tricomoniase. Tese-Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-graduação em Farmacologia. Fortaleza-se, 2013.

DEMARZO, M.M.P.; AQUILANTE, A.G. Saúde escolar e escolas promotoras de saúde. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2008. vol. 3, p. 49-76.

FOCACCIA, Roberto; VERONESI, Ricardo. Tratado de infectologia. 3. ed. rev. e atual São Paulo: Atheneu, c2012. 2.v ISBN 857379805X

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. HIV: sintomas, transmissão e prevenção.2012

GIRALDO, P. C.; PASSOS, M. R. L; BRAVO, R.; VARELLA, R. Q; CAMPOS, W. N. A; AMARAL, R. L. do; MARUSSI, E. O frequente desafio do entendimento e do manuseio da vaginose bacteriana. *Rev.DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.* 19(2): 84-91, abr.-jun. 2013.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. Tratado de medicina de familia e comunidade: principios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

LEITE, T.N. F; AMORIM, M.M. R; CALÁBRIA, W.B; LEITE, T.N. F; OLIVEIRA, V.S. O; JÚNIOR, J.A.A. F; XIMENES, R.A.A. Perfil clínico e microbiológico de mulheres com vaginose bacteriana Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.32, n.2, p 82-81, 2012.

ORTOLAN, D.; FELIMBERTI, J. G.; Perfil epidemiológico de mulheres com Tricomoníase Vaginal atendidas na unidade básica de saúde-Centro do município de Palmitos-Santa Catarina. Palmitos – SC,2013. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem com ênfase em saúde pública. Palmitos – SC,2013.

PISANI, J. P.; ZOBOLI , E. L. C. P. Doenças sexualmente transmissíveis: preservar a confidencialidade do marido ou proteger a saúde da mulher? Cogitare Enferm 2009 Jul/Set; 14(3):476-83

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Ciênc. saúde coletiva vol.17 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2012.

SILVA, F. F. Contrapondo: Prevenção x Promoção de Saúde. Portal da Educação. 2016.
<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/contrapondo-prevencao-x-promocao-de-saude/59139>
Acesso em: novembro de 2016.

SPINETTI, S. R.; FORTES, P. A. C. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1328-1333, set-out, 2004.

SORVILLO, F. SMITH, L; KERNDT, P; ASH, L. Trichomonas vaginalis, HIV and africanamericans. Emerging Infectious Diseases, v. 7, p. 927-32, 2014.

Starfield, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M.; PAULA, M. C. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 37(3):210-214, mai-jun, 2004.

7 ANEXO

1 projeto de intervenção

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

Projeto de intervenção sobre o manejo de corrimento vaginal em mulheres da comunidade Santa Luzia

Autor: Inaudis Tamayo Moreno

Tutor: Eva Manuela Lopes Cavalcante.

Dezembro 2017.

INTRODUÇÃO:

O município Oriximiná está localizado no Estado do Pará da região Norte do Brasil, pertence à mesorregião de baixo amazonas. O total da população é aproximadamente de 67,939 habitantes. A forma da atenção básica de saúde está representada por 7 unidades básicas de saúde (UBS). Atendem as necessidades dos bairros do entorno e de comunidades da zona rural, assim como a implementação das diretrizes de Atenção Básica, incluindo dentro delas as estratégias para o atendimento de pessoas com doenças de transmissão sexual.

Dentre das principais DSTs a de maior prevalência é a síndrome de corrimento vaginal, é atualmente, um importante problema de saúde pública no mundo, considerado assim pela Organização Mundial de Saúde. Estima-se que a prevalência está associada a uma série de fatores de risco como a troca frequente de parceiros, e a baixa percepção de risco pelos adolescentes e não usar os

métodos de prevenção (camisinha). A doença é um dos problemas de saúde da população jovem pela atividade sexual ativa e sem proteção. Em alguns casos uma complicação para a saúde que entre elas está a infertilidade do homem e da mulher.

A forma básica de tratamento para a síndrome de corrimento vaginal é a prevenção que seria o melhor tratamento, além de proporcionar saúde sexual evita a complicação da doença e evita as traumáticas consultas frequentes com ginecologista. Promove a melhoria na qualidade de vida, evitando as principais complicações da doença. As mesmas encontram-se vinculadas à vontade e o conhecimento do indivíduo de desenvolver um estilo de vida saudável pelo qual tem uma significativa importância. O conhecimento adequado sobre esta doença e seus fatores de risco, sendo que não basta com o conhecimento adequado, precisamos da vontade individual e das autoridades administrativas para o correto desenvolvimento de estilos de vida adequados. Uma sexualidade saudável, significa evitar a drogadição e o alcoolismo, entre outros hábitos.

Estudos demonstram que quando uma equipe de saúde trabalha com intenção especificamente com este grupo de risco, se logra uma diminuição desta doença e nossa equipe realizará uma intervenção em saúde com as mulheres da área de abrangência de UBS Santa Luzia para assim diminuir a incidência das doenças de transição sexual em especial a síndrome de corrimento vaginal.

4 - OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Modificar conhecimento da síndrome de corrimento vaginal na população feminina de UBS Santa Luzia.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar os pacientes com síndrome de corrimento vaginal segundo variáveis de interesse na população estudada.
- Identificar as necessidades de aprendizagem sobre a doença nas pacientes com síndrome de corrimento vaginal na UBS Santa Luzia.
- Modificar o conhecimento sobre a síndrome de corrimento vaginal da população estudada de acordo as necessidades de aprendizagem detectada.

5- REVISÃO DA LITERATURA:

Segundo o Ministério de Saúde, a doenças corrimento vaginal encontra-se entre os dez motivos principais de procura por serviços de saúde pela mulher, por isso constituem-se agravos de grande importância para a saúde pública (OMS, s.d. *apud* BRASIL). Ainda de acordo com o tutor, embora a doença seja considerada como um dos problemas mais comuns no mundo, sua real magnitude ainda é desconhecida, estimando-se que constituam a terceira causa mais frequente de busca por serviços de saúde, pela mulher em países do terceiro mundo e a quinta causa em países em desenvolvimento. Considero ainda, que no caso do Brasil sua magnitude e transcendência ainda são mais amplamente desconhecidas, devido a imensa extensão territorial e marcantes diferenças regionais (BRASIL, 2008)

O autor aponta também, que o conhecimento sobre a prevalência da síndrome de corrimento vaginal constitui um indicador de vital importância para gestores e gerentes do programa de prevenção e controle nos níveis local e nacional, onde esse dado permite avaliar se essa doença representa ao não um ônus relevante para intervenções de importância ou advogar pela alocação de novos recursos humanos, materiais e financeiros " (BRASIL, 2008).

Por isso, a compreensão da dinâmica da Síndrome de Corrimento Vaginal, que incidem em mulheres de maneira recorrente, sejam elas jovens ou adultas e pertencentes a diferentes classes sociais, é essencial para que se possa proporcionar a população plena saúde sexual reprodutiva, além de mais medicamentos. Para evitar que a doença cobrem seu ônus sob a forma de diferentes doenças, tais como, inflamações pélvicas, que pode causar infertilidade feminina entre outras complicações (BRASIL, 2010).

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) são doenças transmitidas pelo contato sexual desprotegido e podem ser causadas por diferentes micro-organismo, principalmente, vírus e bactérias. São consideradas o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV. Algumas DSTs quando

não diagnosticada e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações (MOURA, 2014).

No Brasil, estima-se que ocorra anualmente cerca de 3 milhões de casos de DSTs, sendo a sífilis, a gonorreia, clamídia, herpes e o HPV (papiloma vírus humano) as causas mais comuns (MOURA, 2014). Em queda em quase todo o mundo, a taxa de novas infecções pelo vírus da Aids teve aceleração de 11% entre 2005 e 2013 no Brasil, revela o relatório “The Gap Report.”, do Programa Conjunto das Nações Unidas HIV/Aids (UNAIDS, 2014).

O Ministério da Saúde (2006) recomenda a abordagem sindrômica da síndrome de corrimento. Nela o tratamento será realizado de acordo com os agentes etiológicos mais frequentes de uma síndrome diagnóstica. Além disso, implica o acolhimento e atendimento imediato da pessoa a fim de quebrar o ciclo de transmissão, pois um agendamento para outro momento facilitaria a busca ao balconista de uma farmácia (GUSSO & LOPES, 2012). A abordagem médica para a doença deve ser colocada em prática quando pessoas têm relações sexuais sem uso de preservativo, se apresentam nos serviços de saúde com algum dos seguintes sinais e sintomas: lesões genitais, corrimentos vaginais e/ou uretral, vesículas e/ou verrugas genitais, edema e/ou edema escrotal (GUSSO & LOPES, 2012).

Os fluxogramas específicos de conduta são bem adequados para a prática na atenção primária à saúde (APS), uma vez que possibilita maior resolubilidade no atendimento às pessoas com quadro clínico que caracteriza uma DST. São tratados de maneira sindrômica com a queixa principal: corrimento do colo cervical e corrimento uretral; corrimento vaginal; úlcera genital; dor pélvica (BRASIL, 2006). Em certos casos, uma pessoa com DST deixa de fazer o tratamento adequado pois nem sempre consegue agendar uma consulta para uma data ou horário que lhe seja conveniente. A abordagem sindrômica associada à abordagem centrada na pessoa são estratégias importantes ao lidar com a pessoa com DST, uma vez que ambas colaboram para a aumentar a adesão ao tratamento proposto em cada situação e facilita adoção de medida de prevenção (GUSSO & LOPES, 2012). Uma das consequências do tratamento inadequado da

doença é a infecção que pode se tornar subclínica e o portador permanecer transmitindo a doença. Entre pessoas, a doença pode causar infertilidade, prostatitis gonocócica no homem, entre outras complicações (GUSSO & LOPES, 2012). Para determinar a necessidade de adoção de medidas de rastreamento, é preciso conhecer a prevalência da doença na população, pois estudos indicam que as estratégias de rastreamento são custo-efetivas quando a prevalência varia de 3,9 a 6% (GUSSO & LOPES, 2012). Na área de atuação da Equipe de Saúde da Família encontra-se uma região de alta vulnerabilidade social, o aglomerado da margem do Rio Trombetas. Nesse local, encontra-se casas de prostituição e presença de usuários de droga. Foi detectado pelos Agentes Comunitários de Saúde. Levando em consideração esses dados, justifica a aplicação de um plano de intervenção para atenção a essa população de risco.

Nesse contexto, a equipe de saúde da família sente grande motivação na realização deste projeto, uma vez que visa contribuir com a promoção de saúde das mulheres de maior risco de doença de transmissão sexual, e também mudar condutas sexuais a fim de prevenir as doenças e suas consequências, e que as mulheres possam fazer uso de uma sexualidade mais responsável. Os estudos sobre as doenças de transmissão sexual fazem emergir a complexidade das suas causas e consequências que, por sua vez, vem sendo objeto de estudo em várias pesquisas tanto no âmbito nacional quanto internacional. Porém são destacadas pesquisas que sinalizam para a necessidade da ação imediata do governo e da sociedade com relação a esse problema que atinge famílias do mundo inteiro pertencentes a todas as classes sociais.

6 – METODOLOGIA

Será realizado um estudo de intervenção comunitária do tipo experimental cujo tema é o Síndrome De Corrimento Vaginal na tenção Básica de Saúde na área de abrangência, com o objetivo de elaborar e implantar um programa de intervenção educativa sobre como deve ser tratada esta doença e como preveni-la.

6.1. Cenários da intervenção

O estudo será realizado no ano de 2017 na cidade de Oriximiná. O público alvo será na população adstrita à equipe da UBS Santa Luzia. Com a realização do diagnóstico situacional foi possível conhecer o território estudado, e os principais problemas enfrentados pela equipe. Assim, serão planejadas intervenções para promover a educação em saúde entre pacientes tratadas com doenças. Para elaborar este projeto serão utilizados trabalhos científicos disponíveis em banco de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal, dentre outros. Os artigos que contemplarem o tema nessas bases de dados, além de publicações em livros e revistas médicas serão selecionados conforme sua relevância. Outros dados importantes a serem utilizados estão disponíveis na unidade de saúde da equipe e dados do Ministério da Saúde. Os descritores utilizados no projeto serão: Atenção Primária à Saúde, Doenças Sexualmente transmissíveis, Sistema Único de Saúde, educação em saúde. O trabalho necessita da participação dos profissionais de saúde e população assistida pela equipe do Bairro Santa Luzia, na cidade de Oriximiná-Pará. Nesse plano de intervenção para promover a educação em saúde entre a população vulnerável e as portadoras de síndrome de corrimento vaginal visando o controle das mesmas, serão convocadas as pacientes acometidas pela doença e que precisam de atenção da equipe. O trabalho necessita de equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, professores das escolas, agentes de saúde e do gestor. Será proposto mudanças em relação aos estilos de vida, ao conhecimento da síndrome e a visão de risco da população. Para concretizar o trabalho, teremos uma agenda de encontros com os pacientes e população vulnerável, palestras nas escolas, inclusive atendimento médico, atividades variadas e grupos operativos. A intervenção será a educação para a saúde e nos servirá de ajuda, os Cadernos de saúde disponibilizados pelo Ministério da Saúde ideais para abordar o assunto entre os pacientes e profissionais.

6.2. Caracterização dos sujeitos

O universo será constituído por 126 mulheres selecionadas a partir da coleta do exame preventivo do câncer de colo do útero que apresentarem indícios e sintomas relatados por essas mulheres no ato do exame.

Critérios de inclusão

- Mulheres que aceitarem participar do estudo.
- Mulheres que moram na área de abrangência.
- Mulheres que tem maior risco por sua alta atividade sexual.
-

Critérios de exclusão

As mulheres que apresentam incapacidades físicas e mentais que impedem de participarem do estudo.

Critérios de saída:

Mulheres ausentes a três ou mais sessões durante a intervenção, que no transcurso do estudo se mudem da área de abrangência, ou que abandonarem o estudo.

6.3 Procedimento da intervenção

O programa educativo vai constar de três etapas:

- Etapa Diagnóstica
- Etapa de Intervenção
- Etapa de Avaliação

Durante a **etapa diagnóstica** será realizada uma revisão ampla sobre o tema. Será feito o estudo dos prontuários das mulheres na busca do histórico pessoal, de algum tipo de doença sexual. Em seguida será feito um levantamento das mulheres que apresentarem algum tipo de doença sexual e será exposto para essas mulheres o objetivo da intervenção e um documento de consentimento para participar do projeto, em seguida será aplicado um questionário para avaliar o nível de conhecimento segundo a literatura revisada.

Na **etapa de intervenção** corresponde com o desenvolvimento do programa educativo. Serão dadas sete sessões de capacitação, através de roda de conversa, com duração de 1 hora cada sessão e uma frequência semanal (quartas feiras), no horário das 10:30 horas na UBS.

6.4 Programa de intervenção educativa

- Título: Síndrome De Corrimento Vaginal Ou doença de transição sexual.
- Total de horas: 7h
-

Objetivo geral: Elevar o nível de conhecimento sobre a doença e o modo de prevenir e na área de abrangência.

O plano temático a seguir é uma proposta, mas pode existir mudanças de acordo com as necessidades de aprendizagem das mulheres, uma vez aplicado o questionário inicial.

6.5 Plano temático proposto

- I. Apresentação do Programa
- II. Sexualidade. Conceito. De Síndrome De Corrimento Vaginal. Uso de preservativo como modo de prevenção das doenças de transmissão sexual.
- III. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) nas mulheres. Tipos de DST.

6.6 Medidas de prevenção.

- IV. Fatores biopsicossociais na aparição da (DSTs).
- V. Consequências biológicas, psicológicas e sociais das (DSTs).
- VI. Conclusões.

6.7 Rodas de conversas

1. Conhecimento prévio de atividades de promoção e prevenção para prevenir as doenças de transição sexual.
2. Dinâmica de apresentação.
3. Problematização (trabalhar as questões norteadoras de cada conversa). Apresentar um questionamento ao grupo, buscando inquietá-lo e reunir as opiniões e saberes populares do mesmo.
4. Fundamentação teórica. A equipe de saúde vai apresentar a fundamentação do tema e reflexão teórico-prática. Neste momento, é oportunizada uma discussão do texto ou mensagem apresentada ao grupo,

a partir de uma discussão dialética, e não como um conhecimento simplesmente imposto como certo.

5. Elaboração coletiva das respostas.
6. Ao considerar a diversificação das discussões, cabe neste momento fazer uma “síntese do que foi vivenciado”, que pontos foram considerados mais significativos.
7. Momento de avaliação.
- 8.

Etapa avaliativa: Se realizará como fase final, uma vez concluída a intervenção educativa, se aplicará o questionário inicial, com os mesmos critérios de qualificação, assim, se avaliará o nível de conhecimentos obtidos.

6.8 Recursos Necessários

Recursos Humanos.

- Equipe de saúde.
- Agentes do NASF.
- Supervisora do programa.
- Especialista em ginecologia

Recursos Materiais

- Canetas esferográficas
- Canetas de tipo piloto
- Resma de papel
- Tablet
- Impressora
- Cartolina

7. Cronograma

Ações	Período de Realização						
	2016		2017				
	Nov.	Dez	Jan	Fev.	Març.	Abr.	Maio
Elaboração do projeto de intervenção	X	X					
Etapa Diagnóstica							
Revisão da bibliografia	X	X	X				

Aplicação do questionário				X			
Etapa De Intervenção (Realização das Rodas de Conversas)					X	X	
Etapa de Avaliação (Aplicação do questionário inicial)						X	
Apresentação dos resultados							X

8. Orçamento e Financiamento

Materiais de Consumo	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Resma de papel A4	01	9	18
Caixa de canetas do tipo piloto com 12 unidades	03	18	50
Caixa de canetas esferográficas com 50uds	01	27	27
Tablet	01	700	700
Impressora	01	800	800
Cartolina	07	1	7
Total			1602

Viabilidade

A realização das ações propostas é viável, considerando os seguintes fatores: o tempo suficiente para desenvolvimento das ações, o baixo custo, o apoio da equipe de saúde, Secretaria de Saúde do município e a comunidade.

Sabe-se que, a atuação conjunta da equipe de saúde da família e os outros atores sociais permitirão um ótimo atendimento das necessidades das pacientes para obtenção de melhores níveis de saúde, sobretudo, contribui para a diminuição da doença na comunidade. Assim, a articulação entre os diversos setores ajudará a definir as melhores formas de intervenção e possibilitará a sustentabilidade da proposta, podendo-se tornar uma política pública municipal.

9. Resultados Pretendidos

Espera-se que as ações implementadas nesta proposta possam modificar os conhecimentos em 100% das mulheres, elevando seus níveis de conhecimentos depois das atividades educativas, assim como, espera-se que as ações de promoção de saúde possam perpetuar, com o fim de eliminar o 100% das pacientes sim que tenham complicações e diminuir o número de incidência da doença na área de abrangência nos próximos anos.

Anexos

Questionário (Anexo 1)

Idade

15-18anos-----

19-34 anos-----

35-O mais anos-----

Escolaridade

Analfabeta-----

Ensino primário incompleto-----

Ensino primário completo-----

Ensino médio incompleto-----

Ensino médio completo-----

Ocupação

Estudante-----

Trabalhadora-----

Estado Civil

Solteira-----

Casada-----

Juntada-----

Viúva-----

Condições econômicas

Boa-----

Regular-----

Mala-----

Seus pais estão casados Sim-----Não-----

Seus pais trabalham Sim-----Não-----

¿Existe violência familiar? Sim-----Não-----

Âmbito sexual

Você algum tipo de violência sexual? Sim-----Não--

Idade da primeira relação sexual-----

Teve algumas doenças sexual anteriores? Sim----- não-----

Você usou alguma vez métodos de prevenção?

Sim----- não----

Qual? -----

Você sabe para que serve a camisinha?

Não-----

Sim----- **Justifique**

Você conhece como é o modo de transmissão de as Doenças de transmissão sexual?

Sim -----

Não -----

Você acha que a as DsTS são só das mulheres?

Sim----- Não-----

Você conhece quais consequências pode ter de não ser tratada devidamente a elas e sua parceiro?

Não-----

Sim----- **Diga ao menos três.**

1.

2.

3.

Se você ficasse grávida neste momento você sabe que aconteceria?

Sim ----

Não ----

Sabe quais são as Doenças sexualmente transmissíveis?

Não-----

Sim-----

Diga ao menos três

1.

2.

3.

Das informações antes respondidas sobre as doenças de transmissão sexual foram adquiridas por:

Escola-----

Família-----

Posto de saúde-----

Televisão-----

Internet-----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *Morbidity and Mortality Weekly Report* v.51, p.1-77, 2015.

DANIEL, K. P.; ROBINSON, M. Update on the treatment of sexually transmitted diseases. S. Vaginal discharge. *Curr. Obstet. Gynaecol.* v.13, p.218- 223, 2003.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. *Tratado de medicina de familia e comunidade: principios, formação e prática.* Porto Alegre: Artmed, 2012.

MACSWEEN, K. F.; RIDGWAY, G. L. The laboratory investigation of vaginal discharge. *J. Clin. Pathol.* v.51, p.564-567, 2014.

NAUD, P.S.V. et al. Doenças sexualmente transmissíveis. IN: OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, I. *Tratado de Ginecologia.* Rio de Janeiro: Revinter, 2015.

PORTO, A.G.M. *Infecções sexualmente transmissíveis na gravidez.* Rio de Janeiro: Atheneu, 2015.

REY, L. Flagelados das vias digestivas e geniturinárias: tricomoníase e giardíase. IN: *Parasitologia: Parasitas e doenças parasitárias do homem nas Américas e na África.* 3ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

SHIMP, L.A. Vaginal and vulvovaginal disorders. IN: BERAID, M. et al. *Handbook of nonprescription drugs,* 15ª ed. Washington: American Pharmaceutical Association, p.129-147, 2014.

SOBEL, J.D. Vaginitis. *New Engl. J. Med.* v. 337, p.1896–909, 2013. SOBEL, J.D.; FARO, S.; FORCE, R.W. et al. Vulvovaginal candidiasis: epidemiological, diagnostic, and therapeutic considerations. *Am. J. Obstet. Gynaecol.* v.178, p.203–211, 1998.

SOBEL, J.D.; KAPERINICK, P.S.; ZERVOS, M. et al. Treatment of complicated *Candida* vaginitis: comparison of single and sequential doses of fluconazole. *Am. J. Obstet. Gynaecol.* v.185, p.363–369, 2014.

SOBEL, J.D.; HILLIER, S.; SMOLENSKI, L. et al. Management of recurrent vulvovaginal candidiasis with maintenance suppressive weekly fluconazole: a multicenter study. IN: Program and abstracts of the 42nd Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (San Diego). Washington: American Society for Microbiology, 2014.

SOPER, D.E. Infecções geniturinárias e doenças sexualmente transmitidas. IN: BEREK, J.S., ADASHI, E.Y., HILLARD, P.A. Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2013.

ZAMITH R.; BARACAT, E.C. Doenças sexualmente transmissíveis. IN: PRADO, F.C.; RAMOS, J.A.; RIBEIRO DO VALLE, J. et al. Atualização terapêutica. 20ª eds. São Paulo: Artes Médicas, p.628-629, 2015.

ZAMITH R.; NAZÁRIO, A.C.P.; BARACAT, E.C. et al. Corrimento genital. IN: PRADO, F.C.; RAMOS, J.A.; RIBEIRO DO VALLE, J. et al. Atualização terapêutica. 20ª eds. São Paulo: Artes Médicas, p.840-841, 2015.

WEHBEH, H.A.; RUGGEIRIO, R.M.; SHAKEM, S. et al. Single dose azithromycin for chlamydia in pregnant women. J. Reprod. Med. v.43, p.509–514, 2013