



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

NOSLEN MENA LORENZO

PROMOÇÃO DA SAÚDE E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM
MONSENHOR TABOSA-CE: A GESTANTE COMO FOCO DE ATENÇÃO

FORTALEZA
2018

NOSLEN MENA LORENZO

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM
MONSENHOR TABOSA-CE: A GESTANTE COMO FOCO DE ATENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à
Coordenação do Curso de Especialização em
Saúde da Família, modalidade semipresencial,
Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) -
Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em
Educação a Distância Em Saúde, Universidade
Federal do Ceará, como requisito parcial para
obtenção do Título de Especialista.
Orientadora: Prof^ª. Maria Sinara Farias.

**FORTALEZA
2018**

Catálogo na fonte

S379t Silva, Maria da
Título do TCC ou Monografia/ Maria da Silva, nome do orientador.
Local, ano.
Total de folhas : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade do
Estado do Pará, Belém, 2008.

1.Assunto. 2.Assunto. 3.Assunto. I. Título.

Classificação (CDD)

NOSLEN MENA LORENZO

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM
MONSENHOR TABOSA-CE: A GESTANTE COMO FOCO DE ATENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof^o., titulação (Dr./Me.), nome.
Instituição

Prof^o., titulação (Dr./Me/Esp), nome.
Instituição

Prof^o., titulação (Dr/Me/Esp), nome.
Instituição

RESUMO

Durante as observações realizadas no período de um ano no Município de Monsenhor Tabosa na Unidade Básica de Saúde Josefa Costa Cavalcante, percebemos a recorrência de gestantes com Infecções Sexualmente Transmissíveis-IST (HPV e Sífilis) patologias provocadas por microrganismos, tais como bactérias e vírus. Estes agentes infecciosos encontram-se nos fluidos corporais tais como: sangue, esperma e secreções vaginais, sua forma de transmissão mais frequente é por contato sexual. Com vista nisso, buscamos analisar a incidência dessas patologias a fim de desenvolver estratégias de promoção e prevenção em saúde, pois a educação sexual é uma das principais medidas a serem desenvolvida na atenção básica de forma contínua e sistemática, visto que, a ausência do uso de preservativo e/ou a relação sexual com múltiplos parceiros são os principais comportamentos de risco para IST. A dificuldade e pontualidade da realização das campanhas de promoção e prevenção educativas nesta área contribuem para a desinformação da população sobre esses tipos de infecções. Mas com uso do método de planejamento estratégico situacional nos propomos nesse estudo superar os desafios postos para atenção básica no que diz respeito a educação sexual e reprodutivas.

RESUMEN

Durante las observaciones realizadas en el período de un año en el Municipio de Monseñor Tabosa en la Unidad Básica de Salud Josefa Costa Cavalcante, percibimos la recurrencia de gestantes con Infecciones Sexualmente Transmisibles-IST (VPH y Sífilis) patologías provocadas por microorganismos, tales como bacterias y virus. Estos agentes infecciosos se encuentran en los fluidos corporales tales como: sangre, esperma y secreciones vaginales, su forma de transmisión más frecuente es por contacto sexual. En este sentido, buscamos analizar la incidencia de estas patologías a fin de desarrollar estrategias de promoción y prevención en salud, pues la educación sexual es una de las principales medidas a ser desarrolladas en la atención básica de forma continua y sistemática, ya que, la ausencia del uso de preservativo y / o la relación sexual con múltiples parejas son los principales comportamientos de riesgo para IST. La dificultad y puntualidad de la realización de las campañas de promoción y prevención educativas en esta área contribuyen a la desinformación de la población sobre esos tipos de infecciones. Pero con el uso del método de planificación estratégica situacional nos proponemos en este estudio superar los desafíos puestos para atención básica en lo que se refiere a la educación sexual y reproductiv

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	PROBLEMA.....	12
3	JUSTIFICATIVA.....	13
4	OBJETIVOS.....	14
4.1	OBJETIVO GERAL.....	14
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	14
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
6	METODOLOGIA.....	23
7	CRONOGRAMA.....	25
8	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	26
9	RESULTADOS ESPERADOS.....	28
10	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

A promoção da saúde passou a ser enfatizada, nos últimos tempos, contudo notamos que essa “ênfase” ainda não é suficiente no que diz respeito às Infecções sexualmente transmissíveis – IST, pois os índices apontam para um preocupante crescimento dessas infecções. Um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde em 2009 sinalizou que aproximadamente 10 milhões de brasileiros já apresentaram sintomas de uma IST como lesões, verrugas e corrimentos nos órgãos genitais. A prevenção ainda é o meio mais eficaz para evitar a transmissão e disseminação dessas infecções, mas os gestores municipais parecem ainda não acreditar que a priorização das ações de educação em saúde e a única forma da qual dispomos para chegar à prevenção, reduzir índice de transmissões e suas complicações (INCA, 2009).

Dentre essas complicações daremos ênfase contaminação durante o período gestacional, este conhecido como uma fase especial de transição da vida da mulher, embora os comportamentos e os sentimentos envolvidos neste momento também estejam relacionados ao estilo de vida e aos padrões de cultura de cada mulher as intensas transformações fisiológicas, que implicam em profundas transformações nos aspectos psicológico, cultural e social.

Durante as observações realizadas no Município de Monsenhor Tabosa na Unidade Básica de Saúde Josefa Costa Cavalcante, no período de janeiro de 2017 a março de 2018 percebemos a recorrência de gestantes com IST, correndo riscos de agravos a sua saúde e do feto. Nesse contexto, a educação sexual, desenvolvida em todos os níveis de ensino parece imprescindível no enfrentamento das IST visto que essas Infecções estão presentes em todos os segmentos sociais. A dificuldade e pontualidade da realização das campanhas de promoção e prevenção educativas nesta área contribuem para a desinformação da população sobre as ISTs.

Os serviços de primeiro contato com o usuário do SUS, direcionados aos cuidados, promoção e prevenção à saúde de uma população é compreendida nesse contexto como a atenção primária, entretanto:

Algumas outras produções utilizam essa nomenclatura identificando “três linhas principais de interpretação: 1) programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços; 2) um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não-especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; 3) de forma abrangente, uma concepção de

modelo assistencial e de organização do sistema de saúde” (GIOVANELLA, 2014, p.576).

Na Conferência de Alma-Ata, a atenção primária foi entendida como atenção à saúde essencial,

[...] pois considera a atenção primária à saúde como função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades, o que envolve a cooperação com outros setores de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico (GIOVANELLA, 2014, p.576).

A primeira atribuição da atenção primária é constituir-se como porta de entrada do sistema de saúde, procurando suprir todas as necessidades de atenção em caso de adoecimento e/ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde. Estruturando um serviço que seja acessível à população, eliminando todas as barreiras, sejam elas financeiras, geográficas, organizacionais ou culturais, possibilitando a toda população acessar esse direito. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) designa à atenção básica como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. (...). É realizada sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2006, p. 10).

A Política Nacional de Atenção Básica brasileira é materializada por meio da oferta dos serviços ambulatoriais, composta por serviços públicos e privados de diversos tipos. No SUS, devem ser ofertados serviços ambulatoriais por postos e centros de saúde, policlínicas de especialidades e ambulatórios de hospitais, dessas atividades, apenas uma parte refere-se a serviços de atenção primária. Em geral, ambulatórios de hospitais e policlínicas oferecem serviços de especializados, que se configuram como serviços secundários.

Para promover um cuidado que atenda às necessidades das pessoas é primordial compreender as diferentes culturas, faixa etária, gênero, classe social, raça/etnia e os padrões de comportamento. Compreendendo esse leque de necessidades, quando se trata da atenção à saúde da mulher este cenário torna-se mais complexo, pois a gravidez é uma fase delicada na vida da mulher e de extrema responsabilidade com uma nova vida, portanto consideramos esta como excelente oportunidade para priorizar

a educação em saúde em torno das IST, visando à prevenção de agravos à saúde da mãe e do feto. Com base no exposto, sentiu-se a necessidade de analisar a incidência das infecções sexualmente transmissíveis entre as gestantes acompanhadas pela Unidade Básica de Saúde Josefa Costa Cavalcante no município de Monsenhor Tabosa-CE a fim de desenvolver estratégias de promoção e prevenção em saúde, uma vez que o município apresenta recorrentes casos de gestantes com essa problemática.

2 PROBLEMA

Alta incidência das infecções sexualmente transmissíveis entre as gestantes acompanhadas pela Unidade Básica de Saúde Josefa Costa Cavalcante no município de Monsenhor Tabosa-CE.

3 JUSTIFICATIVA

Atualmente estão sendo acompanhadas 135 gestantes através do SUS em todo território municipal, dessas 20% apresentam algum tipo de IST, um número expressivo pois as alterações fisiológicas do organismo da mulher no período gestacional podem mudar o curso das IST, bem como facilitar complicações obstétricas e neonatais. Analisando os acompanhamentos realizados na Unidade Básica de Saúde Josefa Costa Cavalcante observamos que a porcentagem de gestantes com IST é superior ao índice municipal, tendo a prevalência de 29.62% (MONSENHOR TABOSA, 2018).

Ao se abordarem as particularidades da história natural e terapêutica no período gestacional das principais IST, acredita-se que a atenção e a conscientização copiosas por parte dos profissionais de saúde, principalmente, no tocante ao diagnóstico, devem ser as mais precoces possíveis, assim como o tratamento. Contudo 60% das gestantes com IST relatam nunca terem realizado nenhum tipo de prevenção e que só tomaram ciência do diagnóstico em função da triagem das IST durante o pré-natal, o que foi de fundamental importância tanto no diagnóstico precoce quanto no melhor manejo terapêutico.

O reforço às medidas de prevenção com o uso de preservativo e ao tratamento conjunto do casal são fundamentais no controle das ISTs, mais no município existe uma resistência ao uso de preservativos, todas as pacientes relatam não fazer uso da camisinha o que é preocupante pois apenas 30% tem parceiros fixos os quais já aderiram o tratamento, mas que ainda sim não fazem uso do preservativo.

No território 62.5% das gestantes com IST tem entre 15 e 19 o que se constata, portanto, que as adolescentes iniciam vida sexual cada vez mais jovens, expondo-se as situações de risco, que geralmente culminam em gestação não desejada e/ou infecções sexualmente transmissíveis (IST). Pode-se observar ainda, que esse recorte etário tem fortes vivências de desorganização familiar, o que é marcante nos bairros que as mesmas residem.

Situações como abandono e desinteresse pela vida social das adolescentes, além da perda da figura dos pais, muitas ainda são filhas de usuários de substância química, presidiários ou de mães adolescentes que perpetuando o círculo vicioso da pobreza e educação negligenciada pelo Estado. Com vistas no cenário exposto faz-se necessário e urgente a elaboração de estratégias que alcancem os nos das questões apresentadas.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um projeto de intervenção sobre infecções sexualmente transmissíveis entre as gestantes acompanhadas pela Unidade Básica de Saúde Josefa Costa Cavalcante no município de Monsenhor Tabosa-CE a fim de desenvolver estratégias de promoção e prevenção em saúde.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a prevalência das infecções sexualmente transmissíveis entre as gestantes acompanhadas pela Unidade Básica de Saúde Josefa Costa Cavalcante.
- Elaborar estratégias de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis às junto políticas intersetoriais.
- Promover ações de promoção à saúde sexual e reprodutiva no contexto da atenção primária.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 A construção histórica da Política de Saúde no Brasil

Em 1945 o Brasil inicia uma experiência democrática que perdura por 19 anos. A economia continuava a ser predominantemente rural, neste contexto, ganhava-se destaque os debates sobre os custos econômicos das infecções como obstáculo ao desenvolvimento dos países, em especial no que se refere à expansão agrícola e à produtividade do trabalho (LIMA, 2002). Já primeira década o Brasil caracterizou-se pela privatização e o autoritarismo do governo militar que provocou a suspensão das garantias constitucionais, bem como a repressão dos movimentos sociais e seus respectivos líderes que lutavam por reformas de base, como o Comando Geral dos Trabalhadores e as Ligas Camponesas (ALENCAR et al, 1985).

Essa conjuntura de repressão possibilita o surgimento do movimento sanitário que se organiza, inicialmente no interior das universidades, como resposta, as ações excludentes do governo militar que descartou os trabalhadores e técnicos no processo decisório das políticas de saúde (ROCHA, 1988; TEIXEIRA, 1989). O movimento sanitário no último semestre de vigência do regime autoritário alcançou desenvolvimento ativo e participante com os demais setores da sociedade brasileira na campanha “Diretas já!”, como também vislumbrando a possibilidade de superação do regime autocrático, trabalhou arduamente em um projeto para a saúde.

Durante essas atividades foram organizadas várias reuniões, seminários e encontros, nos quais foram sugeridas mudanças para a construção do sistema nacional de saúde com base no “princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, a serem implementadas com a unificação, democratização e descentralização do sistema de saúde” (ESCOREL, 2012, p.425).

O processo de reforma sanitária, desencadeado por intelectuais e profissionais do Movimento Sanitário, impulsionava à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde. A Conferência colocava à tona as políticas de saúde como questões a serem discutidas pelo coletivo, marcando contundentemente a história da saúde no Brasil (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p.391-392).

A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 marca um novo momento para a saúde pública no Brasil, já que foram traçadas nesse encontro, as propostas “constitucionalizadas em 1988, com a conquista do direito à saúde com

controle social” (BRASIL, 2006, p.102). Vale ressaltar que foi nesta conferência que as diretrizes e os princípios do Sistema Único Saúde (SUS) são formulados e organizados como uma política pública do Estado brasileiro (BRASIL, 2006). Assim, a saúde, passa a ser um elemento da seguridade social, prevista na Constituição Federal a qual “compreende um conjunto integrado de ações e de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, p. 103).

Por seguinte, como aponta a Constituição, o direito à saúde é “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). A partir de então a mesma, não era mais vista simplesmente como ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990, p. 20).

Com isso, o Estado passou a ampliar a percepção dos vários determinantes que condicionam a vida da população com intenção de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde.

A relação estabelecida entre o sistema de saúde e a sociedade, produz ao longo do tempo percepções sobre o valor de proteção à saúde. Portanto, quanto maior a compreensão social de saúde como um problema coletivo, mais palpável se torna a incorporação da proteção à saúde como direito de cidadania. “Assim, a manutenção da saúde ou sua promoção não deve ser somente responsabilidade do setor saúde, mas resultado de ações intersetoriais, multidisciplinares e apoiadas por políticas públicas saudáveis, isto é, promotoras de qualidade de vida” (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004, p.16).

Com a compreensão de saúde e criação do SUS, o Brasil passou por uma mudança no caráter organizacional da atenção à saúde, que ocorreu na gestão das políticas sociais e acabou gerando um aumento do aparato burocrático nessa gestão, corroborando inclusive para uma acentuada centralização das decisões e comprometendo a eficácia da proposta.

No entanto, o Estado a fim de reduzir as desigualdades mais aparentes, descentralizou-se reduzindo o tamanho do seu aparato organizacional, para ganhar agilidade e eficiência. “O movimento da descentralização também ganhou destaque nos países latinoamericanos, a partir da década de 1980, como um meio para reestruturar o Estado e a gestão das políticas sociais” (JUNQUEIRA, 1997, p.33).

No Brasil, os interesses do capital se sobressaiam aos interesses coletivos, mas ainda assim a descentralização possibilitou algumas vias de diálogo entre os usuários e as organizações descentralizadas, proporcionando que algumas das necessidades da classe trabalhadora pudessem chegar os detentores do poder.

Embora a consolidação desta política pública, e sua avançada proposta de reforçar a participação da sociedade e a descentralização dos serviços apresentam-se como um novo caminho para se construir a saúde, observa-se que as formas de encaminhar as questões no cotidiano reproduzem o modelo de atenção curativa e as práticas centralizadoras e autoritárias (SARRETA; BERTANI, 2011, p.32-33).

A intenção de romper com o modelo curativo não ocorre de maneira descomplicada, pois suprimir os paradigmas consolidados tradicionalmente requer tempo. Esse novo direcionamento que a intersectorialidade propõe considera uma série de elementos que impactam na relação saúde/cuidado destacando os aspectos econômicos, políticos, biológicos, psicológicos, ambientais, culturais e sociais que determinaram na qualidade de saúde do indivíduo. Com isso, “a situação de saúde de cada grupo de população, em particular, articula-se estreitamente com suas condições de vida e com os processos que as reproduzem ou transformam” (BUSS, 2001, p.51).

O SUS, construído como política pública fundamentado nos princípios de universalidade, integralidade, controle social e descentralização, oferece os caminhos a ser utilizados no enfrentamento dos problemas que acomete a saúde da população. A universalidade dentro desse sistema tem por objetivo garantir que todos os cidadãos, sem exceção, devem acessar sempre que necessários todos os níveis de atenção à saúde assegurada por uma rede hierarquizada (BRASIL, 2003). Enquanto a integralidade busca compreender o usuário no cotidiano institucional como um ser integral, reconhecendo a realidade na qual está inserido. Essa noção também está relacionada à necessidade da horizontalização dos programas de saúde, buscando articular toda a rede de assistência em prol do bem estar social (ALVES, 2005).

O controle social promovido via participação popular, também é uma das diretrizes do SUS, que por meio de suas representatividades, participa do processo de

formulação controle e execução das políticas. Fortalecendo a democratização do poder local, com o aumento da influência da população na definição de políticas sociais. O que viabiliza a compreensão mais abrangente do próprio usuário na concepção de saúde-doença (CRUZ, 2006).

A descentralização propõe a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (União, Estados, Municípios e Distrito Federal), esse compartilhamento do poder também é um posicionamento político, pois envolve mudanças em um novo processo de articulação entre Estado e sociedade, entre o poder público e a realidade social. “A descentralização, como um processo político-administrativo de transferência de poder, viabiliza-se, sobretudo, através do reordenamento do aparato estatal. E isso deve ocorrer em cada nível de governo e não apenas de um para outro nível” (JUNQUEIRA, 1997, p.36).

A descentralização tem como diretrizes: A regionalização e a hierarquização dos serviços, rumo à municipalização; A organização de um sistema de referência e contra referência; A maior resolutividade, atendendo melhor aos problemas de sua área; A maior transparência na gestão do sistema; A entrada da participação popular e o controle social (CRUZ, 2006, p.39).

Essa descentralização propõe um compartilhamento de poder, bem como de incumbir as outras esferas do governo a se responsabilizar com uma determinada população que se divide tendo por base a territorialidade a qual pertence, possibilitando assim uma melhor cobertura dos serviços de saúde.

5.2 Infecções sexualmente transmissíveis: a gestante como foco de atenção

No Município de Monsenhor Tabosa atualmente existe sete (7) Unidades de Básica de Saúde (UBS), estas são unidades que oferecem serviços nas especialidades básicas e nos programas de saúde pública, “oferecendo serviços de acompanhamento infantil, imunização, atenção pré-natal, controle e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose, hanseníase, acompanhamento de hipertensão e diabetes” (GIOVANELLA, 2014, p.609).

Realizam ainda atividades de vigilância epidemiológica, com notificação e investigação de casos. A partir da implantação do Programa Saúde da Família, alguns postos e centros de saúde foram transformados em Unidades de Saúde da Família, com a reorganização interna dos serviços. No SUS, a garantia de atenção básica em saúde é de responsabilidade da administração municipal. Os gestores dos sistemas locais de saúde são responsáveis em seu

território pela organização e execução das ações de saúde em unidades de saúde próprias (GIOVANELLA, 2014, p.609).

Outra atividade que deve ser realizada pela as unidades de atenção primária é o encaminhamento e compartilhamento do cuidado, visto que o serviço de atenção primária exerce a abordagem inicial e deve encaminhar o acesso aos outros níveis, encaminhando os usuários para atenção secundária, quando necessário o acompanhamento especializado, mas acompanhando ainda no que diz respeito às outras dimensões da saúde.

Para viabilizar essa promoção de saúde, a população como um todo é dividida pela territorialidade que é definida geograficamente e socialmente, sendo concretizada pela integração interinstitucional e a ação intersetorial, para que o Estado possa responder com mais eficácia as demandas da população, via políticas sociais, vislumbrando a superação da lógica autônoma e fragmentada para uma dimensão intersetorial.

A regionalização e a hierarquização exigem que o usuário seja encaminhado quando necessário e que possam retornar a sua unidade de origem (correspondendo a unidade mais básica do sistema) para o acompanhamento (mecanismos de referência e contra referência) isso implica em fluxos adequados de informações entre as unidades que compõem esse sistema, sejam elas hospitais, postos de saúde, unidades públicas ou privadas credenciadas ao SUS situadas em diferentes municípios ou estados (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p.440).

Os serviços e profissionais que estão localizados na atenção básica devem informar à população quanto às ações de cunho preventivo e promocional à saúde, atender toda a população tendo em vista o princípio da universalidade nos serviços de saúde, de forma contínua e resolutiva, referenciando e contra referenciando os usuários aos serviços especializados, quando necessário.

Sobre as infecções sexualmente transmissíveis a Organização Mundial da Saúde estima que no Brasil a ocorrência anual de 12 milhões de casos, além das subnotificações, visto que na maioria das vezes estas infecções não são percebidas pelos pacientes ou ainda não são adequadamente diagnosticadas e tratadas pelos profissionais de saúde. No Ceará no período de 1999-2000, em pesquisa realizada em 15 serviços, foram registrados 11.058 casos de IST.

Pesquisa realizada com mulheres que procuraram um serviço para realizar a prevenção anual de câncer ginecológico, apontou uma importante taxa de prevalência de *Infecções* entre esta população, sendo 5,6% para o herpes

genital, 3,7% para *Chlamydia trachomatis*, sífilis, HPV e gonorreia, e de 2,8% para gonorreia no Ceará. Vale ressaltar que a maioria destas mulheres era assintomática no momento da consulta, tendo procurado o serviço apenas para fazer a prevenção (MARTINS ETL, 2004, p.5, *grifos nossos*).

Na prática não acontece comumente, o que se observa é que na maioria das vezes, as solicitações dos exames são realizadas, mas devido à morosidade do SUS na viabilização dos exames acabam dificultando o diagnóstico precoce das mesmas. Sabemos que a realidade do município não se dá isoladamente, visto que os cenários nacional, estadual e municipal estão correlacionados, apesar das suas particularidades.

Muitos estudos apontam que as IST sinalizam o desenvolvimento de patologias no ciclo grávido-puerperal, podendo causar gravidez ectópica, abortos, nascimentos de natimortos, prematuridade, infecções congênicas e perinatais, e infecções puerperais, contudo se estas patologias são diagnosticadas e tratadas precoce e adequadamente, as consequências das IST para a mãe e o bebê podem ser minimizadas.

As Infecções Sexualmente Transmissíveis mais conhecidas são: Clamídia ou infecção por *Chlamydia trachomatis*; Condiloma genital; Gonorreia, blenorragia ou infecção gonocócica; Herpes genital; Infecção HPV (vírus do papiloma humano); Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH/Sida); Sífilis; Tricomoníase ou infecção genital por *Trichomonas vaginalis*; Hepatite B e Hepatite C.

A forma de transmissão mais frequente é por contato sexual, pois estas são provocadas por microrganismos, tais como bactérias, vírus e parasitas. Estes agentes infecciosos encontram-se nos fluidos corporais tais como: sangue, esperma e secreções vaginais, sem uso de preservativo e/ou com múltiplos parceiros sexuais. Mais vale destacar que as pessoas com um único parceiro não estão imunes às infecções e no geral estão tão suscetíveis tanto quanto, pois as pessoas que tem relacionamento fixo com uma única pessoa não fazem uso de preservativo e rotineiramente o casal é contaminando em uma relação extraconjugal.

Na UBS onde realizamos o estudo observamos que as infecções mais predominantes são a Sífilis (uma doença infecciosa, por transmissão sexual e também conhecida como lues ou cancro duro, é resultante da infecção pela espiroqueta microaerofílica *Treponema pallidum*. O *T pallidum*) e o papiloma vírus humano ou **Human Papillomavirus-HPV** (pode infectar o trato genital de forma assintomática ou visível como verruga na região anogenital. Inicialmente, esta era a única apresentação clínica reconhecida e incomodava pelo aspecto estético, volume e

dificuldade no tratamento). Neste contexto é indispensável promover a integração das ações de IST e saúde reprodutiva, em todos os níveis de atenção, em especial na atenção básica, em que são atendidas as gestantes no pré-natal, mas também não deixando de considerar as ações de controle no momento do parto e no puerpério. Segundo Travassos,

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) na gestação, principalmente as do trato genital, mesmo quando subclínicas, alteram as respostas imunológicas locais, com diferença na produção de citocinas e recrutamento de células inflamatórias. Esse desequilíbrio poderá promover reações como trabalho de parto prematuro e ruptura prematura de membrana (Simões et al. 1998; Cram et al. 2002). O aumento de interleucina 1 β (IL-1 β) na mucosa vaginal, citocina pró-inflamatória, na presença de IST, tem sido indicada como fator importante nestas complicações (Travassos, p.32, 2012)

Destarte, o entendimento sobre os agentes etiológicos das infecções sexualmente transmissíveis, suas formas de contágio e transmissão, apresentações clínicas e repercussões na gestação e no conceito, são de extrema relevância para reconhecimento destas e adoção de medidas terapêuticas adequadas, em especial a que a aparece com predominância entre gestantes.

Como já citamos anteriormente o *Treponema pallidum*, agente etiológico da sífilis, é uma espiroqueta que se transmite por via sexual, sangue e derivados e via vertical, uma doença sistêmica, com lesões em diversos órgãos: sendo este pele, genitais, coração, cérebro e sua evolução é classificada em quatro níveis, sendo que entre o segundo e terceiro nível temos o período latente, que se subclassifica como imediata e tardia. Salientamos ainda que a sífilis latente tem os mesmos sintomas que a sífilis secundária contudo a mesma já está afetando outros órgãos.

As consequências da sífilis materna para o feto são muito graves, desde abortamento, ruptura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro até sífilis congênita com sequelas precoces e tardias, cursando muitas vezes com óbito neonatal. Apesar do diagnóstico e tratamento serem acessíveis economicamente, a sífilis congênita vem acompanhando este aumento, sendo este um indicador de qualidade de pré-natal e de saúde pública que precisa ter maior prioridade nas políticas públicas (Amaral 2012).

Existem mais de 200 tipos virais identificados e a transmissão é por contato direto com pele lesionada ou através de relação sexual. A primeira publicação relacionando associação da neoplasia intra-epitelial cervical ao vírus da

imunodeficiência humana (HIV) foi em 1987 (Bradbeer 1987) e desde então muitas outras se seguiram (Travassos, p.33, 2012).

O Papiloma vírus humano (HPV) é um DNA vírus, da família Papillomaviridae, capazes de causar lesões em pele e mucosas, e é co-fator na carcinogênese do colo uterino atualmente sabemos da existência de mais de duzentos (200) tipos virais identificados e a transmissão é por contato direto com pele lesionada ou através de relação sexual. Tem sido demonstrado que mulheres infectadas pelo HIV apresentam alta prevalência de infecção pelo HPV e NIC (QUEIROZ et al. 2004), e a interação entre os vírus com alteração na resposta imunológica local aumentando a replicação viral e expressão da carga viral genital do HIV (PEREIRA et al. 2009).

As infecções virais como as hepatites, HPV e o próprio HIV, apesar de não serem potencialmente curáveis podem ser tratadas e existem medidas de controle de viremia que podem ser adotadas durante a gestação. O diagnóstico precoce destas infecções pode fazer diferença na evolução da gestação e no prognóstico neonatal (Donders 2006; Johnson et al. 2011).

Desse modo a discussão e problematização do objeto de intervenção fazem extremamente relevante, dada às complicações que se pode haver diante de uma IST no período gestacional é necessário aprimorar a intervenção de educação sexual e reprodutiva, afim de que se evitem os fatores de risco em especial em mulheres no período de potencial reprodutivo.

6 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um projeto de intervenção, a ser implantado no município de Monsenhor Tabosa-CE, localizado na Região Inhamuns do Estado do Ceará, a 280.00 Km de distância da capital Fortaleza, com uma área de 886.303 Km², o de acordo com o censo IBGE/2010 conta com 16.705 habitantes. A Unidade Básica de Saúde Josefa Costa Cavalcante, foi a elegida para realização do estudo por referenciar dois territórios, ambos com pacientes em situação de vulnerabilidade e risco social, tanto pela condição socioeconômica das famílias, quanto pelo alto consumo de drogas. Destaco ainda que o recorte temporal utilizado para realizar o diagnóstico epidemiológico foi de janeiro de 2017 a março de 2018, com base neste estudo junto a equipes multiprofissionais, percebemos a recorrência de gestantes com IST.

Para além do estudo investigativo também fizemos uso da pesquisa bibliográfica onde também foram utilizados na revisão bibliográfica os trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), literaturas conceituais bem como as legislações vigentes a fim de realizar um paralelo entre o real e o ideal.

O estudo sugere o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) que se difere dos métodos tracionais por apresentar três características principais. A primeira é o subjetivismo, que tem por objetivo identificar e analisar uma situação problemática centra-se nos indivíduos envolvidos (atores) e suas singularidades (conhecimentos, experiências, crenças) e a mudanças de habito também estão relacionadas com a abordagem que os profissionais vão realizar sem desconsiderar essa subjetividade.

A segunda característica do PES é a elaboração de planos-proposta a partir da identificação dos obstáculos e a terceira e enumerar possibilidades e preparar os atores para enfrentá-las. Portanto se três primeiros são momentos de acúmulo de conhecimentos pelo ator planejador, o quarto momento é o da ação propriamente dita. Dentro das ações delega-se o responsável por planejar e executar, o período que será executado e os insumos necessários para superação da situação problema, analisando cada obstáculo para resolução do mesmo.

As participantes do projeto de intervenção se dividem em dois grupos essencialmente, o primeiro diz respeito as profissionais que trabalham diretamente com os pacientes (ACS, equipe multiprofissional e vigilância epidemiológica) a fim de

qualificar e instrumentalizar os mesmo na abordagem e acompanhamento das pacientes que já possuem diagnóstico de IST, pois como já foi anteriormente exposto á no município um desencontro de informações com relação ao acompanhamento das famílias e os dados que são disponibilizados para o ministério da saúde através da vigilância epidemiológica. O segundo está relacionado aos pacientes já acompanhados pela UBS e ao grupo de risco de IST sendo estes: as pessoas com baixo nível cultural e socioeconômico, os pacientes que fazem uso de substâncias psicoativas e jovens entre 15 e 21 anos, pessoas que vivem na prostituição e promiscuidade.

CRONOGRAMA

Nós críticos	Ação	Publico	Período	Responsável
Demora na realização dos exames e chegada dos resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar a realização dos exames das gestantes público BF (VDRL) 	Gestantes	<ul style="list-style-type: none"> • Contínuo 	Central de regulação
Dificuldade na vacinação de crianças e adolescentes que não são atingidos pelos serviços de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar vacinação nas escolas e nos grupos de serviço de convivência e fortalecimento de vínculo 	Pessoas de (10 a 15 anos)	<ul style="list-style-type: none"> • A cada 06 meses 	Técnicos de enfermagem, diretores e coordenadores (UBS, CRAS).
Qualificação profissional para os agentes que acompanham cotidianamente as famílias.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação 	Agentes de CS	<ul style="list-style-type: none"> • Trimestral 	Médico Enfermeiro
Desinformação sobre a prevenção de DTS e diagnóstico precoce	<ul style="list-style-type: none"> • Roda de conversa • Promoção de saúde através dos meios de comunicação Rádio 	Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Mensal • Quinzenal 	Médico Enfermeiro
Fragilidade na Articulação Intersetorial na atenção da gestante	<ul style="list-style-type: none"> • Conferência Inter setorial • Criação de comitê que direcione as demandas 	Profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Trimestral • Anualmente 	Secretários
Controle epidemiológico	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões com elaboração e publicização para as equipes de saúde sobre os indicadores epidemiológicos que precisam ser melhorados • Capacitação da equipe de controle epidemiológico • Contratação de mais profissionais • Compra de mais computadores 	Equipe de epidemiologia	<ul style="list-style-type: none"> • Mensal • Trimestral • Anual (pontualmente) • Anual (pontualmente) 	Secretaria de Saúde

RECURSOS NECESSÁRIOS

Nós críticos	Ação	Recursos Humanos	Recursos Financeiros
Demora na realização dos exames e chegada dos resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar a quantidade de exames realizados pelo SUS • Priorizar a realização dos exames das gestantes público BF (VDRL) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ampliação da equipe técnica 	Recurso para o pagamento dos exames
Dificuldade na vacinação de crianças e adolescentes que não são atingidos pelos serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar vacinação nas escolas e nos grupos de serviço de convivência e fortalecimento de vínculo 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Técnico de enfermagem ❖ Enfermeiro 	Álcool Algodão Caneta Luvas Papel A4 Transporte para locomoção da equipe Vacinas
Qualificação profissional para os agentes que acompanham cotidianamente as famílias	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Enfermeiro ❖ Medico 	Caneta Data Show Notebook Papel A4
Desinformação sobre a prevenção de DTS e diagnóstico precoce	<ul style="list-style-type: none"> • Roda de conversa • Promoção de saúde através dos meios de comunicação Radio 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Enfermeiro ❖ Medico 	Caneta Data Show Notebook Papel A4 Transporte para locomoção
Fragilidade na Articulação Intersetorial na atenção da gestante	<ul style="list-style-type: none"> • Conferencia Intersetorial • Criação de comitê que direcione as demandas 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Secretário de saúde equipe de gestão ❖ Conferencista 	Banner Blusas Caneta Coffebreak Data Show Notebook

			Papel A4 Pastas Pendrives Transporte para locomoção
Controle epidemiológico	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões com elaboração e publicização para as equipes de saúde sobre os indicadores epidemiológicos que precisam ser melhorados • Capacitação da equipe de controle epidemiológico • Contratação de mais profissionais • Compra de mais computadores 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Equipe de controle epidemiológico ❖ Secretário de saúde 	Caneta Computadores Data Show Notebook Papel A4 Transporte para locomoção

RESULTADOS ESPERADOS

Neste estudo interventivo analisamos a prevalência de 20% das infecções sexualmente transmissíveis entre as 135 gestantes acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde no município de Monsenhor Tabosa-CE e desenvolvemos estratégias de promoção e prevenção em saúde a fim de reduzir esse índice que é extremamente expressivo se considerarmos as subnotificações nos casos dos pré-natais realizados na rede privada e ou aquelas que não realizam.

Esse estudo foi construído à luz dos conhecimentos científicos e de teóricos que discutem Atenção Básica em Saúde, incluindo os cadernos de áreas temáticas e a Revista Saúde da Família, documentos que também estabelecem as normas e diretrizes para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde bem como também refletimos com autores que são referência na discussão sobre saúde no Brasil. O confronto dessas informações com os dados da realidade nos renderam os resultados que serão expostos a seguir.

Observamos também que 60% das gestantes acompanhadas na Unidade Básica de Saúde Josefa Costa Cavalcante os realizam os exames de prevenção no período gestacional o que revela que o conceito de direitos sexuais e reprodutivos ainda relacionam apenas ao caráter reprodutivo, o que revela os resquícios do conceito materno-infantil, dando evidência apenas ao período da concepção e a preocupação maior com os cuidados do bebê e não da mãe. Ainda temos que trabalhar essa concepção dentro da comunidade. Sobre as ações propostas elas visam à redução de infecções sexualmente transmissíveis, especialmente entre as gestantes, visto como já apresentamos o índice de IST no município e latente.

Destas ainda 62.5% tem entre 15 e 19 as adolescentes iniciam vida sexual cada precocemente expondo-se as situações de risco, que geralmente resultam na gestação não desejada e/ou infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Pode-se observar ainda, que esse recorte etário tem fortes vivências de desorganização familiar, o que é marcante nos bairros que as mesmas residem. Com vistas no cenário exposto faz-se necessário e urgente a elaboração de estratégias iniciem por esses território de alta vulnerabilidade e que as demais políticas se atentem para essa demanda, porque só a política de saúde não tem como dar respostas a todo esse complexo universo.

Percebemos ainda durante o estudo, que as ações de promoção e prevenção sobre IST ainda se dá de forma pontual e isolada das demais políticas que tem potencial público para o desenvolvimento de ações. Com vistas nisso todas as estratégias pensadas, foram elaboradas pensando no menor custo possível de recursos visto que o projeto interventivo só será efetivamente bom se tiver a possibilidade de ser executado dentro do território analisado. Por último, esperamos que esse estudo contribua nas implantações de ações que venham reduzir a incidência das infecções sexualmente transmissíveis entre as gestantes acompanhadas pela Unidade Básica de Saúde da Família no Monsenhor Tabosa-CE.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, F. et al. **História da sociedade brasileira**. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico S.A, 1985.
- ALVES, Vânia Sampaio. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família**: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial, Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005
- Amaral, E. Syphilis During **Pregnancy and Fetal Death**: Back to the Future. Rev Bras Ginecol Obstet, 2012.
- BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais**. Rev. Esc. Enf. USP, v.30, n.3, p.380-98. 1996.
- BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado **Federal**: Centro Gráfico, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 77, de 12 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. Cortez, 1996.
- BUSS, P. M. **Saúde e desigualdade**: o caso do Brasil. In: BUSS, P.M.: LABRA, M.E. (org.). Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças. São Paulo, Hucitec/Fiocruz, 1995.
- BYDŁOWSKI, Cynthia Rachid et al. **Promoção da Saúde**. Porque sim e porque ainda não. Revista Saúde e Sociedade. v.13, n.1, p.14-24, 2004.

CRUZ, Marly Marques. **Avaliação de programas de prevenção de DST/AIDS para jovens:** estudo de caso numa organização governamental e numa organização não-governamental do município do Rio de Janeiro. 2006.

Donders, GGG. **Management of Genital Infections in Pregnant Women,** Current Opinion in Infectious Diseases 2006.

ESCOREL, Sarah et al. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária.** In: Políticas e sistema de saúde no Brasil. Fiocruz, 2012.

GIOVANELLA, Lígia et al. **Atenção primária à saúde.** In: Políticas e sistema de saúde no Brasil. Editora Fiocruz, 2014. p. 493-545.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. **Novas Formas de Gestão na Saúde: descentralização e Intersetorialidade.** Saúde e Sociedade. v.6, n.2, p. 31-46, 1997.

LIMA, N. T. **O Brasil e a Organização Pan-americana de Saúde: uma história em três dimensões.** In: FINKELMAN, J. (Org.). Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Opas/ Fiocruz, 2002.

Martins TA, Bello PY, Pontes LRSK, Costa LV, Miralles IS, Queiroz TRBS. **As doenças sexualmente transmissíveis são problemas entre gestantes no Ceará? DST** J Bras Doenças Sex Transm. 2004.

MATUS, C. **Teoría de la producción y el juego social.** Isla Negra: Altadir, 1998.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Sistema Único de Saúde-SUS. In: **Políticas e Sistemas de saúde no Brasil.** p. 435-472. 2008.

Pereira, SMM, D Etlinger, LS Aguiar, SV Peres, and AL Filho. **Simultaneous Chlamydia Trachomatis and HPV Infection in Pregnant Wome,** 2009.

Queiroz, C, AG Travassos, E Studart, JB Araújo Filho, CK Sarno, and CC Pinheiro. **Prevalence of Human Papilloma Virus in HIV:positive and HIV-negative Patients in the State of Bahia: a Pilot Study.**” Brazilian Journal of Infections Diseases, 2004.

ROCHA, J. S. Y. **O movimento da reforma sanitária no Brasil.** Previdência Dados. v.3, n.2, p.5-11, 1988.

SARRETA, Fernanda de Oliveira; BERTANI, Iris Fenner. **A Construção do SUS e a Participação do Assistente Social** Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 11, Jul. 2011.

TEIXEIRA, S.M.F. **Política de saúde na transição conservadora.** Rev. Saúde Debate. n.26, p.42-43, 1989.

TRAVASSOS, Ana Gabriela Álvares. **Prevalência de infecções sexualmente transmissíveis em gestantes infectadas pelo HIV acompanhadas em Centro de Referência em Salvador.** Bahia. 2012.