

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
(CEGCSF)**

**ERICK CASANOVA GUILARTE**

**CAPACITAÇÃO SOBRE PRÁTICAS SEXUAIS RESPONSÁVEIS  
PARA ADOLESCENTES DE RIO LIBERDADE**

**ACRE  
2018**

**ERICK CASANOVA GUILARTE**

**CAPACITAÇÃO SOBRE PRÁTICAS SEXUAIS RESPONSÁVEIS  
PARA ADOLESCENTES DE RIO LIBERDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Gestão do cuidado em saúde da família (CEGESF), Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor (a): Profa Dra Selme Silqueira de Matos

**Acre**

**2018**

**ERICK CASANOVA GUILARTE**

**CAPACITAÇÃO SOBRE PRÁTICAS SEXUAIS RESPONSÁVEIS PARA  
ADOLESCENTES DE RIO LIBERDADE**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa Dra Selme Silqueira de Matos

Examinador 2 Profa: Dra Grace Kelly Naves de Aquino Favarato/ Universidade  
Federal do Triângulo Mineiro

Aprovado em Belo Horizonte, em 24 de Outubro 2018.

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais Antonio e Orquídea Maria, pelo apoio permanente.  
Aos meus avós Pedro e Orquídea, fontes de exemplo em todos os momentos.

## **AGRADEÇO**

As minhas orientadoras profas Selme Silqueira de Matos e Grace Kelly Naves de Aquino, pela dedicação e paciência.

.

## RESUMO

A sexualidade constitui um desafio para os que buscam melhoria na qualidade de vida sexual e reprodutiva nas famílias. Muitas das doenças sexualmente transmissíveis (DST) na atualidade têm um comportamento pandêmico e afetam a todas as idades da vida. Através da Estratégia de Saúde da Família, foi observado um aumento no número de morbidades e complicações de adolescentes com doenças sexualmente transmissíveis, na nossa área de abrangência. Mediante esse cenário o objetivo é capacitar sobre práticas sexuais responsáveis aos adolescentes de Rio Liberdade. O projeto seguiu os passos do Planejamento Estratégico Situacional (PSE), além de pesquisa de textos sobre sexualidade responsável e doenças sexualmente transmissíveis, os dados dos cadastros das famílias e outros documentos públicos. A equipe de saúde da família de Rio Liberdade determinou o problema prioritário de saúde assim como os seguintes nós críticos: Práticas sexuais irresponsáveis em adolescentes; Informação inadequada sobre práticas sexuais responsáveis; deficiente estrutura dos serviços de saúde para afrontar o problema das DST; Equipes de saúde da família com protocolos de acompanhamento incompletos para pacientes portadores de Doenças sexualmente transmissíveis. Após a efetivação das ações, conclui-se que com a implantação das atividades do plano de ação os adolescentes possam melhorar seus conhecimentos sobre práticas sexuais responsáveis e evitar adquirir doenças sexualmente transmissíveis.

Descritores: Risco / Doenças sexualmente transmissíveis (DST) / Síndrome de imunodeficiência humana (AIDS).

## **ABSTRACT**

Sexuality is a challenge for those who seek improvement in the quality of sexual and reproductive life in families. Many sexually transmitted diseases (STD) currently have a pandemic behavior and affect all ages of life. Through The Family Health Strategy was observe an increase of the number of morbidities and complications in adolescents with sexually transmitted diseases in our coverage area. Through this scenery our objective is training the adolescents of Rio Liberdade about responsible sexual practices. The project followed the footsteps of the Situational Strategic Planning (SEP), in addition to research of texts of responsible sexual practices and sexually transmitted diseases, family records data and others public documents. The family health team as a whole determined the priority health problem as well as the following critical nodes: Irresponsible sexual practices in adolescents; Inappropriate information about responsible sexual practices; Poor health services structure to address the STD problem; Family health teams with incomplete follow-up protocols for patients with STDs. After the effectuation of the actions, can be summarized that with the implantation of the activities of the action plane the adolescents can improve their knowledge's about sexually transmitted diseases and avoid acquired sexually transmitted diseases.

Risk factors / Sexually transmitted diseases (STDs) / Human immunodeficiency syndrome (AIDS)

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|              |   |
|--------------|---|
| <b>AIDS</b>  | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida                    |
| <b>DST</b>   | Doença Sexualmente Transmissível                          |
| <b>HIV</b>   | Vírus da Imunodeficiência Humana                          |
| <b>PSDB</b>  | Partido da Social Democracia Brasileira                   |
| <b>PTB</b>   | Partido Trabalhista Brasileiro                            |
| <b>SAMU</b>  | Sistema de Atendimento Móvel de Urgência                  |
| <b>SIOPS</b> | Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde |



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de Rio Liberdade, Unidade Básica de Saúde Adalto José Batista, município de Cruzeiro do Sul, Estado do Acre. 17
- Quadro 2** – Operações sobre Práticas sexuais irresponsáveis em adolescentes, da Equipe de Saúde da Família Rio Liberdade, do município Cruzeiro do Sul, estado de Acre. 30
- Quadro 3** - Operações sobre informação inadequada sobre práticas sexuais responsáveis, em adolescentes, da Equipe de Saúde da Família Rio Liberdade, do município Cruzeiro do Sul, estado de Acre. 31
- Quadro 4** – Operações sobre a deficiente estrutura dos serviços de saúde para afrontar o problema das DST, em adolescentes, da Equipe de Saúde da Família Rio Liberdade, do município Cruzeiro do Sul, estado de Acre. 32
- Quadro 5** – Operações sobre a Equipes de saúde da família com protocolos de acompanhamento incompletos para pacientes portadores de DST, em adolescentes, da Equipe de Saúde da Família Rio Liberdade, do município Cruzeiro do Sul, estado de Acre. 33

## SUMÁRIO

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 1   | INTRODUÇÃO .....  | 11 |
| 1.1 | Breves informações sobre o município Cruzeiro Do Sul.....                           | 11 |
| 1.2 | O sistema municipal de saúde .....  | 12 |
| 1.3 | Equipe de Saúde da Família Adalto Jose Batista, seu território e sua população..... | 14 |
| 1.4 | Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....            | 16 |
| 1.5 | Priorização dos problema .....  | 17 |
| 2   | JUSTIFICATIVA .....   | 19 |
| 3   | OBJETIVOS .....   | 21 |
| 3.1 | Objetivo Geral.....   | 21 |
| 3.2 | Objetivos específicos.....  | 21 |
| 4   | METODOLOGIA .....   | 22 |
| 5   | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....   | 23 |
| 6   | PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....  | 28 |
| 6.1 | Descrição do problema selecionado.....  | 28 |
| 6.2 | Explicação do problema selecionado.....   | 28 |
| 6.3 | Seleção dos nós críticos.....   | 29 |
| 6.4 | Desenho das operações.....  | 29 |
| 7   | CONSIDERAÇÕES FINAIS .....  | 34 |
|     | REFERÊNCIAS.....  | 35 |

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Breves informações sobre o município Cruzeiro do Sul:

Cruzeiro do Sul é uma cidade localizada no oeste do estado do Acre, mesorregião do Valle Juruá, região norte do Brasil. De acordo com os dados coletados na Prefeitura Municipal de Cruzeiro do Sul o município hoje é a segunda cidade mais importante de Acre, distante 710 km da capital do estado. A cidade foi fundada no 1904, tem uma superfície de 7924.943km<sup>2</sup>, com uma altitude de 182 metros sobre o nível do mar, clima equatorial, e um total de população de 82 622 habitantes para uma densidade populacional de 10.43 hab./ km<sup>2</sup>.

Os limites do município são: ao norte com o estado de Amazonas, ao Sul com o município Porto Valter, ao este com o município Tarauacá e ao oeste com os municípios Mâncio Lima, Rodrigues Alves e com Peru. Nos últimos anos a cidade teve um crescimento populacional, acompanhado do um crescimento econômico devido à construção da ponte acima do Rio Juruá no 2011, a qual conecta a cidade com a BR-364, o que facilita a transportação de mercancias para o comercio desde a capital do estado e as cidades vizinhas durante o ano.

A cidade vive basicamente da produção da farinha, e o gado local. A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos o PTB e o PSDB. Os eventos culturais mais importantes da região são a Festa Junina, o Novenário da Nossa Senhora e o Festival da farinha. O sistema de saúde local está distribuído em diferentes postos de saúde que oferecem atendimentos na cidade e na área rural, coordenados pela Secretaria Municipal de Saúde.

## **1.2 O sistema municipal de saúde**

### **FINANCIAMENTO DA SAÚDE**

- Transferências: Participação das transferências para saúde em relação a despesa total do município com saúde foi de 71,27%.
- Recursos próprios: De acordo com SIOPS como recurso próprio o município investiu 19.98%, isso conforme a Lei complementar 141/2012.
- Gasto per capita/ano: O gasto per capita/ano foi de 382,39 reais.

Fonte: SIOPS, 2017

### **REDE DE SERVIÇOS**

- ATENÇÃO PRIMARIA:

A atenção primária é oferecida a traves das Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas por todo o município, nas diferentes localidades, as quais tem um ou mais Equipe Básico de Saúde (EBS), para a atenção a população.

- ATENÇÃO ESPECIALIZADA:

A atenção especializada se encontra fundamentalmente centrada nos especialistas do Hospital de Juruá, Maternidade, Hospital dermatológico, clinica das doenças renais, assim como em clinicas privadas das diferentes especialidades.

- ATENÇÃO DE URGENCIA E EMERGENCIA:

A atenção de urgência e brindada no Hospital do Pronto Socorro, Hospital de Juruá, Maternidade, Hospital rural de Santa Luzia, mais qualquer ponto de saúde tem o dever de brindar os primeiros auxílios ante o arribo de uma emergência até o traslado do paciente para os Hospitais.

- ATENÇÃO HOSPITALAR:

A atenção hospitalar é oferecida nos hospitais de Juruá, a Maternidade e o Hospital dermatológico

- APOIO DIAGNÓSTICO:

Para a realização dos exames de apoio diagnóstico contamos com o Centro diagnóstico, assim como uma rede de laboratórios privados.

- ASSISTENCIA FARMACEUTICA:

A distribuição dos medicamentos é realizada na Central única de medicamentos, localizada no centro da cidade e na rede de farmácias localizadas nos pontos de saúde, as quais são abastecidas pela farmácia central, assim como nas redes de farmácias privadas.

- VIGILANCIA DA SAÚDE:

A vigilância de saúde é regida pela Central de endemias e Secretaria de Saúde, mais todo o pessoal que oferece assistência de saúde tem o dever de formar parte ativa da vigilância e notificação adequada das doenças.

- RELACAO DOS PONTOS DE ATENCAO:

A relação dos pontos de atenção flui desde a UBS como porta de entrada ao sistema de saúde, desde a UBS se encaminham os pacientes em caso necessário para o resto dos pontos de atenção tanto hospitalar como das especialidades. A transportação dos casos de emergência é realizada pelo SAMU. As emergências maiores geralmente não passam pelas UBS, sem não que são transportadas diretamente para os pontos de atenção de emergência pelo SAMU.

- RELACAO COM OUTROS MUNICIPIOS:

Dadas as más condições estruturais das ruas de comunicação com os municípios vizinhos, e a dificuldade da transportação a comunicação com outros municípios é quase nula. O mais frequente em tratamentos fora do município é o encaminhamento para Rio Branco de determinados pacientes que precisem de uma atenção especializada inexistente no município ou da realização de exames que não são feitos aqui.

- CONSÓRCIO DE SAÚDE: Não existe no município.

- MODELO DE ATENCAO: Atenção básica de saúde e E-SUS

### **1.3 A Equipe de Saúde da Família Adalto Jose Batista, seu território e sua população**

#### **ASPECTOS GERAIS**

Rio Liberdade é uma comunidade de cerca de 1443 habitantes, localizada na periferia de Cruzeiro do Sul, que se formou, principalmente, a partir dos assentamentos rurais perto das margens do rio Liberdade. Hoje, a população empregada vive basicamente da produção da farinha e os cultivos de bananas, melancias e macaxeira. A estrutura de saneamento básico na comunidade é inadequada no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo.

A maior parte da comunidade vive em moradias bastante precárias, de madeira e em zonas de difícil acesso. O analfabetismo é elevado nos maiores de 40 anos. Nas últimas administrações, a comunidade não tem recebido nenhum investimento público importante. Existem poucas iniciativas de trabalho na comunidade. A população tem hábitos e costumes próprios da população rural brasileira com uma arraigada cultura religiosa. A vila conta com uma Equipes de Saúde da Família.

#### **UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA: Adalto José Batista**

A Unidade Básica de Saúde Adalto José Batista foi inaugurada há cerca de 4 anos e está situada BR-364. É uma UBS construída pelo governo para oferecer assistência de saúde na comunidade. Sua área e instalações são ótimas para brindar serviço de saúde.

A área destinada à recepção é bem ampla com espaço para cadeiras de espera sendo uma área destinada para o primer acolhimento aos pacientes. A unidade tem uma sala de reuniões acondicionada com um computador, cadeiras e ar condicionado para fazer as reuniões da equipe e oferecer palestras.

A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho em equipe, ou seja, mesa ginecológica, glicômetro, esfignômetro, estetoscópio, nebulizador, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias e curativos.

## **EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA**

A população tem muito apreço pela equipe de saúde a qual está composta por agentes comunitários de saúde, técnica de enfermagem, médico cubano do programa Mais Médicos, enfermeiro, coordenador da UBS, recepcionista e servente, os quais trabalham ativamente nas atividades de promoção e prevenção em saúde.

## **FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE**

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 h às 11:30 h e das 13:30 às 18:00 horas. Por se tratar de uma área rural de difícil acesso o atendimento médico e de enfermagem é só oferecido no período da manhã. No período da tarde se realiza o agendamento das consultas e exames complementares.

Das 7:00 h às 8:00h se realiza o acolhimento e a triagem dos pacientes agendados. Nas quartas feiras no período das 8:00 as 9:00 h se oferecem palestras educativas de temas diversos. Depois a técnica de enfermagem coloca as vacinas y o médico e a enfermeira iniciam os atendimentos programados. Sempre adequando espaço à demanda espontânea.

Uma vez por semana no período das 11:00 às 11:30 h a equipe se reúne para avaliar a qualidade do trabalho. Nas quintas feiras se oferece atendimento em visita domiciliar para acompanhamento de doenças crônicas principalmente.

## **O TRABALHO DA EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA:**

A equipe de saúde oferece diariamente no horário da manhã atendimento de saúde aos casos agendados e da demanda espontânea assim como atendimentos pré-natais, puericultura, vacinação, exames de Papanicolau, teste de pezinho, rastreamento de câncer de mama e próstata, pesquisa de casos sintomáticos respiratórios de mais de 21 dias, seguimento de casos em visita domiciliar. Nestes momentos se desenvolve na UBS um projeto para abandonar o habito de fumar, o qual e levado a cabo a traves de um grupo operativo composto por fumantes, o mesmo oferece tanto apoio emocional como disponibiliza a medicação de apoio para diminuir a vontade de fumar.

#### **1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.**

- Pouca disponibilidade de especialidades clínicas e cirúrgicas no setor público.
- Insuficiente quantidade de baixas por dia para a realização de exames laboratoriais, ultrassons, Rx, Endoscopia, etc.
- A comunidade de Liberdade apresenta dificuldades para acessar à atenção Hospitalar pela distância e a dificuldade da transportação.
- Medicamentos insuficientes na farmácia da UBS.
- A UBS não oferece atenção odontológica.
- Abastecimento de água insuficiente.
- Alto índice de doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes.
- Alto índice de doenças infecciosas gastrointestinais.
- Alto índice de malária.



### 1.5 Priorização dos problemas.

| <b>Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade de Rio Liberdade, Unidade Básica de Saúde Adalto José Batista, município de Cruzeiro do Sul, Estado do Acre.</b> |                    |                 |                                    |                             |
|--|--------------------|-----------------|------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Problemas</b>   | <b>Importância</b> | <b>Urgência</b> | <b>Capacidade de enfrentamento</b> | <b>Seleção/ Priorização</b> |
| Pouca disponibilidade de especialidades clínicas e cirúrgicas no setor público.  | Alta               | 3               | Fora                               | 6                           |
| Insuficiente quantidade de baixas por dia para a realização de exames laboratoriais, ultrassons, Rx, Endoscopia, etc.  | Media              | 1               | Fora                               | 8                           |
| A comunidade de Liberdade apresenta dificuldades para acessar à atenção Hospitalar pela distância e a dificuldade da transportação.  | Media              | 2               | Fora                               | 7                           |
| Medicamentos insuficientes na farmácia da UBS.   | Alto               | 4               | Media                              | 3                           |
| A UBS não oferece atenção odontológica   | Media              | 4               | Fora                               | 5                           |
| Abasto de água insuficiente.   | Alto               | 5               | Fora                               | 4                           |
| Alto índice de doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes.   | Alto               | 6               | Parcial                            | 1                           |
| Alto índice de doenças infecciosas gastrointestinais.  | Alto               | 5               | Parcial                            | 2                           |

Fonte: Elaborado pelo autor.

No quadro anterior foram priorizados os problemas de saúde detectados pela equipe de saúde da família de Rio Liberdade. A importância de cada problema foi qualificada como média, alta ou baixa. A urgência se qualifica em uma escala de 30 pontos divididos entre os problemas identificados. A capacidade de enfrentamento se qualifica de parcial, media e fora. Tendo em conta esses critérios se priorizaram os problemas em escala ascendente do 1 ao 8, sendo 1 o mais adequado para resolver primeiro tendo em conta que sua importância é alta, sua urgência é de 6 pontos e a capacidade de enfrentamento é parcial.

## 2 JUSTIFICATIVA

Muitas das doenças sexualmente transmissíveis na atualidade têm um comportamento pandêmico e afetam a todas as idades da vida, mesmo por transmissão direta já seja sexual ou por uso de materiais contaminados, como por transmissão vertical mãe-feto.

Mesmo que a sintomatologia das mesmas é muito variada, de forma geral nos casos de filhos infetados durante a gravidez ou amamentação as complicações são geralmente mais graves.

Brasil não escapa de este problema global. O primeiro caso de AIDS identificado no Brasil foi em 1982. As taxas de infecção subiram exponencialmente ao longo da década de 1980 e, em 1990, o Banco Mundial previu 1.200.000 casos até o ano de 2000, aproximadamente o dobro do número real que mais tarde foi comunicado pelo Ministério da Saúde e pela maioria das organizações internacionais. A experiência brasileira é frequentemente citada como um modelo para outros países em desenvolvimento que enfrentam a epidemia da AIDS, incluindo a controversa política internacional do governo brasileiro, tais como o fornecimento universal de medicamentos antirretrovirais, políticas sociais para grupos de risco e a colaboração com organizações não-governamentais (World Health Organization, 2013).

Desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2012, o Brasil registrou 656.701 casos de AIDS (condição em que a doença já se manifestou), de acordo com o último Boletim Epidemiológico. Em 2011, foram notificados 38.776 casos da doença e a taxa de incidência de no Brasil foi de 20,2 casos por 100 mil habitantes. Por região em um período de 10 anos, de 2001 a 2011, a taxa de incidência caiu no Sudeste de 22,9 para 21,0 casos por 100 mil habitantes. Nas outras regiões, cresceu: 27,1 para 30,9 no Sul; 9,1 para 20,8 no Norte; 14,3 para 17,5 no Centro-Oeste; e 7,5 para 13,9 no Nordeste (World Health Organization, 2013).

No desenvolvimento das consultas foi surpreendente constatar como as idades e aparição das doenças sexualmente transmissíveis estão cada vez menores e a frequência de aparição é cada vez maior.

O incremento das DST ocasiona um problema social importante já que em muitos dos pacientes as sequelas e complicações destas doenças assim como os

sintomas próprios da doença afetam o desenvolvimento dos jovens como seres sociais funcionais ao tempo que ocasionam importantes perdas econômicas pelos altos preços dos tratamentos.

Todas estas razões motivaram a levar a cabo ações que ajudem a diminuir a ocorrência das DST na comunidade.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral:**

- Capacitar os adolescentes de Rio Liberdade sobre práticas sexuais responsáveis.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

- Fomentar práticas sexuais responsáveis nos adolescentes.
- Oferecer informação sobre práticas sexuais irresponsáveis.
- Propor estratégias para melhoria da qualidade dos serviços de saúde
- Propor linhas adequadas de seguimento para pacientes com DST.

#### 4 METODOLOGIA

A determinação do problema de saúde prioritário foi realizada pela equipe de trabalho de Rio Liberdade, de acordo com:

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacaodas\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacaodas_acoes_de_saude_2/3).

Para a revisão bibliográfica foram consultados textos sobre sexualidade responsável e doenças sexualmente transmissíveis assim como dados dos cadastros da família, prontuários clínicos dos pacientes com DST e documentos públicos.

Para a redação do texto foram utilizadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas-ABNT.

Para a definição dos descritores foi feita a busca nos Descritores em Ciências da Saúde-DECS

A seleção dos nós críticos foi feita pela equipe de saúde da família de Rio Liberdade.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As doenças venéreas desde o século XVI constituem um verdadeiro problema de saúde já a começo do século XVII a única maneira de contra restar a enfermidade era a través de das curas de mercúrio em um ambiente quente e seco, o que se denominava “O martírio do mercúrio” (POTENZIANI, 2014).

Entre os agentes causais das DST podem mencionar-se os de etiologia bacteriana como: *Mycoplasma homines*, *Treponema pallidum*, *Gardnerella vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, entre outros. Os de etiologia viral como: Vírus de imunodeficiência humana (VIH) I y II, Vírus do herpes simples 1 y 2, Papiloma viral humano, Vírus da hepatite B, entre outros. Os de etiologia de fungos como: *Cândida albicans*. Os de etiologia protozoária como: *Tricomona* (CABEZAS, 2015).

Os reportes mais antigos sobre *Chlamydia trachomatis* se remitem aos reportes referidos al tracoma ocular em China e em o papiro de Ebers. No século II DC (depois de Cristo), Claudio Galeno a denomina Oftalmia Egípcia. Em 1901 Waelsch descreve a uretrite não microbiana e não é até 1957 que Tang Chang y Wang isolam o agente causal do tracoma; é por isso que em 1965 a *Chlamydia trachomatis* é isolada e estudada (DOWD, 2013).

A sífilis é uma entidade conhecida desde tempos remotos. Em 1905 o zoólogo prussiano Fritz Schaudinn e o médico militar berlinense Erich Hoffmann descobrem que o agente causal da sífilis é o *Treponema pallidum*. Revelaram a causa de uma das mais penosas doenças da história da humanidade (CABEZAS, 2015).

Se planteia que a tricomoníase foi descrita por primeira vez em 1836 por Donné; quem descreveu um protozoário flagelado no fluxo vaginal de mulheres com colporea e chamou isso de Trico-monas vaginal. Ehrenberg em 1938, tirou o script ao nome e o denominou *Tricomona vaginalis* (GUTHRIE, 2013).

Foi Gruby em 1842, quem descreveu o fungo produtor do muguet ou algodãozinho que afetava as crianças. Em 1853 Robin chamou o fungo de *Oidium*

*albicans* e em 1923 Ver Klouu, transferiu a espécie ao género Cândia (LEONARDO, 2016).

O Dr. Albert Neisser isolou em 1879 a causa da gonorreia ao descobrir o gonococo, chamado de *Neisseria gonorrhoeae* no seu honor, depois de mais de 3 500 anos de mencionar-se na história da medicina (POTENZIANI, 2014).

A sexualidade constitui um desafio para os que presiguem melhorara qualidade de vida sexual y reprodutiva nas famílias (RODRIGUEZ, 2016).

Cada cultura e sociedade regula as condutas sexuais de forma diferente através da escola, os grupos de amigos, os médios de comunicação e as portarias. É conhecido que a sexualidade humana depende menos dos mecanismos fisiológicos e mais dos contextos sociais, onde a aprendizagem constitui um aspecto essencial (LÓPEZ, 2017).

A adolescência, é uma etapa crucial, porque nela são produzidas profundas mudanças físicas, psicológicas e sociais. Entre os câmbios físicos, encontra-se o crescimento corporal, o desarrollo sexual e o início da capacidade reprodutiva, que levam ao início das relações sexuais. Entre os câmbios psicológicos, encontra-se a necessidade de independência que traem relações conflitivas com os pães, a busca da sua identidade, as contradições nas manifestações da conduta e as flutuações do estado de ânimo; e nos câmbios sociais, encontra-se a tendência a reuniões com grupos, a seleção da profissão e a necessidade de adestramento e capacitação para o desempenho da profissão que se converterá no seu projeto de vida. É uma etapa na qual estão expostos a fatores e condutas de risco e as atuações repetidas fora de determinados limites, que podem desviar o comprometer seu desarrollo psicossocial normal, com repercussões prejudiciais para a vida atual a futura (LUGONES, 1999).

Se conhece como sexo seguro aqueles comportamentos sexuais nos quais o risco elimina-se o for minimizado, por exemplo caricias, masturbação mutua ou penetração vaginal com camisinha (VORVICK 2014).

Conhece-se como comportamento de risco a prática sexual de risco a toda conduta que leva à exposição a adquirir uma DST, porque supõe contato oral ou genital direto com a pele ou mucosas genitais, sêmen, fluxo vaginal ou sangue (LUGONES, 1999).



O estudo dos comportamentos sexuais de risco para a saúde, apresenta a característica de que pertencem ao âmbito mais íntimo da privacidade do indivíduo, o que dificulta acessar a seu conhecimento e a propiciar sua modificação. Mesmo que muitos adolescentes gostam de falar que “conhecem todo sobre o sexo”, investigações realizadas demonstram que a maioria não tem informação adequada sobre o sexo, condutas de risco e DST ou infecção pelo vírus de imunodeficiência humana (RODRIGUEZ, 2016).

Ter percepção de risco é ser consciente da probabilidade que um tem de adquirir uma DST- HIV/AIDS, em uma situação determinada (RODRIGUEZ, 2016). Muitos fatores favorecem que esta percepção diminua e incluso desapareça, como são: a infra valoração dos riscos pessoais (o seja, tendemos a atribuir-nos menos riscos a nos mesmos que a os outros); a habituação ao risco (ao realizar de forma habitual, comportamentos de risco sem que tenham consequências negativas, estes acabam por no parecer arriscados) e a ilusão da invulnerabilidade, favorecida pela habituação ao risco, supõe acreditar-se a salvo do perigo de maneira infundada (PALACIOS, 2015).

Outro fator que contribui a diminuir ou eliminar a percepção de risco é o tipo de relacionamento: nas relações esporádicas, a percepção de risco geralmente é maior, mais nas relações estáveis diminui ou desaparece, ao sentir-se os membros seguros. Não obstante, existem dois situações do relacionamento estável onde na realidade existe uma falsa segurança: No caso da infidelidade não confessada onde o parceiro que mantém relações com uma terceira pessoa não fala a verdade para a outra por medo às consequências, com o que expõe a seu parceiro ao risco, sim ser aquela consciente; e na monogamia serial que consiste em relações monógamas de exclusividade (com uma sola pessoa), que duram um tempo limitado. Ao concluir uma outra é iniciada, outra relação também monógama e exclusiva e desta forma sucessivamente (serie de parceiros). Isso provoca que os membros da parceria se sentam seguros de não adquirir DST pelo que não acham necessária a proteção, mais na medida que o tempo transcorre os riscos vão somando-se e são levados aos futuros parceiros (CDC, 2016).

Os comportamentos de risco são reforçados em muitas ocasiões pelo próprio parceiro, no grupo de amigos o no contexto sociocultural do indivíduo.

Exemplos de isso são: o parceiro para o que não usar preservativo é um símbolo de amor e confiança, o no grupo de amigos onde se desvaloriza o coito com preservativo (LUGONES, 1999).

Também são variáveis que favorecem os comportamentos de risco a desinformação o a informação errônea. Por exemplo, si não se sabe que existem determinadas infecções (como os condilomas, herpes, etc.), não se sentirá a necessidade de fazer nada para se proteger de elas. Mesmo assim, si se desconhecem os métodos preventivos adequados para as diferentes práticas sexuais, si não se sabe colocar corretamente o preservativo, não se conta com os médios ou as facilidades para obtê-los, o mais provável é que não sejam utilizados (VORVICK, 2014).

Os fatores relacionados com o risco, não são exclusivamente de índole individual, existem fatores de tipo sociocultural e económico que geram situações favorecedoras dos comportamentos de risco y dificultam a intervenção preventiva, como são a exclusão social, a pobreza extrema, a superlotação e o desarraigo, entre outros (CDC, 2016).

Enfim são muitas as variáveis que influem no comportamento sexual humano fazendo dele um processo muito complexo. As dificuldades para falar da sexualidade dificultam a comunicação do desejo e das intenções sexuais, impedindo a planificação y favorecendo a “espontaneidade”, provocando que a conduta sexual “ocorra” como algo no que não se deve interferir (GONÇALVES, 2014).

As DST-HIV/AIDS tem um comportamento epidémico na maior parte dos países, os adolescentes e jovens são a população mais vulnerável para padecê-las e transmiti-las. É calculado que um quarto dos jovens sexualmente ativos no mundo estão afetados por uma DST, sua incidência aumenta nas mulheres e predomina na metade dos casos em pessoas entre 15 y 24 anos (BARAITSER, 2015).

Em 2015, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimava que mais de um milhão de pessoas se infetavam diariamente com uma DST. Perto do 60 % das mesmas infeções ocorrem entre menores de 25 anos, e o 30 % destes tem menos de 20 anos. Entre os 14 e os 19 anos de idade, as DST ocorrem com mais frequência nas garotas que nos rapazes em uma proporção quase de 2:1; isto se

igualdade em ambos sexos ao redor dos 20 anos. É estimado que 340 milhões de novos casos de sífilis, gonorreia, clamídia y de tricomoníase apareceu em todo o mundo em 1999. Atualmente, cada ano aparecem cerca de 400 milhões de novos casos em todo o mundo. O 90 % entre os 15 e os 30 anos, e sobre todo em menores de 25 anos, solteiros e sexualmente ativos, ademais das crianças que nascem infectadas. De estes 400 milhões quase 300 milhões são de sífilis, gonorreia y AIDS (ALEJANDRA,2014).

Países muito populosos como China, Índia e Corêa do Norte promovem políticas de educação sexual acerca da planificação familiar e o controle da natalidade; muitas nações africanas, principalmente aquelas nas que o AIDS é considerado uma epidemia, intentam promover uma educação sexual que permita sua prevenção mediante a utilização de métodos anticonceptivos como o preservativo ou camisinha (WORLD HEALTH ORGANIZATION,2013).

Ninguém sabe com certeza quantas personas estão infectadas pelo HIV/AIDS, sem embargo se conta com algumas cifras estimativas e se considera que desde seu início há pouco mais de 30 anos cerca de 20 milhões de personas não morto, atualmente se considera existem 40 milhões de personas infectadas, solo no ano 2000 apareceram mais de 5 milhões de casos novos. O 70% dos infectados moram em África, o 20% em Ásia, o 8% em América, o 2% em Europa (VARGAS, 2014).

A taxa de mortalidade em Chile por AIDS em 2007 foi de 2.4 por 100 mil habitantes, sem embargo es para as idades entre 10 y 19 anos durante o quinquênio 2002 – 2006 se notificaram 221 casos com una taxa de 7.6 por 100.000 habitantes. Superior ao apresentado durante o quinquênio 1992 –1996 com 89 casos com uma taxa de 3.6 por 100.000. (VARGAS, 2014).

Nos Estados Unidos, com cifras extraordinariamente altas nas taxas de gravidez em adolescentes (levemente inferiores das de Haiti), se debate si a liberdade sexual nos adolescentes é algo positivo ou negativo, e se a informação sobre o uso de métodos anticonceptivos como o preservativo (camisinha), a piladora anticonceptiva, o anel vaginal ou os anticonceptivos de emergência reduzem o incrementam as possibilidades de embarços o DST nos jovens (CDC, 2016).

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

O principal problema identificado foi:

Alto índice de doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes.

### **6.1 Descrição do problema selecionado**

Muitas das doenças sexualmente transmissíveis na atualidade têm um comportamento pandêmico e afetam a todas as idades da vida, mesmo por transmissão direta já seja sexual ou por uso de materiais contaminados, como por transmissão vertical mãe-feto.

Mesmo que a sintomatologia das mesmas é muito variada, de forma geral nos casos de filhos infetados durante a gravidez ou amamentação as complicações são geralmente mais graves.

### **6.2 Explicação do problema selecionado**

*Gênese do problema:*

A gênese do aumento das doenças sexualmente transmissíveis (DST) em adolescentes é o desconhecimento por parte dos adolescentes das práticas sexuais responsáveis devido na maioria dos casos, às más orientações dos pais que não gostam ou não têm o tempo suficiente para falar destes temas com os filhos, sem compreender que os adolescentes precisam de uma adequada guia para se introduzir em uma vida sexual responsável.

*Consequências do problema:*

As consequências das DST são variadas. Mesmo que algumas destas doenças tem cura se são diagnosticadas e tratadas oportunamente, no caso de ocorrer o contrário podem aparecer graves sequelas que vão desde a infertilidade até os graves danos cerebrais como é o caso da Sífilis terciária. No caso das não tão graves mas sem cura até o momento, como o Condiloma e o Herpes, as principais afetações estão relacionadas com os complexos psicológicos resultantes da vergonha de portar sequelas físicas das mesmas o que em alguns pacientes leva a isolamento social e limitação do gozo de uma vida sexual plena. Agora, as mais temidas são aquelas DST, sem cura até o momento e que ocasionam graves

problemas imunológicos, estamos falando de HIV/AIDS, nestes casos as consequências são graves desde o ponto de vista psicológico, fisiológico e social, pois provocam marginalização social, afastamento do grupo de amigos, graves doenças associadas à imunodepressão e a morte.

*O problema é perpetuado porque:*

Os sistemas de saúde não contam com uma estrutura adequada para o seguimento dos adolescentes portadores de DST e as equipes de saúde da família com protocolos de acompanhamento incompletos para pacientes portadores de DST.

### **6.3 Seleção dos nós críticos**

Práticas sexuais irresponsáveis em adolescentes.

Informação inadequada sobre práticas sexuais responsáveis.

Deficiente estrutura dos serviços de saúde para afrontar o problema das DST.

Equipes de saúde da família com protocolos de acompanhamento incompletos para pacientes portadores de DST.

### **6.4 Desenho das operações**

**Quadro 2 – Operações sobre Práticas sexuais irresponsáveis em adolescentes, da Equipe de Saúde da Família Rio Liberdade, do município Cruzeiro do Sul, estado de Acre.**

|  |  |
|--|--|
| <b>Nó crítico 1</b>  | Práticas sexuais irresponsáveis em adolescentes.   |
| <b>Operação</b>  | Modificar práticas sexuais irresponsáveis.   |
| <b>Projeto</b>   | Sexualidade responsável.   |
| <b>Resultados esperados</b>                                | Diminuir em um ano a aparição de novos casos de DST em adolescentes.   |
| <b>Produtos esperados</b>                                  | Dinâmicas familiares e grupos de adolescentes.   |
| <b>Recursos necessários</b>                                | Estrutural: Grupos operativos e visitas domiciliais.<br>Cognitivo: Informação sobre DST e práticas sexuais responsáveis.<br>Financeiro: Para transporte, computador e local para reunião de grupos.<br>Político: Para a mobilização dos adolescentes e suas famílias para participar do projeto. |
| <b>Recursos críticos</b>                                   | Político: Para a mobilização dos adolescentes e suas famílias para participar do projeto.  |
| <b>Controle dos recursos críticos</b>                      | Vereadores e subprefeito   |
| <b>Ações estratégicas</b>                                  | Não é necessário   |
| <b>Prazo</b>   | 1 mês para o início das visitas domiciliais e os grupos operativos.  |
| <b>Responsável pelo acompanhamento das operações</b>       | Enf. Ianes   |
| <b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b> | O monitoramento e avaliação das operações será feito diretamente pelo Dr. Erick Casanova, de não conseguir a coleta de dados no prazo estabelecido o novo prazo será só de 10 dias.  |

**Quadro 3 – Operações sobre informação inadequada sobre práticas sexuais responsáveis, em adolescentes, da Equipe de Saúde da Família Rio Liberdade, do município Cruzeiro do Sul, estado de Acre.**

|  |   |
|--|---|
| <b>Nó crítico 2</b>  | Informação inadequada sobre práticas sexuais responsáveis   |
| <b>Operação</b>  | Aumentar o nível de informação dos adolescentes e a suas famílias sobre DST e práticas  |
| <b>Projeto</b>   | Melhor preparados.  |
| <b>Resultados esperados</b>                                | Grupos de adolescentes e suas famílias com melhores conhecimentos.  |
| <b>Produtos esperados</b>                                  | Avaliar nível de informação.<br>Palestras nas escolas.<br>Escolas de padres.  |
| <b>Recursos necessários</b>                                | Estrutural: Para levar a cabo as capacitações.<br>Cognitivo: Informação sobre DST e práticas sexuais responsáveis.<br>Financeiro: Para locais para realizar as capacitações.<br>Político: Para a utilização das escolas como cenário fundamental para oferecer as capacitações. |
| <b>Recursos críticos</b>                                   | Político: Para a utilização das escolas como cenário fundamental para oferecer as capacitações.   |
| <b>Controle dos recursos críticos</b>                      | Diretores das escolas   |
| <b>Ações estratégicas</b>                                  | Apresentar o projeto.<br>Apoio das escolas.   |
| <b>Prazo</b>   | 2 meses para apresentar o projeto.<br>4 meses para aprovação e liberação dos recursos.  |
| <b>Responsável pelo acompanhamento das operações</b>       | Coordenador<br>Evander  |
| <b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b> | O monitoramento será feito por o enfermeiro lanes, a avaliação vai depender da cooperação das escolas. De não conseguir fazer as capacitações no prazo estabelecido o novo prazo será de 1 mês.   |

**Quadro 4 – Operações sobre a deficiente estrutura dos serviços de saúde para afrontar o problema das DST, em adolescentes, da Equipe de Saúde da Família Rio Liberdade, do município Cruzeiro do Sul, estado de Acre.**

|  |   |
|--|---|
| <b>Nó crítico 3</b>  | Deficiente estrutura dos serviços de saúde para afrontar o problema das DST   |
| <b>Operação</b>  | Melhorar a estrutura dos serviços de saúde para o atendimento dos adolescentes portadores de DST.   |
| <b>Projeto</b>   | Seguimento adequado.  |
| <b>Resultados esperados</b>                                | Garantir os exames previstos para o seguimento das DST, as interconsultas especializadas, e os medicamentos apropriados para o tratamento.  |
| <b>Produtos esperados</b>                                  | Reserva de vagas para exames laboratoriais dos adolescentes portadores de DST,<br><br>Melhorar o estoque de medicamentos para tratamento das DST.<br><br>Melhorar a relação UBS-Hospital para garantir as interconsultas especializadas.            |
| <b>Recursos necessários</b>                                | Estrutural: Para a gestão dos exames, interconsultas e medicamentos.<br><br>Cognitivo: Elaboração adequada<br><br>Financeiro: Para aumentar a oferta de exames, interconsultas e medicamentos.<br><br>Político: Para melhorar a cobertura em saúde. |
| <b>Recursos críticos</b>                                   | Financeiro: Para aumentar a oferta de exames, interconsultas e medicamentos.<br><br>Político: Para melhorar a cobertura em saúde.   |
| <b>Controle dos recursos críticos</b>                      | Prefeito municipal, Secretário municipal de saúde, diretor centro diagnóstico,<br><br>Diretor da farmácia central, diretores dos hospitais.   |
| <b>Ações estratégicas</b>                                  | Apresentar o projeto.<br><br>Estruturação da rede.  |
| <b>Prazo</b>   | 2 meses para apresentar o projeto.<br><br>4 meses para aprovação e liberação dos recursos.  |
| <b>Responsável pelo acompanhamento das operações</b>       | Coordenador da zona rural Joao Kelvin   |
| <b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b> | O monitoramento será feito por o coordenador Evander, a avaliação vai depender do aumento da oferta de exames, interconsultas e medicamentos. De não conseguir esse aumento no prazo estabelecido o novo prazo será de 3 mês.                       |



**Quadro 5 – Operações sobre a Equipes de saúde da família com protocolos de acompanhamento incompletos para pacientes portadores de DST, em adolescentes, da Equipe de Saúde da Família Rio Liberdade, do município Cruzeiro do Sul, estado de Acre.**

|  |  |
|--|--|
| <b>Nó crítico 4</b>  | Equipes de saúde da família com protocolos de acompanhamento incompletos para pacientes portadores de DST.   |
| <b>Operação</b>  | Implantar protocolos adequados para cuidado dos adolescentes portadores de DST.  |
| <b>Projeto</b>   | Bases de cuidado.  |
| <b>Resultados esperados</b>                                | Cobertura do 60% dos adolescentes portadores de DST.   |
| <b>Produtos esperados</b>                                  | Capacitação da equipe de saúde da família para o adequado acompanhamento dos adolescentes portadores de DST.   |
| <b>Recursos necessários</b>                                | Estrutural: Elaborar linha de cuidado e protocolos para a UBS.<br>Cognitivo: Conhecimento de estratégias.<br>Financeiro: Para melhorar a qualidade do serviço oferecido pela equipe de saúde.<br>Político: Para melhorar a cobertura em saúde. |
| <b>Recursos críticos</b>                                   | Financeiro: Para melhorar a qualidade do serviço oferecido pela equipe de saúde.   |
| <b>Controle dos recursos críticos</b>                      | Secretário Municipal de saúde  |
| <b>Ações estratégicas</b>                                  | Estruturação dos serviços da UBS.  |
| <b>Prazo</b>   | Início em 5 meses e finalização em 12 meses.   |
| <b>Responsável pelo acompanhamento das operações</b>       | Coordenador Evander  |
| <b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b> | O monitoramento será feito pelo Dr. Erick, a avaliação vai depender da cobertura lograda para atendimento de adolescentes portadores de DST. De não conseguir melhorar a cobertura no prazo estabelecido o novo prazo será de 6 mês.           |

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Diagnóstico de Saúde nos permitiu conhecer os mais prevalentes problemas de saúde da comunidade de nossa área de abrangência, suas causas e consequências. Permitiu-nos fazer o planejamento das ações de saúde, onde a equipe demonstrou a capacidade de identificar, descrever e explicar os principais problemas de saúde em nosso território, tendo em conta seu histórico de construção.

Com este projeto esperamos contribuir para redução de novos casos de DST na nossa população e dessa forma melhorar a qualidade de vida sexual e reprodutiva das novas gerações de jovens.

Recomendamos estender este estudo para outras comunidades do município es estado.

## REFERENCIAS

ALEJANDRA, S.B. De la fenomenología del cuerpo a la utopía de la libertad. **Revista Nomadías**, n. 19, p.16-24, 2014.

BARAITSER, P. *et al.* Community attitudes to the sexual behaviour of young people in an urban area with high rates of sexual ill-health. **J Fam Plan Reprod Health Care**, Chichester, v. 45, n. 12, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**. Brasília, 2016. Disponível em:< <http://decs.bvs.br/P/decsweb2015.htm>>. Acesso em: 20 out. 2017.

CABEZAS, C. *et al.* **Manual de procedimientos en ginecología**. 4. ed. La Habana, 2015.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacaodas\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacaodas_acoes_de_saude_2/3)

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Clinical prevention guidance**. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2016.

DOWD, M. J. **Historia de la ginecología y la obstetricia**. 7. ed. Barcelona, 2013.

GONÇALVES, S. Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. **Revista Electrónica Psicología**. 2014. Disponível em: <<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP041a5/RIP04117.pdf>> Acesso em: 18 out. 2017.

GUTHRIE, D. **Historia de la medicina**. 5. ed. Barcelona, 2013.

LEONARDO, R.A. **Historia de la ginecología**. 4. ed. Barcelona, 2016.

LÓPEZ, S.F. Embarazo y adolescencia. **Sexologia y Sociedad**., Cuba, v. 12, n. 26, p. 16-19, 2017.

LUGONES, M.; PRADO, J. Reproducción en la adolescencia. In: **Congreso Cubano de Ginecoobstetricia Infanto / Juvenil Y Salud Reproductiva Del Adolescente**, 1, 1999. Palacio de Convenciones de La Habana, may. 1999.

PALACIOS, D.; BRAVO, F.; ANDRADE, P. Consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo en adolescentes. **Psychol International**, Washington, v. 27, n.9, 2015.

POTENZIANI, J.C. **Historia de urología**. 5. ed. Venezuela: Moore de Venezuela, 2014.

RODRIGUEZ, A. Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes: **Revista Cubana de Salud Pública**, Habana, n. 46, 2016. Disponível em:  
<[http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_1\\_06/spu08106.htm#asterisco](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_1_06/spu08106.htm#asterisco)>  
Acesso em: 12 out. 2017.

VARGAS, R. Enfermedades de transmisión sexual y adolescencia. **Revista Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecologia**. v.24, n.12, p. 23-26, 2014.

VORVICK, L. **Comportamiento sexual seguro**: información general. Tese (Doutorado). University of Maryland Medical Center, 2014. Disponível em:  
<[http://www.umm.edu/esp\\_ency/article/001949.htm](http://www.umm.edu/esp_ency/article/001949.htm)>. Acesso em: 15 out. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Social determinants of sexual and reproductive health**: informing future research and programme implementation. Geneva, 2013.