

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Sífilis: proposta de abordagem na atenção básica.

Aluno: Uvismel Arredondo Amador.

Orientador: Profª Drª Ana Lucia Moraes Horta.

São Paulo

2014

SUMARIO.

1. Introdução	
1.1. Identificação e apresentação do problema	2
1.2. Justificativa da intervenção	4
2 Objetivos	
2.1. Objetivo geral	4
2.2. Objetivos específicos	4
3. Revisão Bibliográfica	4
4. Metodologia	
4.1. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção	7
4.2. Contexto da intervenção	7
4.3. Estratégias e ações	7
4.4. Avaliação e monitoramento	8
5. Resultados Esperados	9
6. Cronograma	9
7. Referências	10
8. Anexo.....	12

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação e apresentação do problema.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis estão entre os problemas de saúde mais comuns em todo o mundo. Uma dessas doenças é a sífilis, doença curável que tem alta incidência em nosso meio trazendo frequentemente graves consequências para a população e também pela sua interação com o HIV. Isso acontece apesar de existência de tecnologia apropriada para seu controle e a possibilidade de êxito com o desenvolvimento de um programa específico para seu controle.

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias, sujeita a períodos de latência.¹

É uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Podem se manifestar em três estágios; os maiores sintomas ocorrem nas duas primeiras fases, período em que a doença é mais contagiosa. O terceiro estágio pode não apresentar sintoma e, por isso, dá a falsa impressão de cura da doença.²

A sífilis pode ser transmitida de uma pessoa para outra durante o sexo sem camisinha com alguém infectado, por transfusão de sangue contaminado ou da mãe infectada para o bebê durante a gestação ou o parto. O uso da camisinha em todas as relações sexuais e o correto acompanhamento durante a gravidez são meios simples, confiáveis e baratos de prevenir-se contra a sífilis.²

Segundo os dados e indicadores para a Saúde do Boletim CEInfo da Cidade de São Paulo. Ano XI, nº 11, Junho/2012. O número de casos de sífilis congênita no município de São Paulo foi de 659, o maior número na região norte com 173 casos e em Pirituba/Perus o segundo maior número de região com 40 casos, onde está situada nossa UBS City Jaraguá¹². No ano seguinte 2012, o mesmo Boletim CEInfo Ano XII, nº 12, Junho/2013, o número de casos de sífilis congênita no município aumentou para 771 e na região norte para 268 casos.¹³

Na área de abrangência de nossa equipe tem alta incidência de casos de sífilis, gestantes com sorologias reativas, parceiros sexuais que não fazem tratamento, gestantes que não tem a primeira sorologia solicitada na captação, nem a segunda sorologia não além das 28 semanas e tratamento demorado o inadequado. Um motivo frequente de consulta é uma sorologia reativa ou preocupação por suspeita de contrair uma DST. Acredita-se que há uma subnotificação de estas doenças, incluso de sífilis.

1.2 Justificativa da intervenção.

Com esse projeto tentamos eliminar a sífilis congênita e suas complicações de nossa área, diminuir a incidência de sífilis na gestante realizando pré-natal adequado com tratamento supervisionado e imediato das sorologias reativas com pesquisa epidemiológica e tratamento de todos seus contatos e na população em geral, garantir que todos os casos de sífilis diagnosticados sejam classificados e tratados segundo os parâmetros estabelecidos. Além disso, realizar o diagnóstico definitivo dos pacientes com sorologia reativas sem uma conclusão diagnóstica e realizar ações de informação, comunicação e educação para promover práticas sexuais saudáveis na população geral, enfatizando na população de alto risco. Trabalhar na abordagem comunitária do problema com ações de promoção e prevenção nas escolas igrejas, associações de moradores e procurar pessoas voluntarias para promover maior conhecimento da doença na comunidade.

2. Objetivos.

2.1 Geral.

Interromper a cadeia de transmissão de sífilis.

2.2 Específicos.

Realizar vigilância epidemiológica a grupos de população com conduta social e sexual de alto risco para contrair sífilis.

Lograr ótima qualidade no diagnóstico clínico e de laboratório na área de abrangência.

Tratar de forma controlada e imediata todos os doentes e seus contatos detectados.

Realizar entrevista epidemiológica a todos os casos de sífilis recente, às gestantes com sorologia reativas.

Eliminar a sífilis congênita.

Classificar adequadamente os casos de sífilis.

Trenar pessoas na comunidade para fazer labores de promoção da doença.

Definir conduta com os pacientes com sorologia reativas sem conclusão diagnóstica.

3 Revisão bibliográfica.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis estão entre os problemas de saúde mais comuns em todo o mundo. Uma dessas doenças é a sífilis, doença curável que tem alta incidência em nosso meio trazendo frequentemente graves consequências para a população e também pela sua interação com o HIV. Isso acontece apesar de existência de tecnologia apropriada para seu controle e a possibilidade de êxito com o desenvolvimento de um programa específico para seu controle.

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, com manifestações cutâneas temporárias, sujeita a períodos de latência.³

É uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Podem se manifestar em três estágios; os maiores sintomas ocorrem nas duas primeiras fases, período em que a doença é mais contagiosa. O terceiro

estágio pode não apresentar sintoma e, por isso, dá a falsa impressão de cura da doença.⁹

A sífilis pode ser transmitida de uma pessoa para outra durante o sexo sem camisinha com alguém infectado, por transfusão de sangue contaminado ou da mãe infectada para o bebê durante a gestação ou o parto. O uso da camisinha em todas as relações sexuais e o correto acompanhamento durante a gravidez são meios simples, confiáveis e baratos de prevenir-se contra a sífilis.⁹

Os primeiros sintomas da doença são pequenas feridas nos órgãos sexuais e caroços nas virilhas (ínguas), que surgem entre a 7 e 20 dias após o sexo desprotegido com alguém infectado. A ferida e as ínguas não doem, não coçam, não ardem e não apresentam pus. Mesmo sem tratamento, essas feridas podem desaparecer sem deixar cicatriz. Mas a pessoa continua doente e a doença se desenvolve. Ao alcançar um certo estágio, podem surgir manchas em várias partes do corpo (inclusive mãos e pés) e queda dos cabelos.⁹

Após algum tempo, que varia de pessoa para pessoa, as manchas também desaparecem, dando a ideia de melhora. A doença pode ficar estacionada por meses ou anos, até o momento em que surgem complicações graves como cegueira, paralisia, doença cerebral e problemas cardíacos, podendo, inclusive, levar à morte.⁹

Todas as pessoas sexualmente ativas devem realizar o teste para diagnosticar a sífilis, principalmente as gestantes, pois a sífilis congênita pode causar aborto, mau formação do feto e/ou morte ao nascer. O teste deve ser feito na 1ª consulta do pré-natal, no 3º trimestre da gestação e no momento do parto (independentemente de exames anteriores). O cuidado também deve ser especial durante o parto para evitar sequelas no bebê, como cegueira, surdez e deficiência mental.⁹

A sífilis na gestação, requer intervenção imediata, para que se reduza o risco de resposta imunológica ao treponema no feto, o que causa muitas das alterações observadas na doença congênita. Quanto mais recente for a infecção materna, maior a carga de treponemas circulantes e mais grave e

frequente será o comprometimento fetal, que pode ocorrer em 70% a 100% dos casos.⁵

A ocorrência de sífilis em gestantes evidencia falhas dos serviços de saúde, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção da doença.¹

A evolução da sífilis é dividida em primária, secundária e terciária.¹

A Sífilis Primária caracteriza-se por apresentar lesão inicial denominada cancro duro, que surge de 10 a 90 dias (em média, 21 dias) após a infecção, ocorrendo adenite satélite. O cancro duro é caracterizado por lesão erosada ou ulcerada, geralmente única, indolor, com bordos endurecidos, fundo liso e brilhante, que desaparece em 4 semanas, sem deixar cicatrizes.⁴

A Sífilis Secundária é marcada pela disseminação dos treponemas pelo organismo. Suas manifestações ocorrem de 6 a 8 semanas após o aparecimento do cancro. A lesão mais precoce é constituída por roséola. Posteriormente, podem surgir lesões papulosas palmo-plantares, placas mucosas, adenopatia generalizada, alopecia em clareira e condilomas planos, que desaparecem em aproximadamente 6 meses.⁴

A Sífilis Terciária pode demorar de 2 a 40 anos para se manifestar. Ocorre em indivíduos infectados pelo treponema que receberam tratamento inadequado ou não foram tratados. Compreendem as formas cutânea, óssea, cardiovascular, nervosa e outras.⁴

A sífilis na gestação tornou-se um agravo de notificação compulsória desde a publicação da Portaria MS/SVS Nº 33, assinada em 14 de julho de 2005.⁴

A partir de 2005, a pesquisa sobre sífilis em gestantes passou a fazer parte da notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Com isso, no período de 2005 a 2008, a Pesquisa Nacional de Notificação do Sinan detectou um índice de casos de gestantes com sífilis correspondente a 10.792, dos quais 6.143 foram registrados em 2007, destacados pelas Regiões Sudeste, Nordeste e Norte.⁸

É importante ficar atento ao tratamento inadequado para sífilis materna, pode-se citar como inadequado o:

Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina; ou tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento inadequado para a fase clínica da doença; ou instituição de tratamento dentro do prazo dos 30 dias anteriores ao parto; ou ausência de documentação de tratamento anterior; ou ausência de queda dos títulos (sorologia não treponêmica) após tratamento adequado; ou parceiro não tratado ou tratado inadequadamente ou quando não se tem a informação disponível sobre o seu tratamento.¹²

Toda gestante deverá ser testada para sífilis na 1ª consulta, no início do 3º trimestre do pré-natal e na admissão para o parto. As mulheres reagentes serão tratadas da seguinte forma:¹²

- Em caso de alergia, realizar testes cutâneos padronizados e dessensibilizar quando confirmada a atopia.
- Alternativamente, em caso de alergia comprovada à penicilina, pode ser utilizada a eritromicina (estearato) 500mg – 1 comprimido, de 6 em 6 horas, via oral, por 15 dias (sífilis recente) ou 30 dias (sífilis tardia).
- Deve-se proporcionar a todos os portadores de DST a realização de testes anti-HIV, mediante aconselhamento.
- Fazer controle de cura trimestral, com a realização do VDRL.
- Tratar novamente em caso de interrupção do tratamento ou quadruplicação dos títulos (ex: de 1 / 2 para 1 / 8).¹²

Em suma, acredita-se que a adoção de práticas sexuais seguras, associada ao bom desempenho na execução do pré-natal, são peças chave para o controle do agravo da doença.

Um trabalho realizado no Hospital do Trabalhador (Curitiba-PR) plantea que a sífilis persiste sendo um problema de saúde pública. No Brasil, cerca de 3% das gestantes apresentam a doença, ocorrendo transmissão vertical em 50% a 80% dos casos, com óbito perinatal em 40% dessas gestações.¹³

De acordo com um estudo realizado por Rodrigues, intitulado: Positividade para a sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil; o autor nos informa que a sífilis gestacional está estreitamente relacionada com alguns grupos de maior risco, como mulheres muito pobres ou com estilos de vida vulneráveis. Nesse sentido, estudos desenvolvidos em diversas localidades denotam, como fatores de risco para a sífilis gestacional: ter parceiro sexual casual, não fazer uso de preservativo, ser usuária de drogas ilícitas, ser HIV positivo, ter baixa escolaridade, na faixa etária de 20 a 29 anos (55%) e praticar prostituição.¹¹

A Revista Saúde e Pesquisa publicou o seguinte análises no artigo “SÍFILIS: UMA REALIDADE PREVENÍVEL. SUA ERRADICAÇÃO, UM DESAFIO ATUAL”:.A equipe saúde deve ter o papel de fazer ações de prevenção com a participação de cada pessoa como contribuição para que a solução definitiva da sífilis não fique ainda mais distante. A enfermagem tem também muita importância no planejamento de suas ações para obter bons resultados. Por isso, as informações, as ações, campanhas e recursos utilizados em prol desta patologia estão voltados para a prevenção, esse é o “antibiótico” da responsabilidade de cada cidadão e suas contribuições é a conscientização de buscarem, juntos, o fim de um mal, melhorando as suas próprias condições de saúde. O profissional de enfermagem deve enfatizar que é necessário a realização de testes sorológicos a longo prazo mesmo com a ausência de sintomas, recomendando à paciente infectada pela SF a abstinência das atividades sexuais até o fim do tratamento e após toda evidência de SF primária e secundária ter desaparecido e ser demonstrada a comprovação sorológica negativa. Os países que tiveram sucesso no controle da SF foram aqueles que, além de eficientes medidas de Saúde Pública, tiveram melhoria nas condições gerais de vida da população e no exercício da cidadania. Por isso espera-se que no Brasil ocorram também essas mudanças e, enquanto essas não acontecem, os profissionais de saúde devem aumentar os esforços para que os serviços se tornem mais eficientes e organizados, aumentando as opções de acesso. Pequenos avanços nos aproximarão do objetivo de controle e até eliminação desse mal que assola a saúde de vários da sociedade, até que não seja mais motivo de vergonha para os brasileiros.

Espera-se, ainda, não levar outro meio século para apagar do mapa esta doença, cuja presença é uma evidência da falência do sistema de saúde . Os profissionais de saúde devem mensurar esforços na tentativa de informar às gestantes a importância do pré-natal no sentido de minimizar os riscos e complicações de várias patologias que podem ser preveníveis ou tratadas nos primeiros meses de gestação, evitando assim complicações de maiores proporções como a SC. Porém, não está ocorrendo o êxito que se espera. Apesar das iniciativas para erradicar a SC, a mesma ainda persiste em nosso país num índice elevado. Há má qualidade no pré-natal, apesar do número de consultas registradas nos Cartões de Gestante, e déficit de capacitação e atualização de alguns profissionais de saúde no manejo das DSTs. É necessário destacar a importância do comprometimento dos profissionais desta área quando o objeto de discussão for a saúde da população . Os profissionais da área de saúde precisam estar reforçando as ações de prevenção e diagnóstico o mais precoce possível, especialmente no pré-natal, além de informar às gestantes o direito que elas têm de realizar os testes que detectam a SF e quantas vezes são necessários no período gestacional. A população geral deve estar inserida em campanhas educativas com uma perspectiva de conscientizar quanto à importância da realização de exames periódicos.¹⁰

O Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Federal Universidade do Rio de Janeiro nas suas Diretrizes de Atendimento de Sífilis em Adultos propõe fazer o seguinte seguimento.⁶

Seguimento:

Fase de Infecção

VDRL a partir do final do tto

Sífilis Primária

3, 6 e 12 meses

Sífilis Secundária e Latente Precoce

3, 6, 12 e 24 meses

Sífilis Terciária e Latente Tardia

3, 6, 12, 24, 36, 48 e 72 meses

Deve-se considerar retratamento e investigação de acometimento de SNC, se:

- persistência ou recorrência dos sintomas
- manutenção ou elevação do VDRL no 6o mês de seguimento
- VDRL \geq 1:8 na última dosagem do seguimento de cada fase.

Após o tratamento de meningite sífilítica, deve-se realizar punção lombar de controle a cada 6 meses, por um período de 2 anos. Caso não haja normalização dos parâmetros líquóricos, deve-se retratar. Marra e colaboradores consideram que se o diagnóstico de acometimento do SNC foi feito a partir de VDRL reator no liquor e pleocitose, o seguimento desses pacientes pode ser realizado com dosagem de VDRL sérico, visto que a normalização do VDRL sérico estaria relacionada à normalização de tais parâmetros no liquor.

Um levantamento da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo aponta que o número de notificações de sífilis em mulheres grávidas aumentou mais de 1.000% em seis anos. Em 2005 foram notificados pelos municípios paulistas 189 casos de sífilis em gestantes, número que pulou para 3.260 notificações, em 2011.

O resultado é consequência do crescimento do número de municípios e serviços que passaram a notificar casos de sífilis, passando de 55 cidades, em 2005, para 230, em 2010. A quantidade de serviços notificadores passou de 117 para 1.046, respectivamente.

A ampliação do diagnóstico permite a realização de um trabalho preventivo pelos serviços públicos de saúde para evitar a sífilis congênita. A doença é transmitida para o bebê por meio da placenta, com risco de abortamento prematuro, abortamento espontâneo e prejuízos para a saúde da

criança, como baixo peso, surdez, deformidades dentais e ósseas, inclusive retardo mental e óbito neonatal.

De acordo com o estudo, metade das gestantes notificadas tem idade entre 20 e 29 anos. Segundo a responsável pelo Plano de Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis e do HIV, Luiza Matida, além de mais cidades registrarem a doença, o aumento de casos entre gestantes também leva em consideração o fator informação.

Para Matilda, a incidência de sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis caminha lado a lado com a gravidez indesejada e a dificuldade na adesão ao pré-natal. A não realização de exames durante a gestação dificulta o diagnóstico e o tratamento.

Sífilis congênita

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sífilis congênita pode ser considerada uma doença eliminada quando os índices atingirem 0,5 caso para mil nascidos vivos.

A Coordenação Estadual DST/Aids da Secretaria tem por meta atingir este índice em 2015. "Esta doença é totalmente evitável, desde que a gestante com este diagnóstico tome as medidas recomendadas de tratamento e de acompanhamento o quanto antes", finaliza a responsável pelo Plano de Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis e do HIV. ¹¹

Segundo os dados e indicadores para a Saúde do Boletim CEInfo da Cidade de São Paulo. Ano XI, nº 11, Junho/2012. O número de casos de sífilis congênita no município de São Paulo foi de 659, o maior número na região norte com 173 casos e em Pirituba/Perus o segundo maior número de região com 40 casos, onde está situada nossa UBS City Jaraguá ¹. No ano seguinte 2012, o mesmo Boletim CEInfo Ano XII, nº 12, Junho/2013, o número de casos de sífilis congênita no município aumentou para 771 e na região norte para 268 casos. ²

3. Metodologia

Cenário de estudo.

A intervenção ocorrerá na área de abrangência da equipe 1 da UBS City Jaraguá da Coordenadoria Regional Norte, cidade de São Paulo. A equipe está composta por um médico, um enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 6 agentes comunitários. Essa área tem uma população adstrita de 4005 pessoas, dispostas em 1064 famílias.

Sujeitos da intervenção.

A população alvo da intervenção será aquela na faixa etária de 15 a 49 anos composta por 2214 pessoas, 1025 do sexo masculino e 1189 do sexo feminino.

4.3 Estratégias e ações.

Etapa 1

Inicialmente será necessária a população de maior risco de desenvolver sífilis. Os critérios de inclusão no grupo de alto risco e vulnerabilidade são aqueles com sorologia inicial reativa, adolescentes, mães solteiras, gestantes com pré-natal inadequado, pessoas com múltiplos parceiros sexuais, pessoas com contato sexual com parceiro com DST diagnosticada, pessoas com baixo nível socioeconômico, população de rua, homens que fazem sexo com homens e pessoas que passam longos períodos de tempo fora de casa (ex. caminhoneiros).

Etapa 2

Esse grupo será convocado para fazer uma sorologia para sífilis e serão classificados em os diferentes grupos de alto risco e vulnerabilidade para sofrer a doença.

Etapa 3

Este grupo assim formado será acompanhado com sorologias a cada 3 meses por 1 ano, se dividirão em grupos mais pequenos e se brincarão palestras sobre sífilis, semanalmente feitas pelo médico, enfermeiro e outros profissionais da saúde. Além disso serão selecionadas pessoas voluntárias para fazer promoção da doença nas microáreas.

Etapa 4

A equipe completa realizara vigilância epidemiológica ao grupo de alto risco para avaliar as mudanças acontecidas em cada uma das 6 microáreas segundo o critério dos agentes de saúde, enfermeiro, médico e profissionais de promoção de saúde com reuniões a cada 15 dias.

O médico da equipe fará pesquisa de lesões sugestivas de sífilis, avaliara os pacientes com sorologias reativas de forma imediata e realizara a encosta epidemiológica de cada paciente, além de definir a conduta nos pacientes com sorologias reativas sem conclusão diagnostica num tempo não maior de 3 meses e classificara adequadamente cada caso.

O enfermeiro ajudará ao médico na coleta do histórico epidemiológico dos pacientes com sorologias reativas e na procura de pessoas da comunidade para ajudar nas tarefas de promoção.

4.4 Avaliação e monitoramento.

Durante as reuniões semanais da equipe será avaliada as experiências vividas com o grupo como número de participantes nas palestras, a modificação dos fatores de risco do grupo, porcentagem de sorologias reativas na semana, número de pacientes com tratamento segundo o estágio da doença, porcentagem de gestantes com estudo sorológico adequado e com parceiro sexual tratado, número de pessoas treinadas em promoção de sífilis por microárea, número de casos com sorologias reativas suspeita de falsa biológica positiva e porcentagem de sífilis congênita e gestacional.

5.Resultados esperados.

Demonstrar que em nossa área existe uma subnotificação de casos de sífilis, obter uma mudança na pratica sexual na comunidade com diminuição marcada dos fatores de risco modificáveis, lograr a participação da comunidade na luta contra a doença, diminuição importante da sífilis na gestação e manter a sífilis congênita em zero.

6.Cronograma.

Atividades	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Elaboração do projeto	X	X				
Identificação da população		X	X			
Estudo do referencial teórico	X	X	X	X	X	X
Implantação do projeto				X	X	
Análise dos resultados						X
Divulgação dos resultados						X

1. Boletim CEInfo Ano XI, nº 11, Junho/2012. Dados e indicadores para a Saúde, Cidade de São Paulo.
2. Boletim CEInfo Ano XII, nº 12, Junho/2013. Dados e indicadores para a Saúde, Cidade de São Paulo.
3. Brasil. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 8.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. :450.
- 4 . Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria no 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos laboratórios de referência nacional ou regional. Diário Oficial da União, Brasília, p.111, 15 jul. 2005. Seção 1.
- 5 . Calife K, Lago T, Lavras C. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério. São Paulo: SES/SP; 2010. :234.
6. Diretrizes de Atendimento de Sífilis em Adultos. Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Federal Universidade do Rio de Janeiro.

7. <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/07/31/diagnostico-de-sifilis-em-gestantes-aumentou-mais-de-1000-em-6-anos.htm>

8 . Ministério da Saúde (BR). Curso básico de vigilância epidemiológica em sífilis congênita, sífilis em gestantes, infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Séries Manuais n.78.

9 . Portal sobre Aids, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais. O que é Sífilis [online]. Brasil; 2013. [capturado 03 dez. 2013] Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-sifilis>

10. Revista Saúde e Pesquisa, v. 2, n. 2, p. 257-263, mai./ago. 2009 - ISSN 1983-1870

11 . Rodrigues CS, Guimarães MDC. Positividade para a sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2004;16 (3):168-75.

12 . Secretaria de Vigilância em Saúde/MS. Sífilis em Gestantes. Guia de Vigilância Epidemiológica: Caderno 6.

13. Tabisz L, Bobato CT, Carvalho MFU, Takimura M, Reda S, Pundek MRZ. Sífilis, uma doença reemergente. Rev. Med. Res., Curitiba, v.14, n.3, p. 165-172, jul./set. 2012.

ANEXO

Questionário de avaliação do Projeto.

1 Você gostou de participar do Projeto.

() sim () não

2 Como era seu comportamento sexual antes de participar do Grupo?

3 O projeto ajudou você entender sobre a sua doença ou fatores de risco e o uso correto do preservativo?

() sim () não

4 Na sua opinião, quais foram os pontos positivos do projeto? E os negativos?

5 As atividades trouxeram mudanças em algum hábito praticado por você?
Qual?

6 Você conseguiu, juntamente com seu médico, fazer prevenção da sífilis e outras DST?

() sim

() não

7 Além do que foi proposto no projeto, você gostaria de realizar outras atividades? Quais?