

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

Especialização em Saúde da Família

**PREVENÇÃO DA SÍFILIS EM ADULTOS DE UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE**

Dra.: Yuridailis Quintero Dupuy

Orientador: Enfa. Erica Ribeiro Pereira

São José dos Campos, SP

Maio de 2015

SUMARIO

1. Introdução

2. Objetivo

2.1 Objetivo Geral

2.2 Objetivos Específicos

3. Metodologia

3.1 Cenário de Intervenção

3.2 Sujeitos da intervenção

3.3 Estratégias e ações

3.4 Avaliação e Monitoramento

4. Resultados Esperados

5. Cronograma

6. Referências

1. INTRODUÇÃO

A sífilis ou lues é uma doença sexualmente transmissível (DST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*. A principal via de transmissão é através do contato sexual, mas também pode ser transmitida da mãe para o feto durante a gravidez ou no momento do nascimento, resultando em sífilis congênita. A doença pode-se manifestar em três estágios, sendo que 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 ¹.

Os sinais e sintomas da sífilis variam dependendo da fase atual em que se apresente: primária, secundária, latente e terciária ². Apesar de seus sintomas a sífilis foi conhecida como “a grande imitadora” ³ devido suas apresentações atípicas frequentes. O diagnóstico é realizado geralmente através de testes de sangue, no entanto a bactéria também pode ser detectada utilizando microscopia de campo escuro. Os fatores de risco para adquirir a sífilis são: relação sexual em idade precoce, promiscuidade, uso de pílula anticoncepcional, maior prevalência em homossexuais, não uso de preservativo.

Acredita-se que a sífilis possa ter infectado 12 milhões de pessoas em todo o mundo em 1999, com 90 % dos casos em países em desenvolvimento. Depois de diminuir drasticamente desde a ampla disponibilidade de penicilina na década de 1940, as taxas de infecção têm aumentado desde a virada do milênio, em muitos países, muitas vezes em combinação com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ⁴⁻⁶.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima em 340 milhões o número de casos novos de DST curáveis. Os dados da prevalência nos trópicos mostram que a sífilis, conforme a região é a segunda ou terceira causa de úlcera genital, as outras são cancro mole e herpes genital ⁷. Houve recrudescimento da sífilis na Irlanda, Alemanha e cidades americanas, como San Francisco e Los Angeles, em grupos com comportamento de risco, como homens e profissionais do sexo ^{5,8}. Nos Estados Unidos, no ano de 2004, houve aumento de 11,2 % dos casos de sífilis primária que passaram de 7.177 em 2003 para 7.980⁹.

No Brasil em 2003 estimaram-se 843. 300 casos de sífilis. Como não é considerada doença de notificação compulsória os estudos epidemiológicos são realizados em serviços que atendem DST ou grupos selecionados como gestantes, soldados ou prisioneiros ¹⁰⁻¹².

A sífilis adquirida, diagnosticada fora do período gestacional, não é doença de notificação compulsória no Brasil. As estimativas do número de casos desse agravo são feitas tendo por base estudos epidemiológicos realizados em populações vulneráveis, em gestantes durante pré-natal e em doadores de sangue. Estima-se que 1,1% da população brasileira, em torno de 937 mil pessoas, sejam infectadas pela sífilis todos os anos, conforme dados do Ministério da Saúde (MS) ¹³.

A sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória desde o ano de 1986, por meio da Portaria nº. 542 MS, juntamente com a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) ¹³. A notificação da sífilis em gestantes

tornou-se obrigatória com a publicação da Portaria MS/SVS nº 33, assinada em 14 de julho de 2005 ¹³.

No Brasil, entre 1998 e 2007, foram notificados ao MS, 41.249 casos de sífilis congênita em menores de um ano. A região Sudeste registrou 20.496 casos (49,7%) Nordeste 11.905 casos (28,9%), Norte 3 casos (7,5%) Centro Oeste 3.000 casos (7,3%) e Sul 2.746 casos (6,7%). Em 2005 foram notificados e investigados 5.792 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade no Brasil. A incidência aumentou de 1,3 casos por mil nascidos vivos em 2000 para 1,9 casos por mil nascidos vivos em 2005, variando de acordo com a região, com maior aumento para a região sudeste e nordeste com aumento de 2,2% cada uma ⁽¹³⁾.

Os dados de notificação compulsória de sífilis bem como os estudos epidemiológicos conduzidos em diferentes grupos populacionais fornecem informações importantes para dimensionar a magnitude desse agravo. Além disso, estudos epidemiológicos possibilitam identificar grupos mais vulneráveis e perdas de oportunidades de prevenção para controle da sífilis no Brasil ¹³.

A escolha desse tema com a proposta de um projeto de intervenção foi motivada pela observação na UBS Novo Horizonte, município de São Jose dos Campo, São Paulo que o número de casos de sífilis primária estava aumentando na população adulta. Acredita-se que esse aumento dos casos seja em decorrência do desconhecimento da população sobre a doença. A facilidade de diagnóstico da sífilis por meio de exame laboratorial representa um papel fundamental no combate à doença. Além disso, intervenções educativas junto à população para o esclarecimento sobre a doença, fatores de risco, forma de transmissão e prevenção pode permitir melhor controle da sífilis.

2. OBJETIVOS

Geral

Promover educação em saúde para prevenção da sífilis em adultos da UBS Novo Horizonte, município de São José dos Campos, São Paulo.

Específicos

1-Realizar um programa educativo com adultos para prevenção da sífilis.

2-Avaliar o impacto do programa educativo.

3. METODOLOGIA

A trajetória metodológica será pautada na abordagem qualitativa, na modalidade de pesquisa-ação, que é uma estratégia de pesquisa social em que ocorre interação entre o pesquisador e as pessoas envolvidas na situação investigada. Dessa interação resulta a priorização de problemas e a tomada de decisão, por meio de ações concretas, para resolver ou esclarecer uma situação observada no coletivo¹⁴. Será proposto um projeto de intervenção a partir da percepção e detecção de um problema vivenciado na realidade da atenção básica a saúde a fim de solucioná-lo, ou pelo menos, esclarecê-lo.

3.1 Cenário da intervenção

O projeto será desenvolvido pela equipe dois da UBS Novo Horizonte, situada na Rua dos Vidraceiros, número 152, do município de São José dos Campos, Estado de São Paulo. A equipe é composta por um médico clínico geral, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). A população atendida é de um total de 4.123 habitantes .

3.2 Sujeitos da intervenção

O projeto pretende atender a população adulta na faixa etária de 20-59 anos de idade, ambos os sexos, atendidos na UBS da equipe dois da UBS Novo Horizonte.

3.3 Estratégias e ações

A equipe de saúde da UBS se reunirá para discutir a proposta do projeto, seu planejamento e implementação .Para ir de encontro aos objetivos propostos , será realizada uma intervenção educativa ,que constara de três etapas :divulgação ,educação em saúde e avaliação dos resultados onde se aplicara um questionário com o objetivo de identificar as necessidades de

aprendizagem sobre a doença sífilis . A partir dessas reuniões serão organizadas as seguintes etapas do projeto:

Primeira etapa: Divulgação

Serão criados instrumentos de divulgação do projeto com datas, horários e local dos encontros, por meio de cartazes e panfletos, que ficarão na UBS e serão distribuídos na comunidade. Os ACS serão responsáveis por divulgar o trabalho bem como sanar dúvidas sobre o projeto junto à população. A equipe de saúde também fará a divulgação nas consultas e acolhimento na UBS e em visitas domiciliares. Espera-se que essa divulgação tenha duração de um mês antes do início do projeto.

Segunda etapa: Educação em saúde

Conforme cronograma dos encontros será esperado na UBS a população na faixa etária de 20-59 anos de idade, ambos os sexos, para que seja realizada a intervenção educativa pela equipe de saúde por meio de oficinas de saúde. Nos encontros será realizada exposição dialogada do tema utilizando-se uma metodologia participativa e problematizada a, pois partirá das próprias experiências e conhecimentos dos participantes com discussão e conscientização para facilitar o processo de reflexão, sensibilizar e estabelecer vínculos entre os participantes. A metodologia participativa é o emprego de técnicas e métodos que facilitam aos participantes vivenciar sentimentos e percepções sobre os temas abordados possibilitando assim a reflexão para possíveis mudanças. O grupo educativo será organizado em quatro encontros com duração de duas horas no decorrer de quatro semanas durante dois meses. O programa será constituído basicamente por quatro temas: sexualidade, fatores de risco para sífilis, sinais e sintomas da sífilis e sua prevenção. No decorrer dos encontros serão realizadas avaliações frequentes que possibilitarão o planejamento e adequação do projeto, assim como avaliar se os objetivos estão sendo atingidos. Os materiais audiovisuais necessários serão: computador, projetor, cartazes, banners e álbum seriados.

Terceira etapa

Serão realizados quatro oficinas de saúde de uma hora no decorrer de quatro semanas. Os temas da oficina serão: sexualidade, fatores de risco para contrair sífilis, sinais e sintomas da sífilis e prevenção da sífilis. No decorrer das oficinas serão realizadas avaliações diárias que irá possibilitar o planejamento e o desenvolvimento do grupo assim como avaliar se os objetivos estão sendo atingidos.

ENCONTRO	TEMA	RESPONSÁVEL
1	Sexualidade	Médico
2	Fatores de risco para sífilis.	Médico
3	Sintomas e sinais da sífilis.	Médico
4	Prevenção da sífilis.	Médico

3.4 Avaliação e monitoramento

O projeto de intervenção será avaliado e monitorado em todas as suas etapas de planejamento e desenvolvimento com intuito de realizar adequações necessárias que atendam as demandas e realidade local. Semanalmente, será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções e ajustes necessários a partir de reuniões em equipe, anotações realizadas nos encontros, atividades propostas, comentários, sugestões e motivação dos participantes. Os resultados serão avaliados mediante a aplicação de um questionário aos participantes sobre o conteúdo discutido. Além do questionário final a participação será avaliada em todos os encontros, considerando que as mesmas proporcionam a participação e troca das experiências.

4. RESULTADOS ESPERADOS

Com a implantação do projeto de intervenção espera-se melhorar o conhecimento dos adultos sobre a doença sífilis, reduzir a transmissão da mesma e desenvolver um programa educativo na comunidade que colabore para a disseminação de conhecimentos para prevenção dessa doença e melhore a qualidade de vida dos pacientes por meio da informação. Fortalecer a interação dos profissionais de saúde com os pacientes, identificar os grupos de maior vulnerabilidade, interromper a cadeia de transmissão da doença, detectar precocemente os casos e prevenir novas ocorrências.

5. CRONOGRAMA: Março a Agosto de 2015

ATIVIDADES	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGOS
Elaboração e aprovação do projeto	x					
Estudo da literatura	x	x	x	x	x	x
Coleta de dados		x	x			
Implementação do projeto na comunidade				x	x	
Avaliação e monitoramento	x	x	x	x	x	x
Elaboração e socialização do relatório final						x

6. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites. Boletim Epidemiológico-Sífilis 2012. Acessado em: 10 fev 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidem_sifilis_2012.pdf.
2. Vinay KR. Patologia Básica. Elsevier Health Sciences Brazil; 2011.
3. Gonzalo RA. Manual de enfermidades infecciosas. VASLP. 1998. p.129.
4. Coffin LS, Newberry A, Hagan H, Cleland CM, DesJarlais DC, Perlanam DC, et al. Syphilis in Drug Users in Low and Middle Income Countries. The international journal on drug policy. 2010; 21(1):20-7.
5. Gao L, Zhang L, Jin Q. Meta-analysis: prevalence of HIV infection and Syphilis among MSM in China. Sexually transmitted infections. 2009; 85(5):354-8.
6. Karp G, Schaeffer F, Jotkowitz A, Risemberg K. Syphilis and HIV co-infection. European Journal of Internal Medicine. 2009; 20(1):9-13.
7. Cheesbrough M. *District Laboratory Practice in Tropical Countries*. Cambridge University Press; 2006. p. 224.
8. Revista *o estudante de medicina e o paciente: uma aproximação à prática médica*. EDIPUCRS; 2007. p. 128. pt.wikipedia.org/wiki/Sífilis,a_encyclopédia_livre.
9. Ferreira ABH. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Segunda edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. p.1 583.
10. Barros LA. *Curso básico de terminologia*. EdUSP; 2004. p. 126.
11. Colombo levou sífilis para a Europa, afirma estudo. pt.wikipedia.org/wiki/Sífilis,a_encyclopédia_livre
12. Clinton. Apologizes To Tuskegee Experiment Victims CNN. (16/05/1997). Visitado em 2009-08-24. pt.wikipedia.org/wiki/Sífilis,a_encyclopédia_livre.
13. Revista de Epidemiologia da sífilis no Brasil-PTSP-UFG 2009. <https://posstrictosensu.iptsp.ufg.br/.../FernandaLopes>
14. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18ª ed. São Paulo: Cortez; 2011

