

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

ANA JÉSSICA ASSUMÇÃO

Estudo dos casos de sífilis em um município do interior do Estado de São Paulo

Ribeirão Preto

2017

ANA JÉSSICA ASSUMÇÃO

Estudo dos casos de sífilis em um município do interior do Estado de São Paulo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Gestão de Organizações de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Julieta Mieko Ueta

Ribeirão Preto
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Assunção, Ana Jéssica

Estudo dos casos de sífilis em um município do interior do Estado de São Paulo. Ribeirão Preto, 2010.

101 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Gestão de Organizações de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Julieta Mieke Ueta.

1. Incidência. 2. Sífilis. 3. Municípios. 4. Assistência Pré-Natal.

Nome: ASSUMÇÃO, Ana Jéssica

Título: Estudo dos casos de sífilis em um município do interior do Estado de São Paulo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATORIA

Dedico esta pesquisa a aqueles que mais dedicam suas vidas e tempo a mim.

Ao meu namorado Thiago, que faz parte de mim em todos os sentidos, e traz luz a minha vida. Me conforta, acolhe e auxilia em tudo o que é possível desde que nos conhecemos e sei que será assim para sempre.

A minha família que se faz tão presente e forte em minha vida desde minhas primeiras lembranças e não mede esforços para me ver feliz e realizada. Meus pais, Ana e Edes, meus irmãos Maria Laura e João e meus tios Vânia e Sílvio.

Não posso me esquecer daquele que é o mais novo em minha vida, mas me arranca sorrisos a todo momento, meu cachorrinho Sansão.

Esta dedicatória não é nada perto do que me representam, mas é uma forma de demonstrar meu amor, carinho e eterna admiração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha querida amiga e orientadora Julieta Mieko Ueta, a qual me apoiou e incentivou em todos os momentos da pós-graduação, se tornando para mim uma referência como pessoa e profissional que quero estar sempre perto.

Á minha amiga também pós graduanda Rosiani Chiaroti que me auxiliou em vários momentos que não pude estar presente, muito querida e atenciosa, compartilhando comigo angustias, indecisões e realizações presentes no dia a dia de todo mestrando.

Aos professores do programa que com seus conhecimentos me incentivaram e inspiraram como estudante e profissional.

Aos profissionais de saúde do município que se dispõem prontamente em me ajudar com todas as informações e experiências que dispunham, e a todos que de alguma forma me auxiliaram, inspiraram ou incentivaram, direta ou indiretamente a concretizar este estudo.

A gente vai contra a corrente
Até não poder resistir
Na volta do barco é que sente
O quanto deixou de cumprir
Faz tempo que a gente cultiva
A mais linda roseira que há
Mas eis que chega a roda-viva
E carrega a roseira pra lá.
(Roda Viva- Chico Buarque)

RESUMO

ASSUMÇÃO. Ana Jéssica. **Estudo dos casos de sífilis em um município do interior do Estado de São Paulo**. 2017. 101 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

O presente estudo tem o propósito de estudar a incidência da sífilis em um município de pequeno porte, localizado no interior do Estado de São Paulo, como cenário de pesquisa para uma realidade que acomete todo o país. Sua análise metodológica foi baseada em entrevistas realizadas com os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado a pacientes com sífilis adquirida, sífilis em gestante (SG) e sífilis congênita (SC) sobre suas percepções profissionais desta Infecção Sexualmente Transmissível (IST). Realizou-se também uma análise aos bancos de dados do governo os quais dispõe de indicadores sobre a incidência da SG e SC no município de estudo e municípios próximos que pertencem a sua regional de saúde. Os resultados sugeriram que o município de Cajobi-SP (local de estudo) e municípios circunvizinhos apresentam subnotificação dos casos potenciais, se comparados as taxas apresentadas por municípios como São Paulo, Campinas e Barretos. Observou-se que a prescrição do tratamento a pacientes com sífilis estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS) não atingem mesmo os casos notificados. Acredita-se que há falhas no controle fidedigno de notificações, o que configura subnotificação, bem como na assistência pré-natal. Os dados coletados no banco de dados de indicadores demonstrou que os municípios da região, em sua grande prevalência não possuem o número de notificações correspondentes ao seu número populacional, o que também aponta para a subnotificação. Dessa maneira, conclui-se que investimentos direcionados a essa situação pelo MS são inadequados e insuficientes. Uma avaliação urgente da situação deve ser realizada para acionar planos que busquem resolver este problema, incluindo uma qualificação técnica de qualidade para equipes técnicas de referência e da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Palavras chaves: incidência, sífilis, municípios, assistência pré-natal.

ABSTRACT

ASSUMÇÃO. Ana Jéssica. **Syphilis case study in an inland city of the State of São Paulo**. 2017. 101 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

This Research has aims to study the incidence of syphilis in a small county located in the interior of the State of São Paulo, as a research setting for a reality that affects the whole country. Methodological analysis was based on interviews with health professionals responsible for the care of patients with syphilis, syphilis in pregnant women (SG) and congenital syphilis (SC) on their professional perceptions of this Sexually Transmitted Infections (STIs). An analysis was made of government databases which provides indicators on the incidence of SG and SC in the studied city and in nearby municipalities what belongs to the same regional health. The results imply that the city of Cajobi-SP (study site) and the surrounding municipalities have potential underreporting of cases when compared to the rates presented by municipalities such as São Paulo, Campinas and Barretos. It was observed that the treatment prescription to patients with syphilis determined by the Ministry of Health (MS) really do not reach the reported cases. It is believed that there are faults in the Control Trusted Notifications what constitutes underreporting as well as prenatal care. The data collected in the database of indicators showed that the municipalities of the region in their high prevalence do not have the number of notifications corresponding to their population numbers, which also points to underreporting. Therefore, we conclude that investments directed to this situation by the Ministry of Health are inadequate and insufficient. An urgent assessment of the situation must be carried out to trigger plans that seek to solve this problem, including a quality technical qualification for technical reference teams and the Family Health Strategy (ESF).

Keywords: Incidence, Syphilis, Municipalities, Prenatal care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01: Modelo lógico do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita no Estado de São Paulo	20
Figura 02: Esquema para o tratamento da sífilis preconizado pelo MS.....	24
Figura 03: Fluxograma para teste da sífilis em gestante preconizado pelo MS.....	25
Figura 04: Mapa de localização de Cajobi-SP	30
Figura 05: Desempenho dos testes laboratoriais associados a cada fase da sífilis não tratada.....	62

LISTA DE TABELAS E FLUXOGRAMAS

- Tabela 01** - Municípios e população estimada das Regionais de Barretos e Catanduva..... 31
- Tabela 02** - Distribuição dos municípios do estado de São Paulo de acordo com faixa populacional36
- Tabela 03** - Distribuição da Taxa de detecção de casos de sífilis (1000 nascidos vivos) em gestantes na região sudeste, no estado de São Paulo e nos municípios de São Paulo, Ribeirão Preto e Campinas.....42
- Tabela 04** - Distribuição da taxa de incidência de sífilis congênita na região sudeste, no estado de São Paulo e nos municípios de São Paulo, Ribeirão Preto e Campinas.....42
- Tabela 05** - Distribuição da Taxa de detecção de casos de sífilis (1000 nascidos vivos) em gestantes dos municípios de Diadema, Guarulhos Santo André e São Caetano do Sul.....46
- Tabela 06** - Distribuição da Taxa de detecção de casos de sífilis congênita dos municípios de Diadema, Guarulhos Santo André e São Caetano do Sul.....46
- Tabela 07** - Indicadores de sífilis em gestante e sífilis congênita nos municípios vizinhos de acordo com sua população.....52

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 01** – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de São Paulo (11.967.825 hab.).....38
- Gráfico 02** – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de São Paulo (11.967.825 hab.)38
- Gráfico 03** – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de São Bernardo de Campo (816.925 Hab.).....39
- Gráfico 04** – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de São Bernardo de Campo (816.925 Hab.).....39
- Gráfico 05** – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Campinas (1.164.098 hab.).....39
- Gráfico 06** – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Campinas (1.164.098 hab.).....40
- Gráfico 07** – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Ribeirão Preto (666.323 Hab.).....40
- Gráfico 08** – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Ribeirão Preto (666.323 Hab.).....40
- Gráfico 09** – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Diadema (Hab. 412428; SG 453 E SC 471).....41
- Gráfico 10** – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Diadema (Hab. 412428; SG 453 E SC 471).....41
- Gráfico 11** – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Guarulhos (1.324.781 hab.).....43
- Gráfico 12** – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Guarulhos (1.324.781 hab.).....43
- Gráfico 13** – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de São Caetano do Sul (158.024 hab.).....44
- Gráfico 14** – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de São Caetano do Sul (158.024 hab.).....44
- Gráfico 15** – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Santo André (710.210 hab.).....45
- Gráfico 16** – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Santo André (710.210 hab.).....45

Gráfico 17 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Barretos (119.243 hab.)	47
Gráfico 18 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Barretos (119.243 hab.)	47
Gráfico 19 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Bebedouro (77.627 hab.)	48
Gráfico 20 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Bebedouro (77.627 hab.)	48
Gráfico 21 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Olímpia (53.360 hab.)	48
Gráfico 22 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Olímpia (53.360 hab.)	49
Gráfico 23 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Catanduva (119.480 hab.)	49
Gráfico 24 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Catanduva (119.480 hab.)	49
Gráfico 25 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Guairá (39.813 hab.)	50
Gráfico 26 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Guairá (39.813 hab.)	50
Gráfico 27 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Severínia (16.806 hab.)	50
Gráfico 28 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Severínia (16.806 hab.)	51
Gráfico 29 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Cajobi (10.343 hab.).....	51
Gráfico 30 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Cajobi (10.343 hab.)	51
Gráfico 31 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Viradouro (18.428 hab.)	54
Gráfico 32 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Viradouro (18.428 hab.)	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABS	Atenção Básica a Saúde
CEP	Comitê de Ética
CSM	Centro de Saúde Municipal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMENTOS.....	6
RESUMO.....	8
ABSTRACT.....	9
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	10
LISTA DE TABELAS E FLUXOGRAMAS.....	11
LISTA DE GRÁFICOS.....	12
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	14
SUMÁRIO.....	15
1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1. A Sífilis e a Sífilis Congênita.....	15
1.2. A História da Sífilis.....	16
1.1. A Sífilis e a Sífilis Congênita no cenário de saúde atual.....	18
1.2. Epidemiologia da sífilis.....	21
1.3. Diagnóstico, Tratamento e Prevenção: Conceitos e Recomendações.....	23
2. OBJETIVOS.....	27
2.1. Objetivo Geral.....	27
2.2. Objetivos Específicos.....	27
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	28
3.1. Tipo de Estudo.....	28
3.2. Campo de Investigação.....	29
3.3. Aspectos Éticos.....	31
3.4. Amostra da pesquisa.....	32
3.5. Coleta de dados.....	32
3.5.1. Entrevistas aos Profissionais de Saúde.....	32
3.5.2. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros.....	33
3.6. ANÁLISE DE DADOS.....	34
3.6.1. Procedimentos:.....	34
3.6.1.1. Etapa 01 - Contextualização da situação da IST com os dados do Estado de São Paulo, do município de Cajobi-SP e municípios da mesma região.....	34
3.6.1.2. Etapa 02 – Contextualização da situação da IST com os discursos dos profissionais de saúde através de entrevista.....	34
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
4.1. Taxa de detecção e taxa de incidência de sífilis em gestantes e sífilis congênita em municípios do estado de São Paulo.....	38
4.2. Contextualização da situação da IST com os discursos dos profissionais de saúde.....	55
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
ANEXO A.....	95
ANEXO B.....	96
ANEXO C.....	98

1. INTRODUÇÃO

1.1. A Sífilis e a Sífilis Congênita

Estudos científicos e tecnológicos construíram conhecimento ao longo do tempo, pelos quais determinou-se que a sífilis é uma doença exclusivamente humana, de natureza crônica cujo agente etiológico é uma bactéria gram-negativa pertencente ao grupo das espiroquetas denominada como *Treponema pallidum*. Portanto tem-se um quadro infeccioso de natureza bacteriana que age sistemicamente afetando praticamente todos os sistemas e órgãos, com evolução lenta. Apresenta alta patogenicidade e seu curso natural se caracteriza por fases de atividade clínica e fases sem atividade ou de latência (AVELLEIRA, 2006).

Nas fases clínicas discrimina-se a fase primária (úlceras ou cancro no local de infecção), fase secundária (úlceras mucocutâneas e linfadenopatia), seguida da fase terciária com comprometimento neurológico e infecções terciárias que causam lesões cardíacas ou lesões gomatosas (goma sífilítica). (BRASIL, 2007).

A fase latente pode ser detectada por testes sorológicos, uma vez que a doença não se manifestou. Esta fase pode ser recente quando se tem um tempo de evolução menor que um ano considerando o tempo zero da infecção, ou fase tardia quando o tempo for maior que um ano, com duração desconhecida ou de difícil determinação.

A sífilis é transmitida predominantemente pelo sexo, uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), mas também pode ser transmitida da mãe gestante para o feto, durante qualquer período da gestação, qualquer estágio clínico, inclusive no momento do parto. Essa transmissão vertical acontece via transplacentária.

A eficiência da transmissão de indivíduo a indivíduo é maior nas fases primária e secundária da doença quando se tem lesões com altas concentrações da bactéria *Treponema pallidum*.

Seu período de incubação pode variar de 10 a 90 dias em geral, mas sua média é de 21 dias após contato com a infecção. Todos os sujeitos são suscetíveis a exposições ao *Treponema*, pois não há imunidade adquirida por contato prévio.

A principal forma de prevenção é o uso do preservativo durante o ato sexual. A infecção é totalmente sensível ao tratamento com Penicilina G Benzatina, sem desenvolver nenhum tipo de resistência, portanto trata-se de uma IST de fácil diagnóstico e tratamento.

No entanto, esta gama de conhecimento clínicos e epidemiológico demorou mais de um século para ser agregado e incorporado pelos meios médicos e científicos.

1.2. A História da Sífilis

A sífilis conhecida desde o século XV, atualmente atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo, na gravidez causa aproximadamente 300.000 mortes fetais e neonatais ao ano.

O homem tem convivido com as doenças infectocontagiosas desde sempre e ao longo de sua história algumas doenças foram combatidas e debeladas. Algumas persistiram por muito tempo, outras nem tanto, e algumas surgiram recentemente. No entanto, uma porção substancial da humanidade foi dizimada pelos surtos destas doenças causadas por agentes etiológicos distintos. Atualmente se conhecem detalhadamente grupos de fungos, bactérias e vírus que são responsáveis por grande quantidade de ataques ao homem, o que exigiu o desenvolvimento de ferramentas de controle, prevenção e curativas para combater o avanço destas infecções. A descoberta por Fleming em 1928 da penicilina, produzida pelo fungo *Penicilium notatus*, foi um marco na guerra contra as infecções bacterianas, em associação com as melhores condições sanitárias e de vida da população (AVELLEIRA, 2006).

A transição demográfica dos tempos atuais reflete o aumento da expectativa de vida devido ao combate às doenças infectocontagiosas e o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis. O surgimento recente da epidemia da AIDS mostrou o poder devastador do contágio microbiano e o despreparo da sociedade para o controle e combate efetivo das doenças contagiosas. As desigualdades e as vulnerabilidades de populações e comunidades agravam mais o cenário mortal das infecções e doenças infectocontagiosas.

As ISTs representam um estigma social que levam os indivíduos acometidos das infecções a um comportamento negativo e a sociedade à condenação moral dos sujeitos.

Identificada nos tempos de colonização, a sífilis inicialmente surgiu como uma doença estigmatizada e que carregava um teor pejorativo muito forte. Seu crescimento epidemiológico era atribuído a influências climáticas pelo calor tropical, a miscigenação racial que favoreceria a transmissão da infecção pelo conceito da raça africana possuir uma condição natural à prática sexual e a principalmente ao preconceito atribuído aos negros e escravos que eram a representação da luxúria, sujeira e libertinagem (Carrara, 1996).

A história da sífilis ao longo dos tempos é comentada por um texto de Carrara intitulado *Tributo a Vênus: A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. O capítulo 01 deste livro que trata: *Do Mal Venéreo à Sífilis e As Mil Máscaras da Sífilis*, Carrara (1996) escreve:

Como reconhecia, em meados do século passado, o futuro professor de higiene da Faculdade de Medicina da Bahia, Claudemiro Caldas, a reflexão médica sobre a sífilis passava então por uma verdadeira “revolução científica” (Caldas, 1866:56). Iniciada na primeira metade do século XIX, tal “revolução” apenas se consolidaria no começo do século XX, quando se estabilizam as linhas gerais de um modelo de compreensão da doença, que se manteria praticamente inalterado até meados da década de 40. Envolvendo a própria definição da doença – seu agente causal, sua sintomatologia, os meios de transmissão, suas consequências orgânicas e sociais, sua evolução epidemiológica e os meios terapêuticos e profiláticos para abordá-la –, este modelo configurou o discurso e, em larga medida, justificou as ações que, em seu conjunto, formavam a luta antivenérea. É em seu âmbito que a sífilis se transformou no problema venéreo, ou seja, em uma das mais graves doenças humanas e em uma das mais sérias ameaças à saúde pública. Aos olhos dos médicos da passagem do século XIX, o conceito de sífilis tinha sido até então um conjunto de sintomas a um só tempo, confusos e inespecíficos, cuja etiologia estivera envolta em metafísica, preconceitos e superstições. [...] O seu caráter de castigo aos pecados da carne a teria mantido durante séculos a meio caminho entre a fatalidade natural e o erro moral, orientando as reações sociais que, sem sucesso, já haviam tentado conjurá-la. Fez mesmo com que, dispensando-se o concurso dos médicos, fosse comum negar-se aos doentes, culpados por seu mal, qualquer tipo de auxílio ou cuidado. Ou, quando havia tratamento, que ele se constituísse de procedimentos que, por conjugarem inextricavelmente punição e remédios, pareciam agora injustos e absurdos. Na Europa, até finais do século XVIII, não nos esqueçamos, eram os hospitais gerais – espaços onde, segundo Foucault, constatava-se uma “quase identidade entre o gesto que pune e o gesto que cura” (Foucault, 1978:87) –, que “abrigavam”, além dos loucos, dos mendigos e dos libertinos, também os venéreos ou sífilíticos, como então se dizia, transformando-se imperceptivelmente uma situação doentia em espécie de atributo do sujeito. No Hospital Geral de Paris, para receberem um tratamento que previa sangrias, banhos, fricções mercuriais, e também confissões, purgações e jejuns, os venéreos somente eram aceitos, segundo decisão de 1679, “sob a condição de se sujeitarem à correção, antes de mais nada, e serem chicoteados” (Foucault, 1978:84). Com o correr do século XIX, esta posição singular da doença parece tornar-se progressivamente incompreensível do ponto de vista da lógica; e, do ponto de vista da ética, dificilmente sustentável. Entretanto, o que para os médicos da passagem do século apresentava-se como um “caos” pré-científico pode ser melhor compreendido através de uma abordagem como a de Fleck, menos comprometida com o cientificismo da passagem do século. Segundo sua análise sócio histórica, a sífilis teria sido a denominação de um novo mal, que, sob forma epidêmica, irrompeu na Europa nos últimos anos do século XV. Desde então, seus limites conceituais teriam se erigido a partir de quatro princípios básicos. Quatro níveis de significação que, parece-me, deveriam

ser abordados por uma análise que pretendesse compreender plenamente o que teria sido a sífilis até o século XIX.

[...] princípio ético-místico de estruturação do conceito – para utilizar expressão do próprio Fleck – fazia com que, de um lado, toda doença ou afecção que atingisse os órgãos sexuais tendesse a ser indistintamente denominada sífilis, ou fosse considerada um de seus sintomas específicos. O caráter ético da doença (castigo divino) fazia também da trajetória moral do doente ou de seu modo de vida elementos diagnósticos fundamentais.

Segundo Fleck, até o século XIX, na estruturação do conceito de sífilis, outros três princípios viriam se articular subordinadamente ao princípio ético-místico dominante: um princípio empírico-terapêutico, um princípio experimental-patológico e, finalmente, um princípio patogênico. Segundo o princípio empírico-terapêutico, devia ser considerada sífilítica toda doença que cedesse à ação do mercúrio, remédio herdado da antiga metaloterapia. O princípio experimental-patológico apoiava-se em observações clínicas e experiências com inoculação do vírus sífilítico em seres humanos. Tais experimentos ora atestavam, por exemplo, a diferenciação entre o que hoje chamamos de gonorréia e sífilis, ora as identificava. O princípio patogênico supunha que a sífilis atuasse através da corrupção do sangue, fazendo com que todas as doenças generalizadas ou de múltiplos sintomas fossem classificadas como sífilíticas. Com a derrocada do princípio ético-místico e a consolidação do conceito sobre bases experimentais, a antiga e englobadora categoria de mal venéreo ou sífilis se esfacela em toda uma série de moléstias distintas. Não é mais o pecado da carne que lhes dá unidade conceitual.

[...] fruto direto de um exercício sexual imoderado, mesmo sem qualquer intervenção divina, a sífilis operava ainda como sinal visível, símbolo natural da conduta moral. O seu caráter de estigma da imoralidade de um indivíduo, de uma sociedade, ou de uma época, por algum tempo parece ter encontrado sua fundamentação científica nos fenômenos da irritação e da inflamação, que, simbolicamente, não deixavam de materializar, no organismo, o ardor em que se consumia a alma: o descontrole e o excesso, percebidos na conduta sexual.

1.1. A Sífilis e a Sífilis Congênita no cenário de saúde atual

A sífilis atualmente vem afetando milhões de pessoas e é considerada como um grande problema de saúde pública tanto no Brasil como no mundo pela OMS apesar de ser considerada de fácil diagnóstico, com tratamento efetivo estabelecido, de baixo custo (TABISZ, 2012).

Uma preocupação fundamental em relação a esta infecção é o contágio através de mulheres em idade fértil que podem transmitir a infecção para o feto causando a sífilis congênita por transmissão vertical. O controle desta infecção altamente contagiosa é um desafio mundial.

As consequências da infecção são muito graves, e podem levar ao aborto, natimortalidade, óbito e a um conjunto de sequelas causando deficiências visual, auditiva, física e mental.

A sífilis e a transmissão vertical que leva à sífilis congênita podem ser absolutamente evitadas desde que haja diagnóstico correto em tempo hábil, e que os cuidados para o efetivo tratamento sejam realizados. São passíveis de controle podendo ser totalmente preveníveis.

Através da Portaria 542 de 1986 o MS determinou que a Sífilis Congênita fosse tratada como doença de notificação compulsória. Neste ano a lei do SUS ainda não estava vigente, mas eram tempos de discussão da reforma sanitária. Depois da aprovação de um novo sistema de saúde, o SUS, em 1993 foram intensificadas as estratégias e ações de combate à sífilis congênita (BRASIL, 1986).

A partir de então foram desenvolvidas ações e traçadas as estratégias para a eliminação de SC no país. Uma pretensão elevada, mas necessária.

A ênfase destas ações estava no diagnóstico, na assistência e na vigilância da doença, visando o melhor acesso da gestante e da criança ao diagnóstico precoce e a prevenção dos casos.

No entanto, na contramão do que foi e ainda é preconizado pelo SUS, os serviços de saúde estiveram e ainda estão longe de alcançar integralidade das ações de forma a prevenir riscos. O aumento acelerado da incidência da sífilis e de outras doenças infectocontagiosas como, por exemplo, o aumento e resistência da gonorreia são situações que reforçam este pensamento (BOUER, 2016).

Apesar de muito conhecidas pela rede pública e propagadas com frequência em campanhas de prevenção, a incidência das ISTs ainda não foi controlada, e a sífilis em gestante e sífilis congênita nunca foram de fato extintas. No Brasil e no estado de São Paulo, os elevados índices de sífilis e SC muito acima do desejado e o registro dos casos notificados tem mostrado um aumento crescente ano a ano desde 2005 e alertado as autoridades sanitárias para este grave problema de saúde pública (Secretaria de Vigilância de Saúde, 2017).

Recentemente declarada como epidemia pelo MS, a sífilis que aparentava estar sob controle, ressurgiu fortemente como uma realidade a ser enfrentada. "Os casos subiram em número significativo. Estamos tratando o problema como epidemia até para que resultados da redução sejam mais expressivos possíveis" disse Ricardo Barros, Ministro da Saúde atual (FORMENTI, 2016).

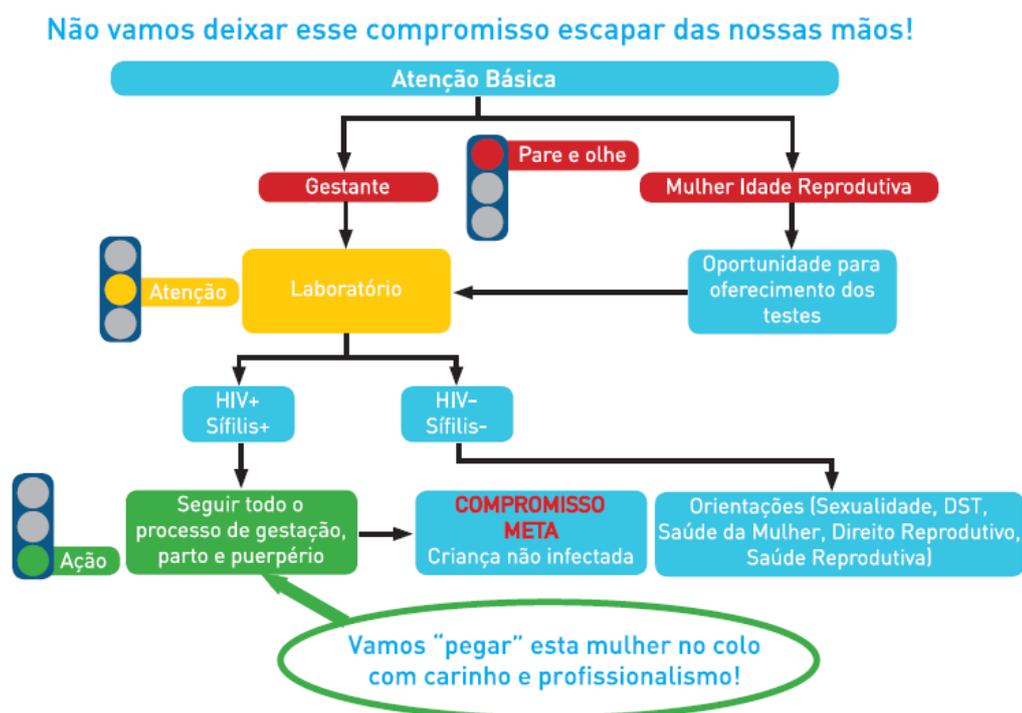
Estes fatos abalaram a Saúde Pública e a OMS adotou como estratégia a eliminação da sífilis congênita para alcançar os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (Secretaria de Vigilância de Saúde, 2006).

Schetini (2005) afirma em seu estudo que o tratamento inadequado da doença é uma das causas mais frequentes de incidência ou reincidência da sífilis, o que reflete no questionamento sobre qual seria a causa da não adesão ao tratamento pelos pacientes.

Além das ações do governo federal, o Programa Estadual de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS de São Paulo, em 2013, reforçou as ações voltadas para a Qualificação do cuidado a gestante com sífilis (Secretaria de Estado de Saúde, 2013).

A meta de eliminação da SC de 0,5 caso para cada 1000 nascidos vivos até 2015, proposta pela OMS e OPAS para a América Latina e Caribe foi incorporada como diretriz nacional pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do MS. As ações de Vigilância Epidemiológica para a sífilis adquirida, sífilis em gestante e SC junto ao Plano de Eliminação da Transmissão Vertical da Sífilis, lançado em 2007 que em 2010 incorporou as metas para eliminação da transmissão vertical do HIV no estado de São Paulo, buscando o cumprimento das metas propostas para as duas condições: sífilis e HIV (Secretaria de Estado de Saúde, 2016).

Figura 01: Modelo lógico do Plano de Eliminação da Sífilis Congênita no Estado de São Paulo



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - São Paulo (2016).

1.2. Epidemiologia da sífilis

O Brasil é um país de grandes dimensões geográficas e que ainda apresenta muitas desigualdades regionais, principalmente em aspectos econômicos e sociais, este como um dos principais fatores para a equidade ser um dos pilares para a política de saúde do país. No que compete ao SUS o mesmo busca formas de estratégias de inclusão para não desamparar a população em situação de desproteção social, no entanto há de se reconhecer que para que esse objetivo se efetive ainda há um longo caminho para ser percorrido.

Segundo dados do último Boletim Epidemiológico do MS de 2016, do ano de 2010 ao ano de 2015 ocorreu um aumento de mais de 5.000% da incidência da sífilis adquirida no país de 1.249 para 65.878 casos. Dado preocupante que aponta para a insuficiência de ações no que diz respeito ao controle epidemiológico (SÃO PAULO, 2016).

Souza (2013) em sua pesquisa considera que a sífilis congênita tornou-se um problema de saúde pública devido à falta de percepção dos profissionais de saúde quanto às consequências a gestante e ao conceito, a ausência ou baixa cobertura dos programas de prevenção, a existência de barreiras ao acesso do pré-natal e a estigmatização e discriminação que as ISTs carregam socialmente.

Outro ponto importante a ser considerado é a realização do tratamento do parceiro concomitantemente a parceria, gestante ou não. O não tratamento vai ocasionar novo contágio da infecção da parceria o que pode prejudicar seu tratamento em andamento, ou mesmo a incidência depois de finalizado.

Figueiredo (2015) aponta em seu estudo que os parceiros têm dificuldade em aderir ao tratamento por acreditarem não estar doentes ou por questões construídas socialmente. Argumenta que devido à complexidade de abordagem aos parceiros esta responsabilidade não deve ser dirigida a gestante e que os profissionais responsáveis devem adotar uma abordagem direta desde que sejam treinados á isso e com experiência na prática.

A educação em questões de saúde se faz necessária pelos profissionais, uma vez que o paciente não detém do conhecimento adequado para a prevenção e tratamento da doença. No entanto campanhas de saúde, as quais são instrumentos para esse fim, não possuem resultados claros.

Em revisão sistemática sobre campanhas de saúde com ênfase em sífilis congênita apontou-se que a avaliação para essas campanhas poucas vezes é efetuada e não possui uma

metodologia objetiva para esse fim, de modo que apenas quantifica dados da população atingida e não resultados de evolução epidemiológica Saraceni (2005).

A ESF adentra a esse cenário de cuidado e atenção em saúde como atores essenciais de seu funcionamento. A equipe multiprofissional tem de estar capacitada e alinhada em suas ações para que o tratamento ocorra de forma correta e para que os pacientes e suas famílias não desistam do tratamento. Figueiredo (2015) conclui que os profissionais do ESF precisam estar preparados para acolher, aconselhar, tratar e apoiar o paciente e seu parceiro diante da experiência com a sífilis, o que requer a realização de ações que não sejam apenas com o foco preventivo, mas com orientação e desmistificação da sífilis.

Muito se fala sobre campanhas de prevenção, porém é importante salientar que antes mesmo de pensarmos em prevenção devemos refletir sobre qual população queremos atingir e qual a sua realidade cotidiana. O não conhecimento e familiaridade com os usuários do serviço impossibilita que o profissional esteja apto a desenvolver estratégias que cheguem até essa população como também que obtenha resultados. Atingir metas não é suficiente para que uma campanha seja considerada eficaz.

As famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade social, em sua grande prevalência, não dispõem de estrutura familiar e vínculos com os departamentos de serviço para buscar auxílio. Torna-se necessário que essas famílias sejam encontradas dentro de seu território.

Lima (2013) fez uma análise sobre a evolução da incidência da sífilis congênita e os possíveis fatores determinantes de risco, constatou a partir deste, que a condição social da gestante independente da realização correta do pré-natal contribui para a incidência de sífilis congênita. Argumenta que a condição de vulnerabilidade determina comportamentos de risco que colocavam as gestantes em situações favoráveis a contrair doenças sexualmente transmissíveis. Aponta ainda que para o efetivo controle da sífilis congênita no Brasil, as iniquidades sociais teriam de diminuir por meio de ações conjuntas e assim melhorar a cobertura e qualidade da assistência pré-natal.

É essencial que a equipe profissional esteja atenta e articulada ao seu público alvo, assim como suas características socioculturais, econômicas, psicológicas, físicas e todas as demais que julgar-se necessário. Saraceni (2005) considera que o treinamento adequado de profissionais de saúde, incluído os agentes comunitários de saúde, sobre condutas e oferta de conhecimentos voltados a Vigilância Epidemiológica para sífilis na gestação e a congênita devem fortalecer uma estratégia responsável e permanente.

As constatações e dados do MS presentes neste estudo indicam há necessidade da realização de pesquisas que venham a analisar este cenário da incidência da sífilis frente ao seu estado de emergência. Torna-se fundamental a contribuição de estudos que venham a contribuir com diagnósticos e possíveis melhorias para que essa realidade se modifique.

Através desta perspectiva esta pesquisa foi realizada no município de Cajobi-SP, com o intuito de concretizar um cenário de estudo no qual fosse possível analisar não somente dados objetivos e concretos de incidência, como analisar a fala dos profissionais que atuam neste processo. Essa abordagem será essencial para a construção de propostas e conceitos que venham a mensurar esta realidade.

1.3. Diagnóstico, Tratamento e Prevenção: Conceitos e Recomendações

A sífilis é uma IST, transmitida pelo contato sexual sem o uso de preservativo e verticalmente no caso das gestantes infectadas.

O tratamento recomendado é realizado com a medicação de Penicilina G Benzatina, a qual é administrada em diferentes doses e tempo de duração, de acordo com o estágio da infecção e sua titulação. (Brasília, 2016).

A sífilis pode ser classificada em diferentes formas clínicas:

- Sífilis Adquirida: É transmitida via contato sexual sem o uso de preservativos e acomete jovens e adultos;

- Sífilis em gestantes: Trata-se da sífilis que não foi tratada ou tratada incorretamente, transmitida via contato sexual sem o uso de preservativos, e que necessita de atenção especial para seu tratamento clínico para que a infecção não seja transmitida durante a gestação ou parto. A sífilis em gestante deve ser diagnosticada ainda em sua fase inicial com o início do tratamento pré-natal.

- Sífilis Congênita: São os casos em que a infecção foi transmitida pela gestante infectada que não realizou o tratamento, ou o fez incorretamente, para o bebê. Exige atenção especial, pois o conceito pode vir a desenvolver má formação óssea, doenças neurológicas, entre diversas manifestações clínicas. Exige que sua titulação seja constantemente controlada para monitorar o estágio clínico da infecção.

Figura 02: Esquema para o tratamento da sífilis preconizado pelo MS

Estadiamento	Penicilina G Benzatina	Intervalo entre as séries	Controle de cura (sorologia)
Sífilis primária	1 série Dose total: 2.400.000 UI	Dose única	VDRL mensal
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	2 séries Dose total: 4.800.000 UI	1 semana	VDRL mensal
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	3 séries Dose total: 7.200.000 UI	1 semana	VDRL mensal

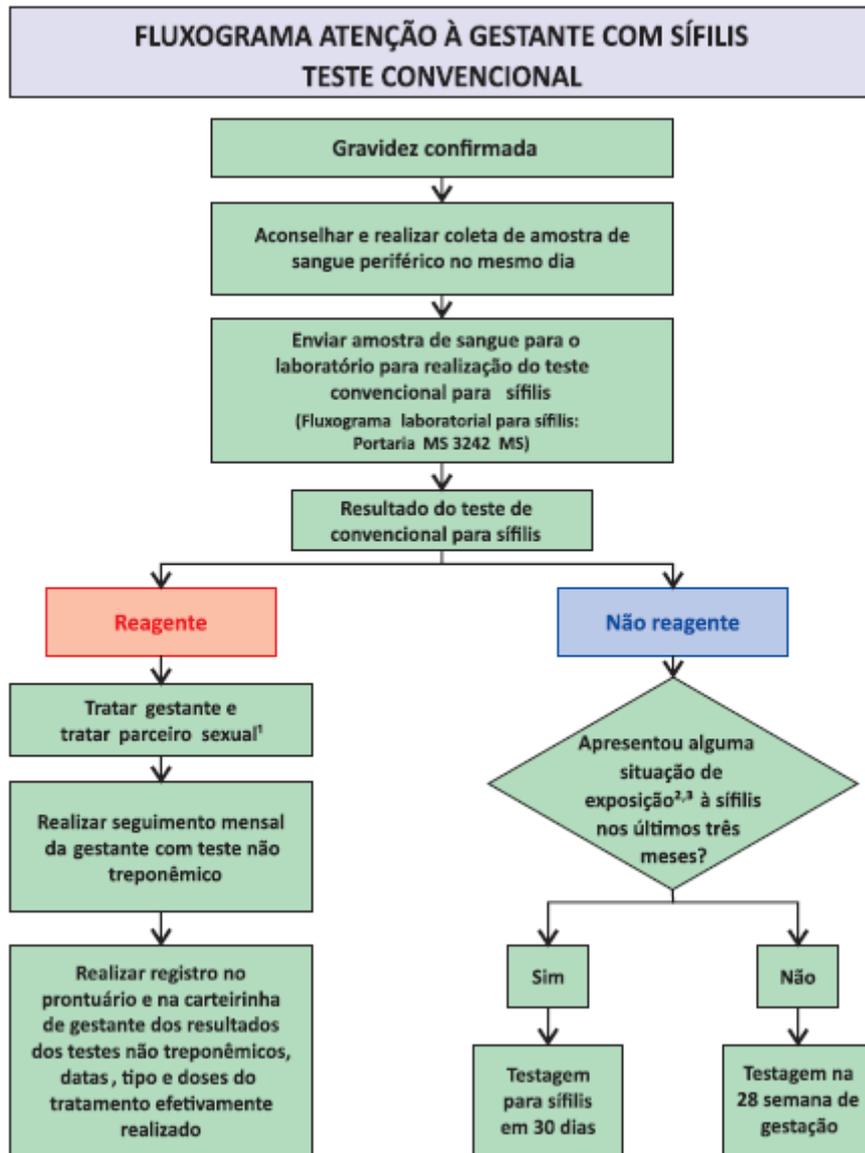
Fonte: Secretaria de Vigilância de Saúde (2007).

Para a confirmação e monitoramento (estágio) da sífilis são utilizados os testes não treponêmicos e treponêmicos na respectiva ordem. Atualmente foi incorporada ao diagnóstico da sífilis na rede pública a utilização da testagem rápida pela Portaria 3.242/2011 direcionada para situações especiais e de triagem (BRASIL, 2011). A confirmação do reagente é de cerca de 10 minutos e recomenda-se que o paciente aguarde no local da testagem para dar início a outros procedimentos do tratamento.

Em revisão bibliográfica sobre diagnóstico, tratamento e controle da sífilis, Avelleira (2006) aponta que a ordem correta de aplicação dos testes é indispensável para se chegar ao diagnóstico correto. Uma vez que o teste não- treponêmico deve ser aplicado primeiro, pois ele é capaz de detectar anticorpos que não são específicos para o *Treponema pallidum*, porém estes anticorpos estão presentes na sífilis.

O teste treponêmico é mais preciso, ele utiliza o *Treponema pallidum* como antígeno e é usado para confirmar a reatividade de testes não treponêmicos, uma vez que definem a presença ou ausência dos anticorpos na amostra coletada.

Figura 03: Fluxograma para teste da sífilis em gestante preconizado pelo MS



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - São Paulo (2016).

Levando-se em consideração que a ABS tem o dever de contatar as gestantes para o pré-natal torna-se importante considerar que a notificação da sífilis congênita representa um ótimo indicador da qualidade do tratamento pré-natal, no que diz respeito à saúde materna e do bebê. Uma vez que o pré-natal realizado corretamente identifica a incidência da sífilis na gestante e possibilita o tratamento com segurança para ambos.

Em relação à sífilis, de acordo com o MS são consideradas atribuições da ABS (Brasília, 2007):

- Realização do diagnóstico sorológico, através da solicitação de testes não treponêmicos, e confirmatórios quando disponíveis:
 - Realização do teste rápido para sífilis, quando disponível na unidade, conforme critérios de realização;
 - Tratamento de adultos e gestantes com diagnóstico estabelecido de sífilis e de seus parceiros (as) sexuais;
 - Ter disponível na unidade básica a penicilina G benzatina e outros insumos necessários para sua utilização, conforme portaria n. 156-MS de janeiro de 2005;
 - Acompanhamento clínico e laboratorial, com testes não treponêmicos mensais, para definição de cura;
 - Pesquisa da infecção treponêmica em todo portador de IST;
 - Encaminhamento para referência dos casos de alergia comprovada a penicilina e de suspeita de sífilis terciária;
 - Notificação de todas as gestantes com diagnóstico de sífilis;

Percebe-se através destas constatações que o estudo as práticas rotineiras e permanentes do cuidado e atenção à saúde pela ABS necessitam frequentemente ser revisados e reavaliados de acordo com seus resultados de eficiência. Se necessário, novas práticas e estratégias devem ser incorporadas aos procedimentos padrões de atendimento, uma vez que o serviço precisa estar sempre se adequando ao seu território de atuação.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

O objetivo deste estudo é identificar quais os fatores contribuem para a incidência da sífilis em um município de pequeno porte do interior do estado de São Paulo, realizando uma análise a partir da fala dos profissionais de saúde e dos indicadores de incidência da sífilis no município e em sua região.

2.2. Objetivos Específicos

- Descrever a organização e condições de acessibilidade à população usuária dos serviços de saúde relacionados à prevenção, diagnóstico e tratamento de sífilis;
- Contribuir no âmbito de pesquisa teórica, com a questão da vigilância epidemiológica;
- Identificar na fala dos profissionais de saúde quais são os maiores obstáculos para trabalhar a cobertura pré-natal, o tratamento e a prevenção de sífilis;
- Apontar possibilidades de melhoria para as estratégias do serviço de saúde do município no cuidado à sífilis e ISTs.

3. MATÉRIAS E MÉTODOS

3.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo para os dados referentes a análise das taxas de detecção e caracterização dos casos notificados de SG e SC em um município de pequeno porte do interior do Estado de São Paulo, denominado Cajobi. Quanto á análise do contexto em que essa problemática está inserida e de alguns dos atores que participam diretamente deste processo, realizou-se um estudo qualitativo, com uma abordagem de pesquisa de campo exploratório descritiva.

Piovesan (1995) define a pesquisa exploratória como parte integrante da pesquisa principal, como um estudo preliminar que é realizado com o objetivo de conhecer melhor a variável de estudo, como se apresenta frente à realidade que se pretende conhecer e ao contexto em que esta inserida.

Na construção deste processo metodológico a pesquisa exploratória descritiva incorpora estratégias de conhecimento sobre um assunto já conhecido para adentrar as particularidades de sua realidade contextual, como: assuntos cotidianos, processos de trabalho e questões socioculturais. Gasque (2007) aponta que a metodologia explorativa é a função central nas ciências sociais que utiliza um método flexível de coleta de dados, permitindo que os conceitos descobertos preliminarmente sejam sempre revisados e complementados durante o processo de pesquisa.

Na área da saúde quando pensamos em questões de estudo e análise de práticas e serviços devemos compreender que as práticas e processos se organizam em diferentes tipos de complexidade. Estas envolvem desde o atendimento e cuidado particularizado na relação de profissional e paciente até amplas organizações de origens distritais, nacionais, municipais e estaduais.

Donabedian (1980) ao discutir questões da definição do cuidado á saúde definiu quatro tipos distintos de organizações: instituição, equipe, múltiplos profissionais e profissional individual. Ainda segundo o mesmo, Donabedian (1978) argumenta que o objetivo da avaliação em qualidade de saúde é monitorar para constatar e corrigir prontamente desvios dos padrões.

Refletindo sobre o cuidado a atenção as práticas de saúde torna-se essencial ressaltar que a avaliação do cuidado é necessária para a garantia dos direitos fundamentais ao cidadão.

3.2. Campo de Investigação

O recorte desta pesquisa foi direcionado a rede de ABS dos serviços de saúde do município de Cajobi-SP que é formado por:

- 1 (um) CSM que atende ao mês pela área médica cerca de 2.800 (dois mil e oitocentos) pacientes;
- 1 (um) Hospital de funcionamento em horário integral;
- 1 (um) Centro de atendimento para a ESF localizado no bairro CDHU, mapeado com o maior índice de vulnerabilidade social e que atende preferencialmente a população que reside neste território;
- 1 (um) Posto de atendimento para os Agentes Comunitários da Saúde.

Cajobi é um município de pequeno porte com população estimada de 10.400 habitantes e área total de aproximadamente 176,9222 km², localizado ao norte do interior do Estado de São Paulo, há aproximadamente 430 km do Estado de São Paulo.

Através de um diagnóstico socioterritorial realizado com a população do município, estimou-se que há cerca de 134 analfabetos, 67 acamados, 98 beneficiários do Benefício de Prestação Continuada, 286 Idosos e 60 portadores de deficiência.

O município denominado popularmente como “Cidade Jardim”, devido à jardinagem de sua praça central ser reconhecida na região, possui em sua maioria uma população em vulnerabilidade social. Grande parte desta população são cidadãos imigrantes que buscam um aporte de trabalho no município para maior estrutura familiar, no entanto também há uma parcela significativa de munícipes na mesma situação.

Durante muito tempo a principal base econômica do município foi a agricultura da safra da cana de açúcar, laranja e batata doce, nas quais uma parcela significativa dos munícipes estavam inseridos. Porém observa-se que devido à crise econômica sofrida pelo país, a oferta de trabalho antes predominantemente vinda da lavoura, foi consideravelmente afetada, fator este que leva num dado facilitador para as situações de vulnerabilidade e risco social.

Cajobi está inserido na Macrorregião Sudeste, microrregião de Catanduva-SP e mesorregião de São José do Rio Preto-SP, faz divisa com os municípios de Severínia, Monte Azul Paulista, Embaúba e Tabapuã e ainda conta com um distrito denominado Monte Verde Paulista.

Localizada á 28,02 km de distância do município de Olímpia-SP, conhecido nacionalmente por seu parque aquático, integra a DRS de Barretos-SP juntamente com os municípios especificados na Tabela 01 a seguir.

Figura 04: Mapa de localização de Cajobi-SP



Fonte: Google Maps (Acesso em: 03/07/17)

Os municípios da região de Cajobi pertencem a Regional de Barretos e de Catanduva. Na Tabela estão listados os municípios e a população correspondente de acordo com a ordem.

Tabela 01 - Municípios e população estimada das Regionais de Barretos e Catanduva:

REGIÃO	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
BARRETOS	Altair	4060
	Barretos	119243
	Bebedouro	77627
	Cajobi	10341
	Colina	18245
	Colômbia	6211
	Guaíra	39813
	Guaraci	10778
	Jaborandi	6882
	Monte Azul Paulista	19304
	Olímpia	53360
	Severínia	16806
	Taiacu	6205
	Taiúva	5605
	Taquaral	2819
	Terra Roxa	9101
Viradouro	18428	
Vista Alegre do Alto	8002	
CATANDUVA	Catanduva	119480
	Embaúba	2481
	Novais	5313
	Palmares Paulista	12336
	Paraíso	6290
	Pirangi	11220
	Tabapuã	12103

Fonte: Adaptado de Dados do Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

3.3. Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa do presente estudo foi submetido ao CEP do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Submeteu-se a apreciação do CEP, pois a realização da pesquisa envolveu a coleta de dados envolvendo a participação de sujeitos de pesquisa, a partir de entrevistas, com base em um questionário orientador, contendo perguntas semiabertas a respeito do tema de pesquisa (ANEXO A). As entrevistas foram realizadas com os profissionais de saúde do município, para estas foi

elaborado e entregue aos profissionais uma via do TCLE, conforme apresentado em anexo (ANEXO B).

A pesquisa foi aprovada pelo referido CEP, sob parecer n. 2.167.831, na data de 11 de julho de 2017, cumprindo a Resolução 496-12 do CONEP. Consta em anexo este parecer (ANEXO C).

Após a aprovação do CEP o Secretário de Saúde do município foi contatado para informa-lo sobre a aprovação do estudo, rerepresentando seus objetivos centrais, esclarecimentos sobre toda e quaisquer dúvidas e a solicitação para dar início à coleta de dados com os profissionais. Posterior a este, realizou-se uma reunião individual com cada profissional de modo que compreendessem do que o estudo se tratava e para informar as questões éticas e de confidencialidade da pesquisa e do TCLE.

O pesquisador assumiu o compromisso de sigilo em relação aos dados e demais informações coletadas, assim como o resguardo de suas identidades.

Diante de tal explanação, o Secretario de Saúde e os profissionais não fizeram objeções quanto à realização da pesquisa e foi iniciada a coleta de dados com a assinatura do TCLE.

3.4. Amostra da pesquisa

Foram convidados a participar da pesquisa 4 (quatro) categorias de profissionais de saúde: médico, ACS, enfermeiro/técnico de enfermagem e farmacêutico. A coleta de dados contou com a participação de 4 (quatro) profissionais.

3.5. Coleta de dados

3.5.1. Entrevistas aos Profissionais de Saúde

Os dados foram coletados por meio de entrevistas, contendo um questionário orientador com 10 (dez) perguntas semiabertas aos profissionais de saúde atuantes nos serviços de saúde do município de Cajobi-SP.

Os profissionais convidados possuem ao menos 3 (três) meses de atuação comprovada em um dos respectivos departamentos uma vez o questionário orientador da entrevista leva

em consideração a atuação destes profissionais para com a incidência da sífilis e ISTs, de forma que seu tempo de experiência é relevante para o resultado da pesquisa.

A escolha destes profissionais foi feita mediante a proximidade de suas atribuições profissionais para com o atendimento/tratamento/notificação de pacientes com sífilis/ISTs, de acordo com os responsáveis pela unidade.

Dados demográficos e sociais dos participantes foram coletados através de questões fechadas que foram preenchidas pelo entrevistado, após concordância em participar do projeto de pesquisa.

A entrevista aconteceu em data e horário previamente acordados com os profissionais e com a administração da unidade em que os profissionais atuam, e para respondê-la foi necessário o tempo de aproximadamente 40 (quarenta) minutos.

Para a elaboração do questionário para as entrevistas foram levados em consideração fatores essenciais para a análise deste estudo. As perguntas foram desenhadas de forma que os profissionais pudessem expressar sua experiência relacionada ao tema nas unidades de atuação, e também suas preocupações e questionamentos sobre o assunto.

3.5.2. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros

Foi definido também como coleta de dados o emprego do banco de dados com indicadores da sífilis do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais da SVS pelo MS, através do link <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>. Este disponibiliza indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros possibilitando obter dados nacionais e regionais, estaduais por estado e municipais de cada estado. Desta forma foram obtidas planilhas em Excel® da Microsoft com o detalhamento de dados sobre os casos de sífilis em gestante e sífilis congênita. Também estão disponíveis um conjunto de gráficos, sendo que foram utilizados para este trabalho os gráficos referentes à taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1000 nascidos vivos) na região, estado ou município e taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano (por 1000 nascidos vivos).

As planilhas do Brasil, da região, estado ou município contém dados organizados em forma de tabela contendo dados de sífilis em gestante com o total de casos e distribuídos ano a ano pelo período de 2005 a 2015 e 2016 (incompleto) e com as taxas de detecção. Estão também disponíveis dados anualmente distribuídos sobre idade gestacional por trimestre, faixa etária da gestante, escolaridade, raça ou cor com início em 2005 ou 2007. Os dados de

classificação clínica da sífilis estão presentes a partir de 2007, mas os dados sobre esquema de tratamento são do período de 2012 a 2015. Cada conjunto de dados é apresentado em distribuição percentual também.

Quanto aos dados sobre a sífilis congênita, são apresentados desde 2000, devido à portaria de Notificação Compulsória (BRASIL, 1986). Além do número de casos por ano, a taxa de incidência, a idade da criança, o diagnóstico final, a faixa etária e escolaridade da mãe, sobre o esquema de tratamento, o tratamento dos parceiros e óbitos. Os dados sobre a raça ou cor, a realização do pré-natal, o momento do diagnóstico da sífilis materna estão presentes a partir de 2007. Cada conjunto destes dados de sífilis congênita também é apresentado em distribuição percentual.

Foram coletados para o estudo os dados dos municípios de interesse e os gráficos. Para comparação e análise também foram coletados dados dos municípios de grande porte como São Paulo, Campinas, Guarulhos, São Caetano e da região da região, como Ribeirão Preto, Sertãozinho, entre outros.

3.6. ANALISE DE DADOS

3.6.1. Procedimentos:

3.6.1.1. Etapa 01 - Contextualização da situação da IST com os dados do Estado de São Paulo, do município de Cajobi-SP e municípios da mesma região

A coleta de dados referente à incidência da sífilis, SG e SC no município de origem e demais municípios já citados e especificados de acordo com a coleta de dados, foi realizada para fins de análise das taxas de detecção e caracterização dos casos notificados de acordo com sua população e incidência.

3.6.1.2. Etapa 02 – Contextualização da situação da IST com os discursos dos profissionais de saúde através de entrevista

A realização das entrevistas como estratégia metodológica apresentou a finalidade de obter informações de natureza descritiva exploratória, permitindo por meio da discussão e

reflexão compreender as percepções dos entrevistados sobre o assunto proposto, em uma visão técnica e que possibilite interação. A entrevista foi gravada em áudio para posterior transcrição, a fim de garantir a preservação documental e a disponibilidade da fala fidedigna dos entrevistados.

Inicialmente foi realizada a análise dos áudios, sobre os discursos por autor da fala, tipo de discurso e de conteúdo. Os áudios foram transcritos e cuidadosamente preservados para a manutenção do sigilo. Os discursos foram organizados em tópicos que foram resumidamente descritos para a orientação da análise.

A análise foi estruturada em tópicos pertencentes a cada questão específica do questionário orientador da entrevista, com total de 10 (dez) questões para o desenvolvimento das reflexões e considerações sobre os resultados obtidos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo o Censo demográfico, o estado de São Paulo tem 646 municípios com uma população municipal que varia de 836 (Borá) a 11.967.825 (São Paulo) habitantes o que demonstra uma variedade extensa de circunstâncias. O perfil da população dos municípios mostra que 42% dos municípios tem a população igual ou menor que Cajobi (10.341 hab.), enquanto 2/3 dos municípios paulistas tem população igual ou inferior a 20 mil habitantes. A tabela mostra esta distribuição:

Tabela 02 - Distribuição dos municípios do estado de São Paulo de acordo com faixa populacional

>1mi	3	646	100
500 a 1mi	6	643	99,5356
250-500	22	637	98,60681
150-250	21	615	95,20124
100-150	25	594	91,95046
80-100	19	569	88,0805
60-80	18	550	85,13932
50-60	23	532	82,35294
40-50	28	509	78,79257
30-40	35	481	74,4582
20-30	54	446	69,04025
15-20	55	392	60,68111
10 a 15	66	337	52,16718
5 a 10	123	271	41,95046
3 a 5	89	148	22,91022
até 3 mil	59	59	9,133127
Total Geral	646		

Fonte: Adaptado de Dados do Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

O indivíduo e sua família moram no município e cabe ao município organizar a ABS, para que esta cumpra as estratégias e os planos de saúde a ela designados pelo SUS.

A maioria dos municípios do estado de São Paulo contam com ESF. Os profissionais das equipes de ESF e das unidades básicas de saúde devem estar devidamente alertadas e preparadas para agir em situações de risco de epidemias. A contenção ou controle e prevenção de surtos epidêmicos devem ser realizados pelos municípios e a relevância, prioridade ou

compromisso que cada município estabelece para os riscos à saúde de seus munícipes se traduz em melhor ou pior controle.

A participação do governo estadual e federal com estratégias, planos de ação, materiais e financiamento adequados são fundamentais, mas sem a participação efetiva do município e de seus profissionais, ou seja, na ponta final do processo junto aos indivíduos e comunidade não se alcança o sucesso planejado. Portanto a ação coordenada entre as 3 esferas do governo é peça fundamental da qualidade de saúde ofertada com controle adequado dos surtos epidêmicos potenciais.

A prevenção da proliferação do mosquito *Aedes aegypti* apresenta altos e baixos entre os municípios, e ao longo de um período devido a oscilações nos investimentos dos entes federados (federal, estadual e municipal) os serviços de saúde nos municípios e a população estão fortemente sensíveis aos investimentos, ações e compromissos que devem ser constantes e permanentes.

No caso da sífilis, a situação de contágio parece ser cada vez mais grave, no momento.

A sífilis assumiu ao longo dos anos condição epidêmica que continua em larga escala, fugindo do controle dos programas e estratégias do governo. Não há preparo dos serviços de saúde e da população, não há consistência das ações governamentais e não há investimentos necessários para conter o avanço epidêmico que se esperava recrudescer a partir de 2016.

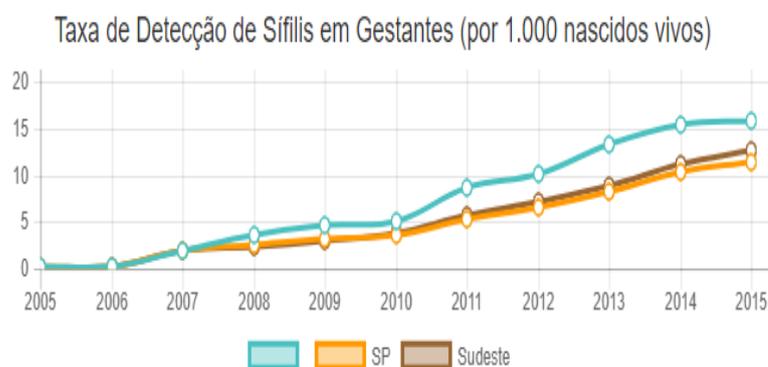
Na idealização deste projeto de pesquisa, pretendeu-se seu desenvolvimento em município de pequeno porte pelo fato da pesquisadora ser membro efetivo da equipe municipal de saúde e bem-estar e que durante a rotina de trabalho ouvia comentários coloquiais entre os servidores sobre o aumento demasiado de casos de sífilis no seu município e municípios vizinhos. Vislumbrou-se realizar um estudo para o Programa de Mestrado Profissionalizante Gestão de Organizações de Saúde que resultasse na formulação de um plano de ação de combate à disseminação desta IST e outras, com a participação ativa dos servidores e da população.

Para o estudo com os dados sociodemográficos, epidemiológicos e outros dados estatísticos disponíveis em bancos de dados do governo, foram pesquisados os bancos do IBGE e o DATASUS em relação ao perfil de casos de sífilis no município de Cajobi para se definir o desenho metodológico que pretendia ser qualitativo com a participação de profissionais de saúde e indivíduos em condição de vulnerabilidade social. Obteve-se os indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros conforme descrito na metodologia.

4.1. Taxa de detecção e taxa de incidência de sífilis em gestantes e sífilis congênita em municípios do estado de São Paulo

Foram obtidas as planilhas do Brasil, da região sudeste, do estado de São Paulo para se observar o conjunto de dados e o perfil das curvas associados às taxas de detecção e de incidência. A taxa de detecção de SG e a taxa de incidência de SC comparando a região sudeste do país e o estado de São Paulo são praticamente sobrepostas ou paralelas e nos municípios populosos como São Paulo, São Bernardo, Campinas, Ribeirão Preto e Diadema este tipo de perfil se repete, conforme se observa nos gráficos abaixo:

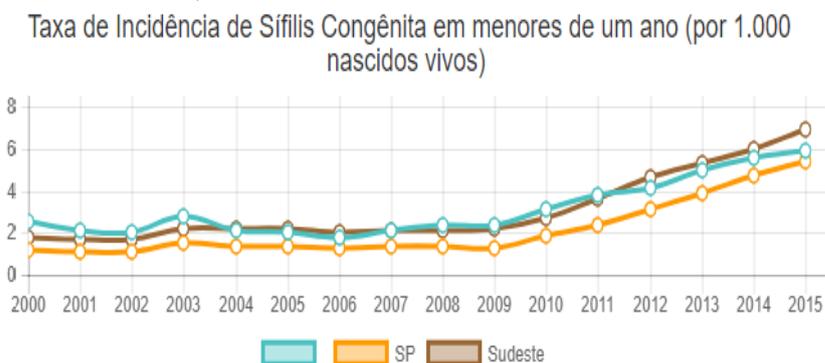
Gráfico 01 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de São Paulo (11.967.825 hab.)



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

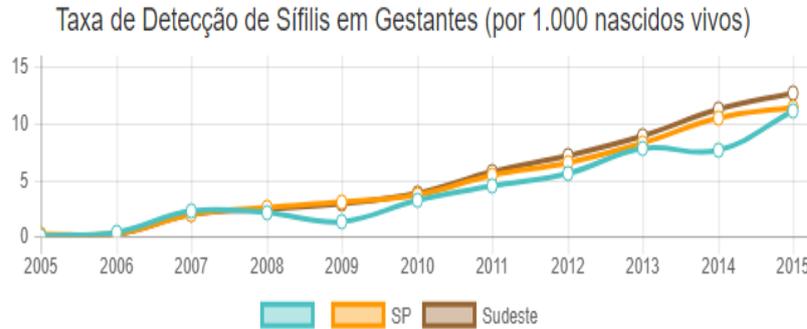
Gráfico 02 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de São Paulo (11.967.825 hab.)



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

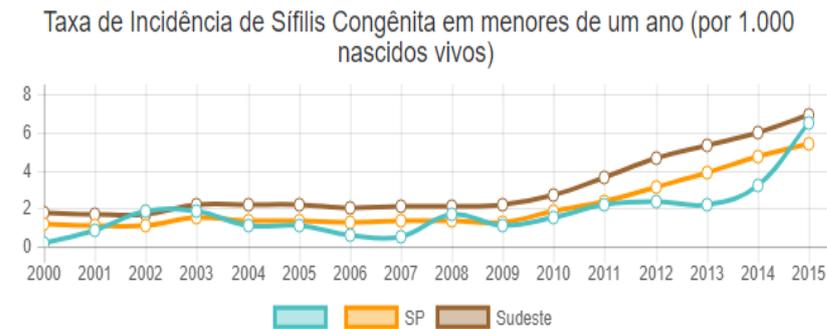
Gráfico 03 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de São Bernardo de Campo (816.925 Hab.)



Fonte: [MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais](#).

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

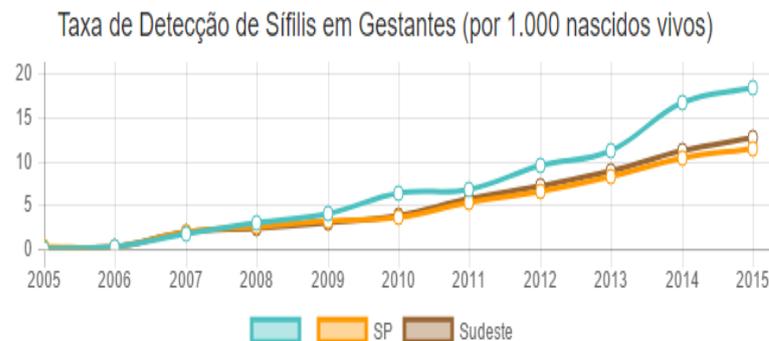
Gráfico 04 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de São Bernardo de Campo (816.925 Hab.)



Fonte: [MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais](#).

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

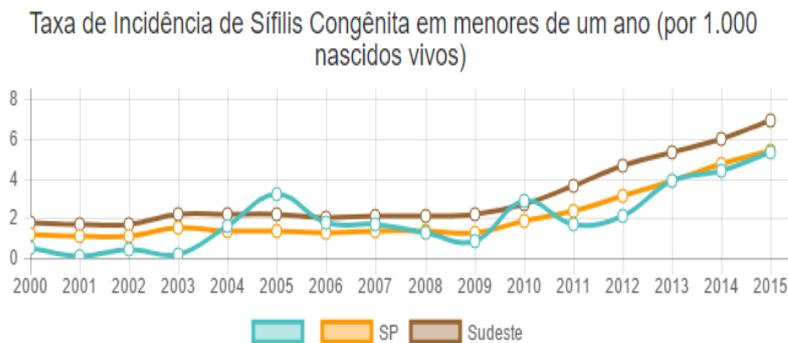
Gráfico 05 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Campinas (1.164.098 hab.)



Fonte: [MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais](#).

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

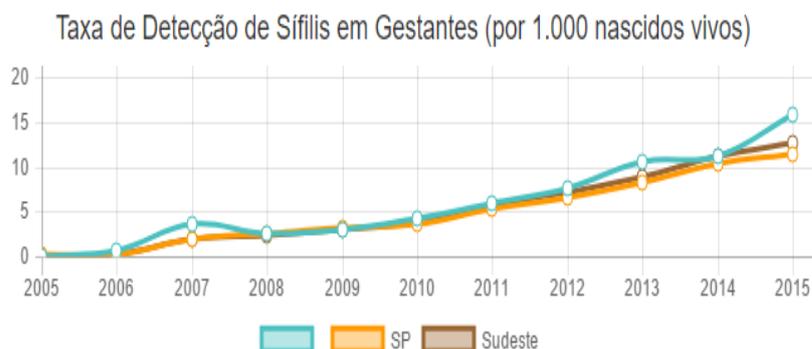
Gráfico 06 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Campinas (1.164.098 hab.)



Fonte: [MS/SVS/Departamento de DST,AIDS e Hepatites Virais](#).

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

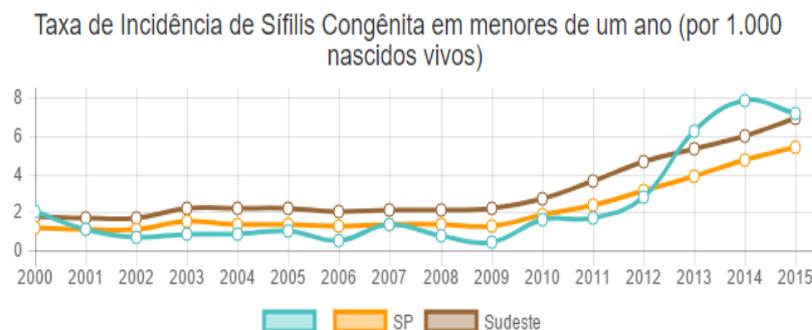
Gráfico 07 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Ribeirão Preto (666.323 Hab.)



Fonte: [MS/SVS/Departamento de DST,AIDS e Hepatites Virais](#).

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

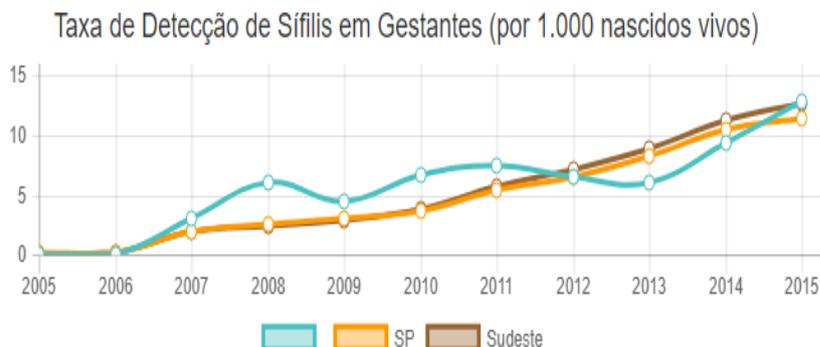
Gráfico 08 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Ribeirão Preto (666.323 Hab.)



Fonte: [MS/SVS/Departamento de DST,AIDS e Hepatites Virais](#).

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

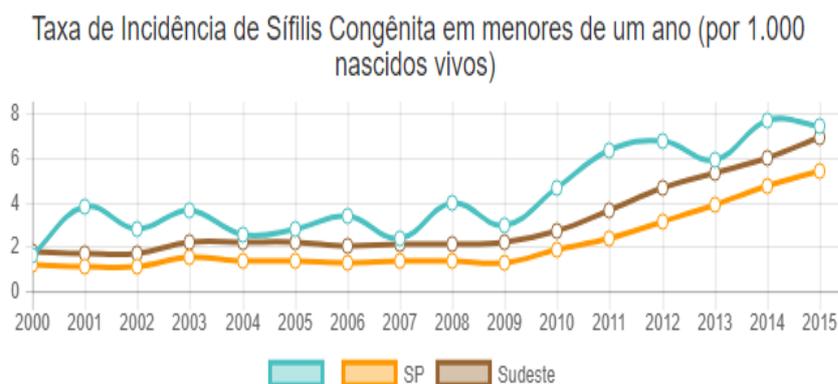
Gráfico 09 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Diadema (Hab. 412428; SG 453 E SC 471)



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

Gráfico 10 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Diadema (Hab. 412428; SG 453 E SC 471)



Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

Observa-se pelos gráficos que ao longo dos anos há um constante aumento nas taxas mostrando a ascensão dos índices. Municípios como São Paulo e Campinas apresentaram taxa de detecção maior que o estado e a região. As oscilações nas taxas de detecção de sífilis em gestantes (SG) e de incidência de sífilis congênita (SC) podem ser melhor analisadas com os dados disponíveis nas tabelas abaixo.

Os dados obtidos através das tabelas planilhas no Excel permitem uma análise mais pormenorizada com resultados melhor evidenciados.

Tabela 03 - Distribuição da Taxa de detecção de casos de sífilis (1000 nascidos vivos) em gestantes na região sudeste, no estado de São Paulo e nos municípios de São Paulo, Ribeirão Preto e Campinas.

MUNICÍPIO	ANO	SUDESTE	%	Est SP	%	SP	%	RP	%	CAMPINAS	%
População				44396484		11967825		666323		1164098	
SG CASOS		72753		36209	0,816	15.214	1,27	604	0,91	1344	1,15
SG ANOS	<2007	450	-	234		90	0,3	6		5	nd
	2007	2095	1,9	1105	1,9	338	2	26	3,6	25	1,8
	2008	2718	2,5	1478	2,4	643	3,7	19	2,5	42	2,9
	2009	3298	3,1	1834	2,9	794	4,6	23	2,9	60	4,1
	2010	4317	3,7	2196	3,8	886	5,1	34	4,2	94	6,3
	2011	6542	5,4	3308	5,7	1.542	8,7	49	5,9	101	6,8
	2012	8259	6,5	4005	7,2	1.773	10,1	63	7,6	145	9,6
	2013	10265	8,3	5081	8,9	2.303	13,3	86	10,5	172	11,2
	2014	13199	10,4	6486	11,2	2.687	15,3	97	11,2	265	16,6
	2015	14959	11,3	7100	12,6	2.802	15,9	137	15,9	294	18,4
	2016	6651		3382		1.356	0	64		141	0

Fonte: Adaptado de Dados do Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

Tabela 04 - Distribuição da taxa de incidência de sífilis congênita na região sudeste, no estado de São Paulo e nos municípios de São Paulo, Ribeirão Preto e Campinas.

MUNICÍPIO	ANO	SUDESTE	%	Est SP	%	SP	%	RP	%	CAMPINAS	%
População				44396484		11967825		666323		1164098	
SC CASOS		61238	84,17	23187	64,04	9414	61,9	327	54,1	546	40,6
SC ANOS	< 2007	16521	ND	5683	ND	2808	ND	55	ND	109	ND
	2007	2307	2,1	804	1,4	356	2,1	10	1,4	24	1,7
	2008	2384	2,1	835	1,4	411	2,4	6	0,8	19	1,3
	2009	2466	2,2	789	1,3	411	2,4	3	0,4	14	0,9
	2010	2994	2,7	1152	1,9	548	3,1	13	1,6	44	2,9
	2011	4133	3,6	1483	2,4	662	3,8	14	1,7	25	1,7
	2012	5256	4,6	1915	3,1	714	4,1	23	2,8	32	2,1
	2013	6065	5,3	2376	3,9	869	5	51	6,2	6	3,9
	2014	7068	6	2952	4,7	989	5,6	67	7,8	71	4,4
	2015	8183	6,9	3374	5,4	102	5,9	62	7,2	84	5,3
	2016	3861	0	1824	0	604	0	23	0	64	0

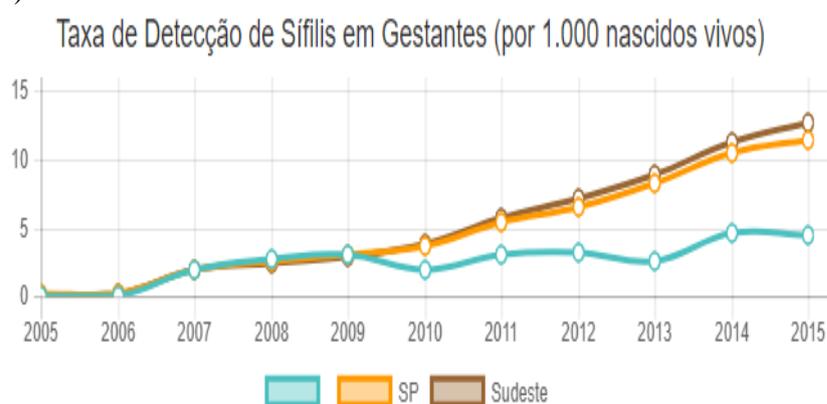
Fonte: Adaptado de Dados do Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

As notícias sobre o aumento alarmante da sífilis passaram a ser veiculadas pela mídia (rádio, TV, rede eletrônica), as vezes com reportagens alertando a população e o governo para

os problemas com esta IST, intensificados em 2016, mas em 2017 o quadro de alerta persiste, ou melhor, se amplia. (COLLUCI, 2017)

Observando-se os gráficos de alguns municípios de grande porte verificou-se taxas significativamente discrepantes dos da região sudeste e do estado de São Paulo. São representados pelos municípios de Santo André, Guarulhos, São Caetano do Sul. Os gráficos indicam taxas de detecção acentuadamente inferiores indicando subnotificação ou a não detecção dos casos de sífilis em gestantes, com um comprometimento da assistência pré-natal às gestantes. A taxa de detecção de sífilis congênita também está abaixo do projetado.

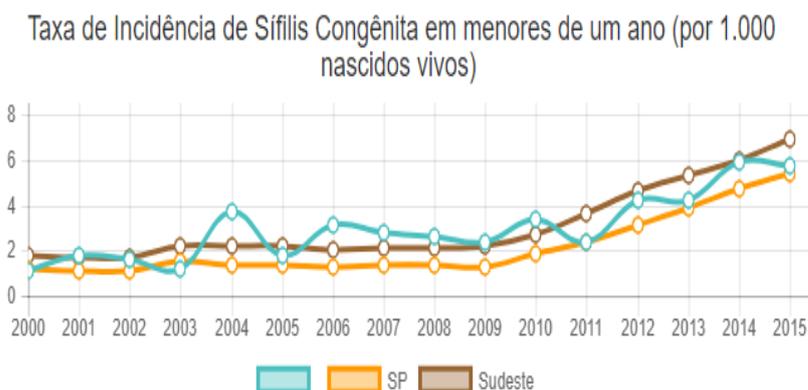
Gráfico 11 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Guarulhos (1.324.781 hab.).



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais.

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

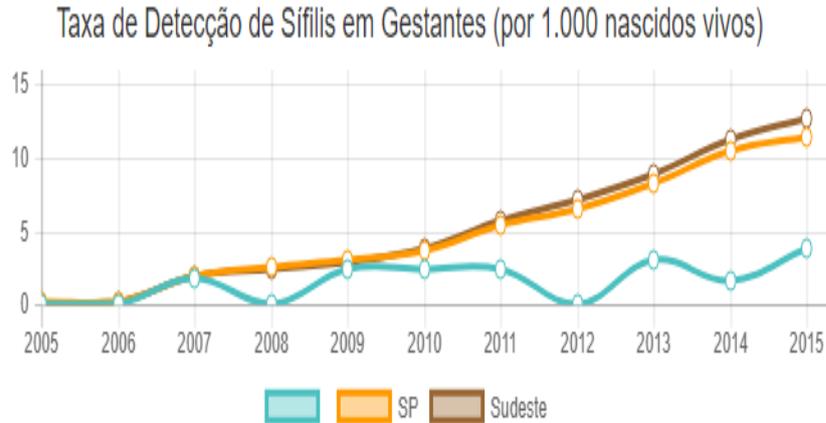
Gráfico 12 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Guarulhos (1.324.781 hab.).



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais.

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

Gráfico 13 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de São Caetano do Sul (158.024 hab.)

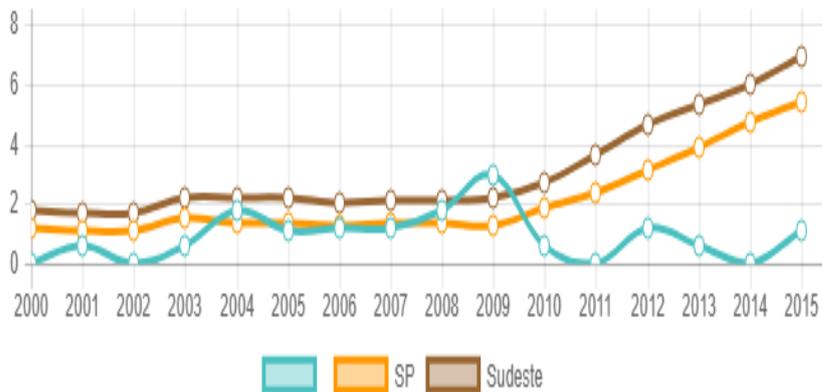


Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

Gráfico 14 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de São Caetano do Sul (158.024 hab.).

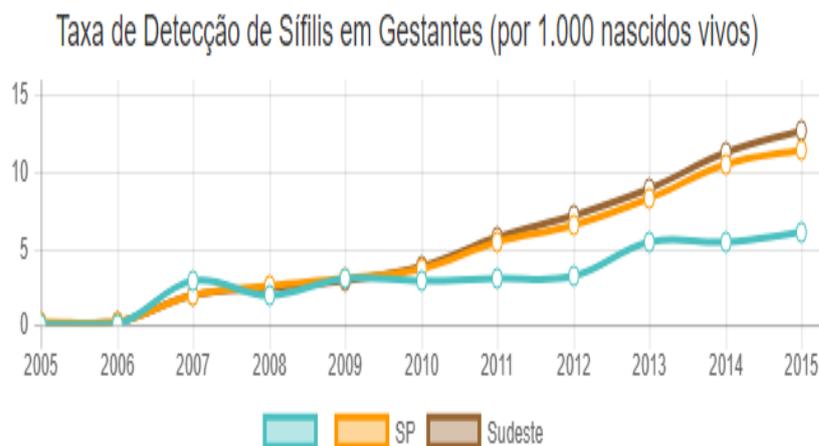
Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano (por 1.000 nascidos vivos)



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

Gráfico 15 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Santo André (710.210 hab.)

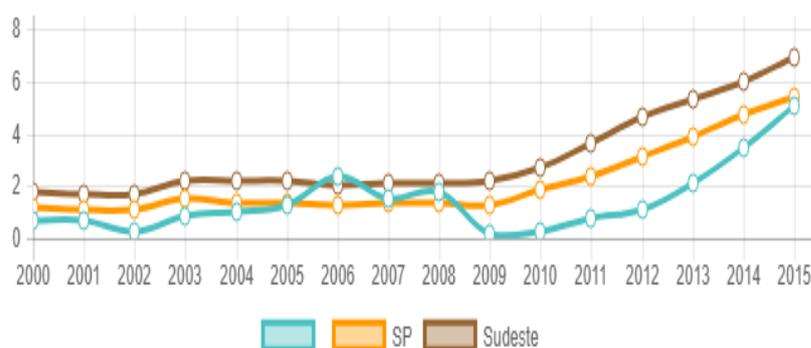


Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

Gráfico 16 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Santo André (710.210 hab.)

Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano (por 1.000 nascidos vivos)



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

Nas tabelas abaixo estão apresentados os dados referentes ao número de casos por ano e as taxas de detecção de sífilis em gestantes por 1000 nascidos vivos dos municípios acima citados de Diadema, Guarulhos, Santo André e São Caetano do Sul:

Tabela 05 - Distribuição da Taxa de detecção de casos de sífilis (1000 nascidos vivos) em gestantes dos municípios de Diadema, Guarulhos Santo André e São Caetano do Sul.

MUNICIPIO	ANO	DIADEMA		GUARULHOS		STO ANDRE		S CAETANO	
População		412428		1324781		710210		158024	
SG CASOS		453	1,098	637	0,481	327	0,46	32	0,2
SG ANOS	<2007	0	0	1	0	0	0	0	0
	2007	20	3	41	2	24	2,8	3	1,8
	2008	41	6,1	56	2,7	18	2	0	0
	2009	30	4,5	65	3,1	27	3	4	2,4
	2010	41	6,6	41	2	27	2,9	4	2,4
	2011	48	7,4	64	3,1	27	3	4	2,4
	2012	42	6,5	69	3,2	29	3,2	0	0
	2013	38	6	56	2,6	48	5,4	5	3
	2014	60	9,4	100	4,6	49	5,4	3	1,6
	2015	82	12,8	96	4,4	55	6	7	3,8
	2016	51	0	48	0	23	0	2	0

Fonte: Adaptado de Dados do Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

Tabela 06 - Distribuição da Taxa de detecção de casos de sífilis congênita dos municípios de Diadema, Guarulhos Santo André e São Caetano do Sul.

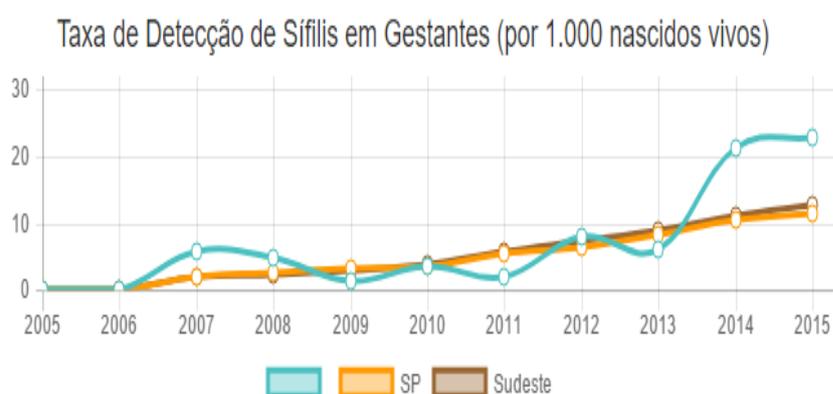
MUNICIPIO	ANO	DIADEMA		GUARULHOS		STO ANDRE		S CAETANO	
População		412428		1324781		710210		158024	
SC CASOS		471	104	1082	169,9	231	70,64	26	81,3
SC ANOS	00-07	149	ND	305	ND	47	ND	9	ND
	2007	16	2,4	58	2,8	13	1,5	2	1,2
	2008	27	4	53	2,6	16	1,8	3	1,8
	2009	20	3	49	2,4	2	0,2	5	3
	2010	29	4,6	70	3,4	3	0,3	1	0,6
	2011	41	6,3	51	2,4	7	0,8	0	0
	2012	43	6,7	91	4,2	10	1,1	2	1,2
	2013	37	5,9	89	4,2	19	2,1	1	0,6
	2014	49	7,7	128	5,9	32	3,5	0	0
	2015	47	7,4	124	5,7	47	5,1	2	1,1
	2016	13	0	64	0	14	0	1	0

Fonte: Adaptado de Dados do Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

Na região do município em estudo estão Barretos e Catanduva, regionais de saúde. A região de Barretos dividida em norte e sul conta com 18 municípios e outros municípios

circunvizinhos pertencem à regional de Catanduva (descrito em metodologia). Os gráficos de alguns municípios desta região estão apresentados abaixo com as taxas de detecção de sífilis em gestante e taxa de incidência de sífilis congênita em função do tempo. Devido à menor população na maioria destes municípios as curvas das taxas para SG e SC apresentam oscilações mais acentuadas se comparadas às de maior população, como esperado.

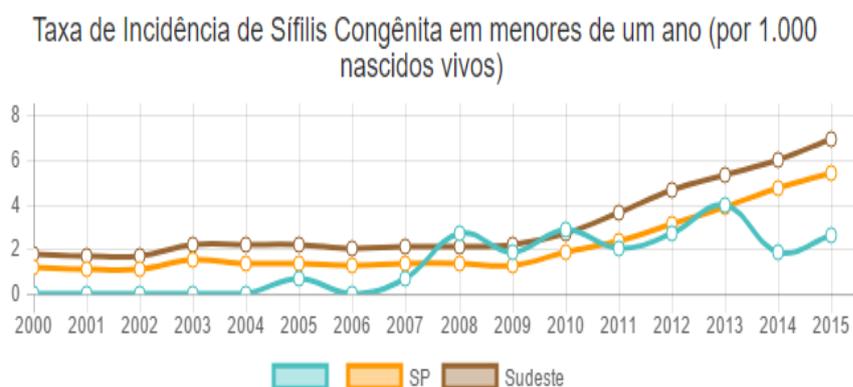
Gráfico 17 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Barretos (119.243 hab.)



Fonte: [MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais](#).

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

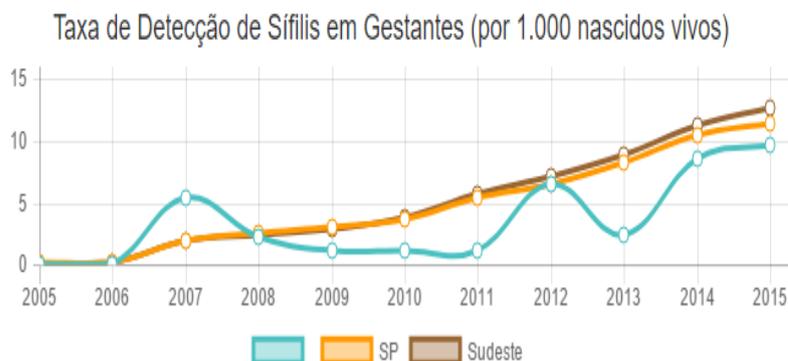
Gráfico 18 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Barretos (119.243 hab.)



Fonte: [MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais](#).

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

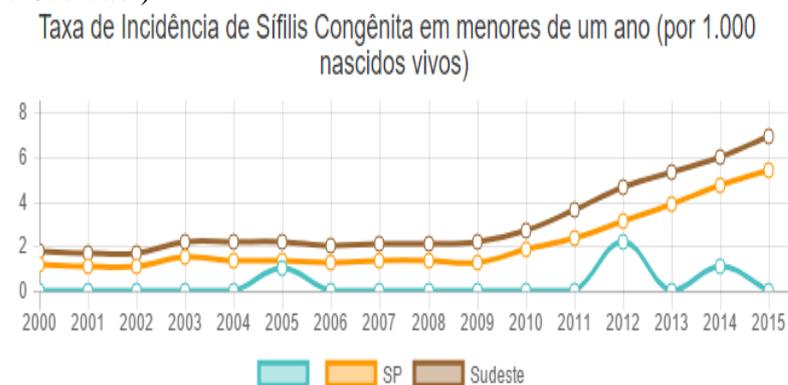
Gráfico 19 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Bebedouro (77.627 hab.)



Fonte: [MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais](#).

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

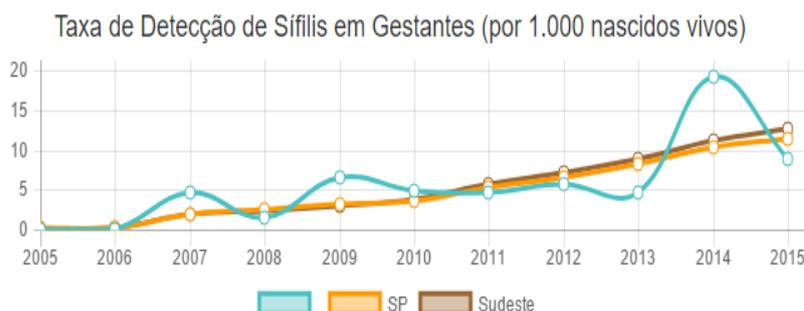
Gráfico 20 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Bebedouro (77.627 hab.)



Fonte: [MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais](#).

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

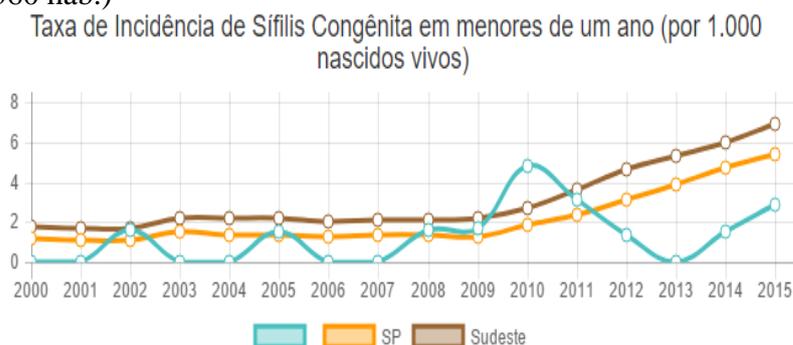
Gráfico 21 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Olímpia (53.360 hab.)



Fonte: [MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais](#).

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

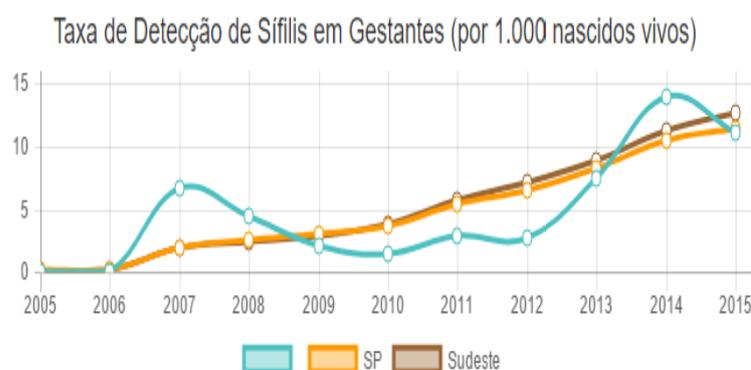
Gráfico 22 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Olímpia (53.360 hab.)



Fonte: [MS/SVS/Departamento de DST,AIDS e Hepatites Virais](#).

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

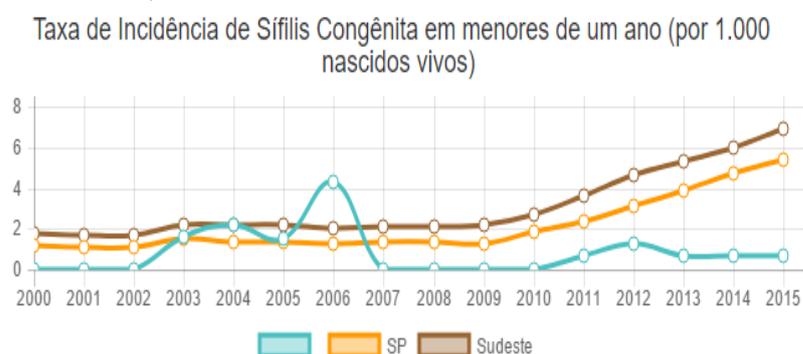
Gráfico 23 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Catanduva (119.480 hab.)



Fonte: [MS/SVS/Departamento de DST,AIDS e Hepatites Virais](#).

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

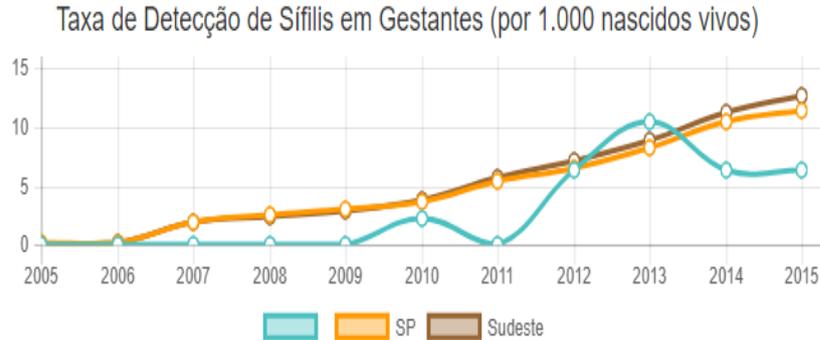
Gráfico 24 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Catanduva (119.480 hab.)



Fonte: [MS/SVS/Departamento de DST,AIDS e Hepatites Virais](#).

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

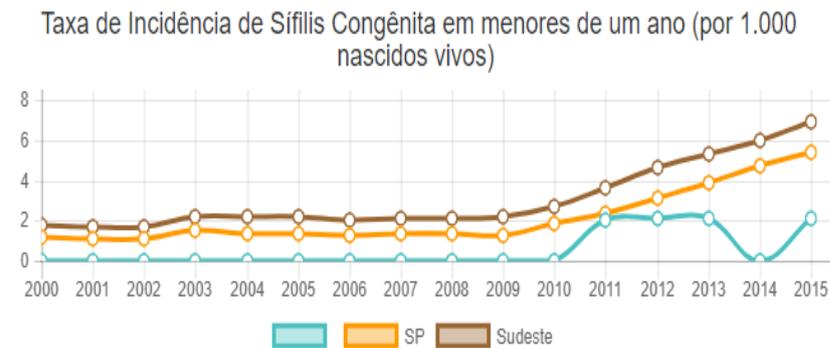
Gráfico 25 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Guairá (39.813 hab.)



Fonte: [MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais](#).

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

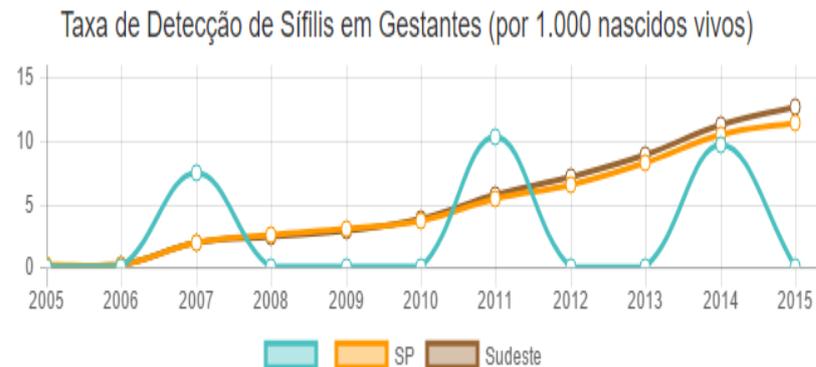
Gráfico 26 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Guaíra (39.813 hab.)



Fonte: [MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais](#).

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

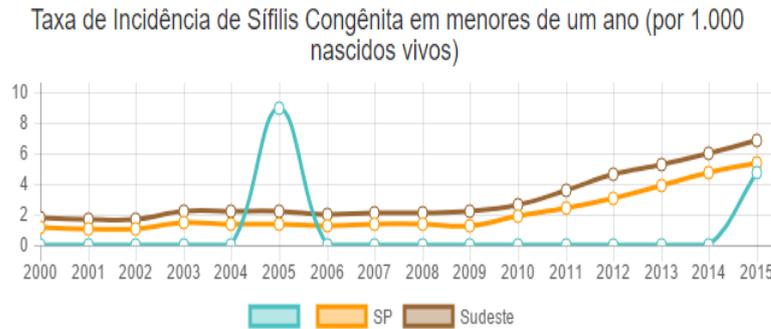
Gráfico 27 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Severínia (16.806 hab.)



Fonte: [MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais](#).

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

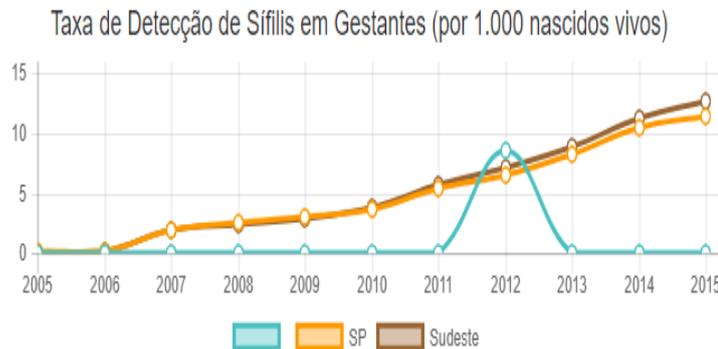
Gráfico 28 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Severínia (16.806 hab.)



Fonte: [MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais](#).

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

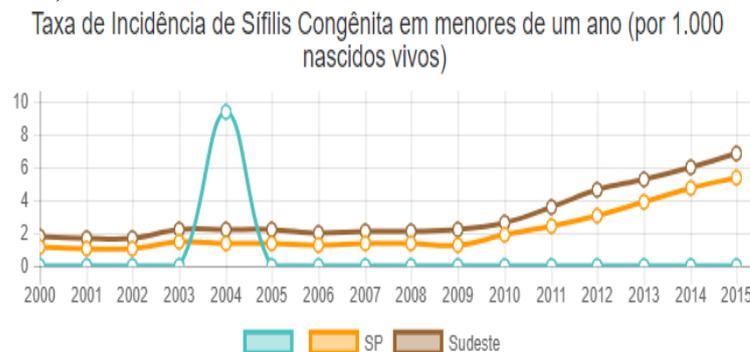
Gráfico 29 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Cajobi (10.343 hab.)



Fonte: [MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais](#).

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

Gráfico 30 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Cajobi (10.343 hab.)



Fonte: [MS/SVS/Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais](#).

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

Um levantamento dos indicadores de sífilis em gestantes (SG) e sífilis congênita (SC) nestes municípios mostrou variações acentuadas, considerando a população de cada município, conforme mostra a tabela a seguir:

Tabela 07 - Indicadores de sífilis em gestante e sífilis congênita nos municípios vizinhos de acordo com sua população.

REGIONAL	MUNICIPIOS	HAB	SG	% SG/POP	SC
BARRETOS	Barretos	119243	144	1,21	36
BARRETOS	Colômbia	6211	6	0,97	2
CATANDUVA	Novais	5313	5	0,94	0
BARRETOS	Olímpia	53360	46	0,86	16
CATANDUVA	Catanduva	119480	79	0,66	19
BARRETOS	Altair	4060	2	0,49	1
BARRETOS	Bebedouro	77627	38	0,49	4
BARRETOS	Guaíra	39813	17	0,43	4
BARRETOS	Severínia	16806	7	0,42	3
BARRETOS	Taiúva	5605	2	0,36	1
BARRETOS	Taiacu	6205	2	0,32	0
BARRETOS	Colina	18245	5	0,27	1
CATANDUVA	Palmares Paulista	12336	3	0,24	3
BARRETOS	Terra Roxa	9101	2	0,22	1
BARRETOS	Viradouro	18428	4	0,22	6
SJ RIO PRETO	Guapiaçu	20037	4	0,20	5
CATANDUVA	Paraíso	6290	1	0,16	0
BARRETOS	Jaborandi	6882	1	0,15	0
BARRETOS	Vista Alegre do Alto	8002	1	0,12	0
BARRETOS	Cajobi	10341	1	0,10	1
BARRETOS	Guaraci	10778	1	0,09	1
CATANDUVA	Pirangi	11220	1	0,09	1
CATANDUVA	Embaúba	2481	0	0,00	0
BARRETOS	Monte Azul Paulista	19304	0	0,00	0
CATANDUVA	Tabapuã	12103	0	0,00	0
BARRETOS	Taquaral	2819	0	0,00	0

Fonte: Adaptado de Dados do Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

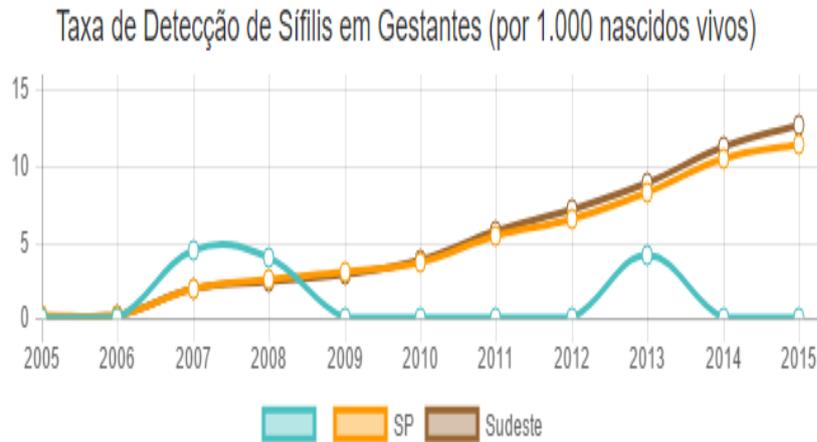
A composição dos dados dos gráficos e da tabela acima mostram o perfil das notificações de SG e SC ao longo do tempo.

A notificação de um único caso de SG e de SC no município em estudo indica para um perfil de subnotificação como acontece com a maioria dos municípios se considerarmos os perfis apresentados com os casos de maior taxa de detecção. Os municípios de Novais e de Colômbia com populações de 5 a 6 mil habitantes mostram a notificação de casos proporcionalmente semelhantes aos municípios populosos. Os dados disponibilizados nas planilhas mostram que os casos de Colômbia foram 4 em 2016, 1 em 2015 e 1 em 2007. Os 2 casos de SC notificados foram 1 de 2015 e 2016. O caso de 2007 de SG foi detectado no 3º trimestre, enquanto os outros 5 foram no 2º semestre, que resultaram nos 2 casos de SC, pois o tratamento não foi realizado ou foi inadequado. Apesar da taxa de detecção com notificação o tratamento ficou comprometido.

Novais com cerca de 5000 habitantes notificou no período 5 casos de SG: 1 em 2010, 2 em 2012, 1 em 2015 e 1 em 2016. Há registros dos tratamentos para os 4 casos de 2012 em diante. Não houve notificação de SC. A transmissão vertical pode ter sido contida pela assistência pré-natal e pela farmacoterapia adequada. Este município com baixa densidade populacional detectou % semelhante aos municípios de grande porte, tratou e evitou casos de SC. Os baixos níveis de detecção em outros município da região podem representar subnotificação, como no caso do município em estudo

O município de Viradouro notificou 4 casos de SG (07, 08, 13 e 16) e 6 de SC todos até 2007, sem nenhum caso até 2017. Os perfis das curvas estão apresentados nas curvas abaixo:

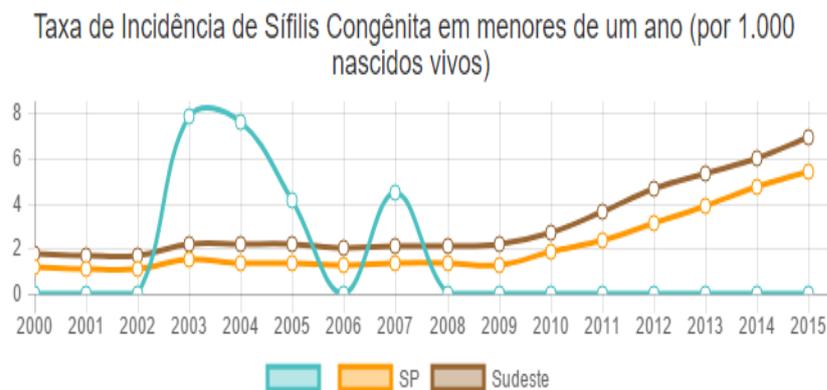
Gráfico 31 – Taxa de Detecção de Sífilis em Gestantes. Cidade de Viradouro (18.428 hab.)



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

Gráfico 32 – Taxa de Incidência de Sífilis Congênita em menores de um ano. Cidade de Viradouro (18.428 hab.)



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde (2007).

Com uma epidemia em plena ascensão aliado à percepção do aumento substancial do número de casos em municípios que reportam oficialmente um caso ou outro ao longo da década (2007 a 2016) pode-se inferir que além dos casos descritos tem-se um índice elevado de subnotificação nos municípios. Isto configura um grave problema para a ABS municipal, que deve ser avaliado para o desenvolvimento de estratégias que venham a transformar essa realidade.

4.2. Contextualização da situação da IST com os discursos dos profissionais de saúde

A entrevista caracteriza-se em questionamentos básicos que são estruturados em hipóteses e teorias do pesquisador que estão relacionados ao tema da pesquisa. Os questionamentos podem ser realizados de forma a surgir novas hipóteses a partir dos relatos dos entrevistados. (TRIVIÑOS, 1987).

Questão 01- O (a) Sr. (a) já atendeu ou participou direta ou indiretamente de algum atendimento com um indivíduo portador desta infecção no município? Se sim, relate sem mencionar nomes como foi sua atuação.

Verificou-se que os profissionais participaram de atendimentos a pacientes com a infecção. As falas dos entrevistados esclarecem como tem sido a participação. Os casos relatados foram de acontecimento recente, alguns ainda em acompanhamento.

Ó já atendi sim, é (pausa) primeiro a gente faz a notificação compulsória da doença que tem todo um trabalho em relação à DRS, que é a regional de Barretos e comunicar porque é uma doença de notificação compulsória. Então você faz, preenche uma fichinha de notificação compulsória e agenda pra depois o paciente vir colher o sangue, então até ai a enfermagem faz tipo, meio que... (pausa) meio não, mas diretamente. Depois aí vem a parte do médico que vai fazer a cauterização das verrugas, do condiloma em si, ai depende. (Entrevistado).

Já sim, é (pausa) quando eu vim pra cá na unidade em fevereiro peguei uma paciente que teve e foi diagnosticada no teste né, eu encaminhei ela pro médico aqui da unidade mesmo, ele fez a prescrição do tratamento dela né (pausa) até como foi feito um teste rápido eu fiz a solicitação de um FTA-ABS e do (pausa) como chama o outro... (pausa) da titulação pra gente poder saber como que tava né... se era primário, em que estágio que estava, mas no caso dela não deu titulação nenhuma, então de acordo com o doutor quando não dá titulação nenhuma ai poder ser uma... uma transição... ai que né, a gente fica na dúvida... Será que ela realmente tem? Será que ela fez algum tratamento e ficou a cicatriz sorológica? Como que tava isso né (pausa). Mas ai o médico não teve como acompanhar o caso dela porque ele também foi transferido, mas ela tá fazendo tratamento, até esses dias ela veio na unidade e me procurou, o namorado dela também veio fazer o teste. Fora ela tem mais duas que estão sendo acompanhadas, mas elas foram diagnosticadas durante a outra enfermeira né... que trabalhava aqui. (Entrevistado).

Estou com muitos casos de sífilis, tem um caso de sífilis congênita, tem uma criança que nasceu com sífilis... foi um erro, fez teste, na gestação deu que ela estava com sífilis. Esse médico saiu, entrou um novo médico, como os exames não ficaram com ela, ele fica no prontuário, ele não solicitou o exame. A criança nasceu com sífilis 1 pra 256, a mãe tava com sífilis e o pai pegou sífilis também da esposa. A família tá com sífilis. A criança nasceu...

é... foi transferida, ficou internada dez dias tomando a penicilina (pausa) fez raio-x de ossos no ombro, exame com um mês, três meses, seis meses, doze meses e dezoito meses, tá tomando medicação e o pai tá sendo acompanhado também tomando medicação. Então assim (pausa) a gente nunca teve um caso que pegou uma família inteira. O ano passado eu tive um caso de uma gestante com sífilis também só que diagnosticou no início da gestação, ela foi medicada, deu 01 pra 32. Então assim... a mãe foi tratada, deu tempo de tratar ela e não transmitir para a criança. Mas tem muitos casos que às vezes elas chegam no final da gestação, você tem o diagnóstico (pausa) aí você faz a medicação (pausa) e as vezes não dá o tempo e passa pra criança. (Entrevistado).

A incidência da sífilis congênita vem crescendo substancialmente nos municípios que ainda não estão preparados para atender a essa demanda, seja por falta de treinamento técnico ou por falta de profissionais que participem do processo.

A partir da fala dos profissionais podemos constatar que os atendimentos não seguem os critérios estabelecidos pelo Protocolo de Atendimento á pacientes com sífilis estipulado pelo MS, o que ocasiona graves erros no tratamento que poderiam ser evitados, como por exemplo, o caso de sífilis congênita (BRASIL, 2007).

No caso do erro de anotação no prontuário, se a equipe de enfermagem estivesse acompanhando a titulação da gestante e prestando atendimento pré-natal com orientação, este fato poderia ter sido evitado. O MS preconiza a necessidade de se prestar orientação em uma perspectiva de integralidade para suprir a demanda de cada paciente.

As falas dos profissionais mostram que há discrepâncias na ordem em que são realizados os testes e consultas também sugerindo que não foram adotados uma ordem predefinida de acordo com os atendimentos padrões.

Donalisio (2007) em pesquisa realizada sobre a investigação da sífilis congênita aponta que em respeito da transmissão congênita há uma precariedade na ficha de notificação e no prontuário obstétrico do pré-natal, especialmente em informações que apontem o não tratamento, tratamento inadequado e ignorado, oferecido a gestante.

Os dados referentes ao tratamento preconizado com penicilina benzatina para sífilis congênita e sífilis em gestantes passaram a ser registrados a partir de 2000 para a congênita, mas para o tratamento da mãe com sífilis é registrado somente a partir de 2012 (Secretaria de Vigilância de Saúde, 2017).

Este dado é fundamental para se desenvolver estratégias e planos de ação em cada unidade de saúde, que deve preconizar atendimento pré-natal de qualidade, a oferta e o

registro do tratamento e o acompanhamento com devido registro. Essas ações são crucias para o controle da sífilis congênita.

Observa-se também a falta de preparo das equipes ESF diante de um resultado positivo e que estes fatores sugerem a baixa qualidade do atendimento pré-natal, e que não se pode dizer que há um seguimento clínico segundo o protocolo definido pelo MS. (Donalisio, 2007).

Os entrevistados relataram que participam dos atendimentos até certo ponto, mas que após este não há mais nenhuma forma de comunicação entre eles que indique o que houve com o caso e paciente. Um dos graves problemas da atenção à saúde das pessoas é a inadequação do registro dos atendimentos com referência e contra referência. Nota-se que não há comunicação entre os profissionais de saúde, que apesar de suas atribuições relativamente definidas não tem estruturado uma articulação profissional entre eles, trabalhando sem uma perspectiva de interdisciplinaridade tão importante para os serviços de saúde. Este fato conduz para o questionamento do processo de formação dos profissionais de saúde. De forma inédita o Ministério da Educação e Saúde devem trabalhar em coordenação para prover uma formação adequada. As Diretrizes Curriculares dos cursos das áreas de saúde estabelecem regras que buscam a inserção do aluno no início do curso nos serviços de saúde, aliado à formação interdisciplinar onde se aprende a trabalhar com outros saberes e futuros profissionais distintos.

A interdisciplinaridade é uma forma de organizar o trabalho dentro do território, é a inter-relação e interação de diversos saberes incluindo indivíduos e comunidade para atingir um objetivo comum. Exige o desenvolvimento de habilidades e competências, conforme definido nas Diretrizes Curriculares, além das técnicas específicas da área profissional, como: adaptação, confiança, flexibilidade, trabalhar em grupo, aceitação de riscos, aprender a lidar com as adversidades, aceitar novos papéis, assim como outras características necessárias ao trabalho que exige o compartilhamento e junção de saberes e práticas. (VILELA 2003).

As universidades brasileiras ainda não conseguiram incorporar as necessidades demandadas pelo SUS e definidas como essenciais a uma formação profissional de qualidade para a saúde, que trata da inserção precoce do aluno nos serviços e do exercício da interdisciplinaridade neste ambiente onde saberes estabelecidos são desafiados no dia a dia.

De acordo com o Manual de Bolso sobre diretrizes para o controle da sífilis congênita algumas medidas podem ser tomadas para evitar o aumento da sífilis congênita (Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006):

A medida de controle da sífilis congênita mais efetiva consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada:

- a) captação precoce da gestante para o início do pré-natal;
- b) realização de, no mínimo, seis consultas com atenção integral qualificada;
- c) realização do VDRL no primeiro trimestre da gestação, idealmente na primeira consulta, e de um segundo teste em torno da 28ª semana com ações direcionadas para busca ativa a partir dos testes reagentes (recém diagnosticadas ou em seguimento);
- d) instituição do tratamento e seguimento adequados da gestante e do(s) seu(s) parceiro(s), abordando os casos de forma clínico-epidemiológica;
- e) documentação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis na carteira da gestante;
- f) notificação dos casos de sífilis congênita.

A questão da vulnerabilidade foi relatada onde em um atendimento o paciente teve dificuldades em prosseguir com o tratamento pelo motivo da família encontrar-se em vulnerabilidade social.

[...] teve um especificamente que eu participei, que o paciente dava muito trabalho. Era uma pessoa que era de um (pausa), não só a pessoa, mas a família era uma família que era muito vulnerável sabe? É... e ela não fazia o tratamento correto, ela não ia tomar as vacinas, ou (pausa) os remédios tudo certinho, não participava. A gente teve essa dificuldade. (Entrevistado).

O treinamento ausente ou inadequado das equipes de saúde, seja do ESF ou outra, podem conduzir à ações equivocadas sem a familiarização com a conjuntura social deste paciente. É importante que se estabeleçam estratégias em equipe que venham a promover o fortalecimento de vínculos com grupos mais vulneráveis socialmente, possibilitando uma aproximação de quem cuida com quem é cuidado, favorecendo suas relações de orientação e prescrição, a bandeira do Programa Humaniza SUS (BRASIL, 2008).

Questão 02- O que o (a) Sr.(a) entende por sífilis?

As falas dos entrevistados mostram que em geral todos conhecem o quadro, como se manifesta, como atinge, como se pode prevenir, entre outros fatores.

É uma doença sexualmente transmissível, pega pela falta de uso de proteção, no caso camisinha né... A camisinha já se sabe que não protege só da gravidez e que também das doenças sexualmente transmissíveis, já teve mais ou menos (pausa) há um tempo era uma doença que a gente quase não via mais, não tava erradicada, mas a gente quase não via. [...] Vi uma foto de um paciente com erupções nas costas, porque geralmente ela aparece nos órgãos genitais em pequena quantidade. Se o indivíduo não vai atrás de cuidar ela vai se alastrando... na parte genital e depois pelo corpo todo. (Entrevistado)

É uma doença sexualmente transmissível né, até a gente tava vendo uns artigos (pausa) ela pode ser até transmitida através do contato, mas assim muito raro acontecer, raríssimo, ela tem dois estágios né, ela pode ser primária ou secundária e (pausa) á longo prazo ela acomete o sistema nervoso né... é uma doença que tem tratamento, só não faz o tratamento se o paciente não quiser. (Entrevistado).

Oh, a sífilis é uma doença sexualmente transmissível né... e que assim, nos últimos anos ela tá aparecendo muito, aqui no município no ano passado a gente teve poucos casos de sífilis, esse ano estou com muito caso de sífilis. (Entrevistado).

É, sífilis é uma doença sexualmente transmissível ou uma infecção sexualmente transmissível, como eles vem utilizando a nomenclatura agora... que eles acham que é o mais correto. É uma doença que acomete quando uma pessoa não infectada faz sexo sem proteção com a outra, ela pode ser infectada por essa doença. E essa doença ela tem algumas fases e (pausa) ela é caracterizada é (pausa) justamente por isso, porque no início ela vem mais branda, depois ela some, ai ela vai pra segunda fase e ela vai aumentando sabe... a frequência com a agressividade que ela atinge o paciente. Inclusive, é aqui em Cajobi já teve até pessoas afastadas pelo INSS por essa doença... do estágio (pausa) jovem inclusive. Inclusive uma sífilis mal cuidada pode dar uma psicose no paciente, pode acometer a parte cerebral do sistema nervoso (pausa) ela traz várias complicações e pode gerar algumas comorbidades no paciente. Então ela... a gente tem que ter muita atenção, e eu sei também que ela, ela e a gravidez são umas das únicas situações que se pode utilizar a penicilina pra tratamento que é a bezetassil, e como tá em falta, é as únicas exceções que há aqui no país. (Entrevistado).

A dificuldade em se realizar o controle e tratamento da sífilis e sífilis congênita também pode ser atribuído a complexidade epidemiológica que a infecção traz consigo. Apesar de ser classificada como uma IST de tratamento fácil, rápido e com baixo investimento, o seu maior obstáculo pode estar ligado ao monitoramento da infecção, no que diz respeito à titulação e fases, a sua prevenção, e a compreensão da essencialidade de seu controle, inclusive proclamado e definido pela OMS.

O fato de ser considerada uma doença epidemiológica simples para muitos profissionais e ser sexualmente transmissível, pode favorecer o desinteresse e falta de

preocupação em articular ações com vistas à prevenção, que exijam um olhar mais aguçado do que somente campanhas tradicionais de saúde pública, com distribuição gratuita de camisinhas. É uma condição com estigma social. A preocupação em conhecer as fases da infecção, assim como suas características primordiais e consequências pode possibilitar que os profissionais adquiram uma visão mais sensível para os casos da infecção, favorecendo seu posicionamento e ações frente às situações, assim como a diminuição de riscos de erros e equívocos.

Embora a pergunta não tenha se preocupada em avaliar conhecimentos, questões desta natureza permitem verificar “o que vem a mente quando se fala de”. Todos identificaram a sífilis como um quadro transmitido sexualmente. Observa-se que nenhum dos entrevistados lembrou a razão primária da sífilis ser doença de notificação compulsória, um grave problema de saúde pública, intensificado no momento. Foi lembrada a transmissão sexual, mas não a transmissão vertical da mãe com sífilis (sífilis em gestante) para o feto, podendo levar à sífilis congênita. A sífilis congênita tornou-se um agravo de notificação compulsória pela Portaria n.542 de 22 de Dezembro de 1986 (Brasil, 1986). Em relação á dificuldade de controle da sífilis congênita e a relação direta com o cuidado pré-natal e a sífilis em gestantes, foi criada a Portaria n. 33 em 14 de Julho de 2005 para notificação da sífilis em gestante (Brasil, 2005).

Pela condição sexual da transmissão, o (a) parceiro (a) também deve ser devidamente atendido e diagnosticado, e em caso de infeção, ser notificado. A sífilis adquirida, aquela transmitida sexualmente, que acomete jovens e adultos via contato sexual tornou-se um agravo de notificação compulsória somente em 2014, pela Portaria n. 1271 de 06 de Junho (BRASIL, 2014).

Outro aspecto que não foi lembrado foi à assistência pré-natal, elemento fundamental na prevenção, controle, tratamento da sífilis.

Podemos perceber através das respostas, que não são todos os profissionais de saúde entrevistados, encarregados pelo diagnóstico e tratamento da sífilis leitores assíduos de documentos disponibilizados pelos órgãos federais e estaduais. Os profissionais de saúde devem ser permanentemente atualizados. Cabe ao estado e a União manter os programas em funcionamento. O artigo 200 da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, atribui ao SUS à competência de ordenar a formação na área da Saúde (BRASIL, 1988). Portanto, as questões da educação na saúde passam a fazer parte do rol de atribuições finalísticas do sistema. Foi criada após diversas experiências, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) pela Portaria n. 198/GM em 13 de Fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde:

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma proposta ético-político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial (BRASIL, 2015).

Nessa perspectiva, o MS propôs a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos seus trabalhadores, buscando articular a integração entre ensino, serviço e comunidade, além de assumir a regionalização da gestão do SUS como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento das necessidades e dificuldades do sistema.

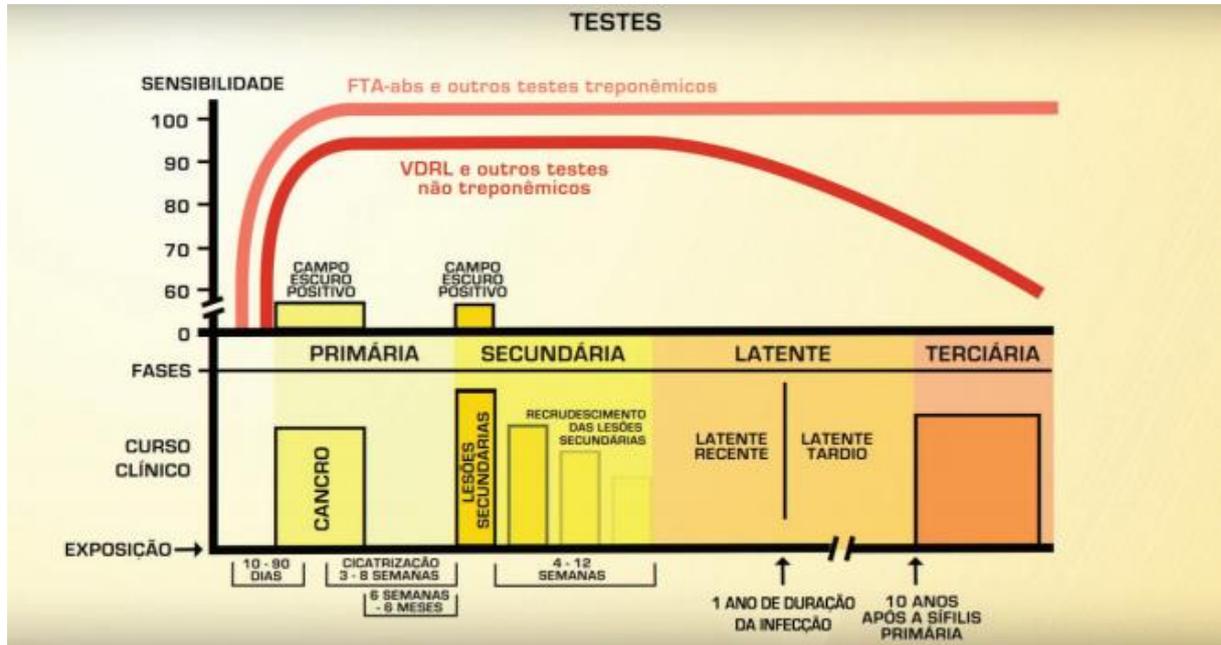
“A PNEPS é uma estratégia que pretende promover transformações nas práticas do trabalho com base em reflexões críticas, propondo o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços” (BRASIL, 2015).

É fundamental pensar na capacitação periódica desses profissionais para se manter atualizado, e seguir as diretrizes, as orientações e condutas apropriadas no atendimento à população. Os serviços de saúde, as condições da saúde, crônicas, agudas, surtos epidêmicos se modificam e as estratégias de cuidado vão sendo modificados em função de novos conhecimentos e novos desafios.

A situação epidêmica da sífilis é um problema de saúde que vem piorando dia a dia. As estratégias de ação não estão sendo executadas de forma adequada pelo resultado que se observa. Para o cotidiano da prática torna-se necessário que estratégias motivadoras possam ser criadas, aderidas e valorizadas pelos profissionais de saúde, principalmente da atenção primária, como essenciais para o desenvolvimento de atividades assistenciais. (ALVES, 2014). Além disso, pode-se estimular o desenvolvimento de atividades de educação permanente em saúde.

Os materiais produzidos pelo Ministério da Saúde através dos Programas são bem elaborados e educativos.

Figura 05: Desempenho dos testes laboratoriais associados a cada fase da sífilis não tratada



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2016.

Questão 03- De acordo com sua experiência profissional, quais são os fatores que contribuem para a incidência da sífilis no município?

O que acontece mais é que... antigamente a gente poderia falar que é a falta de informação para a população, hoje em dia eu não acredito que é falta de informação porque tá na televisão, nos veículos de comunicação tem, é (pausa) whatsapp, facebook, tudo tem. As pessoas, elas são orientadas, eu acho que é falta de proteger (pausa) o que pega mais é a falta de proteção. E não porque também o município não contribui com a proteção porque, não sei se você reparou nos corredores, todos os lugares tem alguma coisa (pausa) ou uma caixinha ou uma gradinha com (pausa) a camisinha. Então as pessoas não querem se proteger, porque o município, o estado, eles (pausa) porque essas camisinhas é o Ministério da Saúde que envia (pausa) então ele tá colaborando. Eu acho que o Estado, a cidade tá fazendo a sua parte (pausa) os veículos de comunicação tá ai, abre os olhos, tem campanha quanto á isso. Então eu acho que as pessoas não estão se protegendo porque não quer mesmo, entendeu... Eu acho que é falta de vontade da própria pessoa, das pessoas, da população em si né (Entrevistado).

Eu acredito que às vezes a própria falta de informação (pausa) dos jovens porque a maioria que procura é jovem e eles acham assim: ah acontece com os outros mas não comigo... e não usam o preservativo né... Tem, tem... casos de pacientes que vem procurar o serviço, vem procurar o teste rápido, a gente orienta, fala da importância do preservativo né... não existe só a gravidez, tem uma porção de doenças... mas mesmo assim, eles vem hoje, daqui trinta dias ele vem e fala assim: ah sabe aquela janela imunológica que você falou que pode ter entre os trinta dias?... ah, então tô voltando pra fazer.

Só que ai não fica nesses trinta dias porque daí da um certo período e ele volta pra fazer de novo, ou seja, ele não se preveniu... você orienta, orienta, orienta e eles continuam fazendo do mesmo jeito. Né então, assim... a incidência tem aumentado muito no Brasil, que a gente vai nos treinamentos e eles falam bastante que a incidência de sífilis tem sido muito alta né... É uma doença que pode ser tratada, que tem tratamento e ainda assim as pessoas não se conscientizam disso... né acha que ah... Não assim, eu trabalho em outro município também e lá eu também faço teste rápido... e lá eu tenho vários casos, a maioria é homossexual (pausa) e assim... é nessa questão, eles vão... fazem, dai trinta dias eles voltam, ou então tipo (pausa) teve uma relação sem camisinha e eles correm lá pra fazer, e ai assim... teve uns que já eram cicatriz sorológica que dá né... que o teste não diferencia se é cicatriz ou não, ele sempre vai dar positivo no caso de cicatriz... e as vezes não... as vezes ele já teve, já tratou e já tá positivado de novo, quando a gente vai fazer a titulação. Ai você fala assim: “mas por que que você não usou camisinha? A gente não falou, não conversou aquele dia?” Então assim... : “ah mas é que não tem graça fazer com camisinha”. Então prefere fazer sem né... e ai prefere correr o risco porque as vezes sai com quatro, cinco homens na noite, teve um que me relatou que saiu com dez em uma noite, se vai saber de quem que é? E ai se ele tá infectado ele vai passar pra quem sai com ele (pausa) né, então assim, o número é muito grande e eles não se conscientizam disso né... Eu tenho até um de lá que ele foi positivado, já era pra ele ter iniciado o tratamento, ele fez duas doses só da bezetassil e ele não procurou mais pra saber, não voltou mais pra saber se precisa tomar mais alguma coisa né, pra ver se negativou, ele não foi mais. Ai sempre que eu vejo eu converso com ele: “ah vou lá, eu preciso ir lá mesmo, não sei o quê, marca pra mim”... ai você marca e ele não vai. (Entrevistado).

Olha eu acho que (pausa) justamente por... por às vezes as pessoas não aderirem, como eu citei deste outro caso, não quis participar... outros falta informação de alguma coisa... por exemplo, ultimamente eu acho que tá faltando uma campanha mais, é... que fala sobre a questão da sífilis, porque tem sido um problema pra gente, entendeu? Assim como vem passando no Brasil aqui é... tem muitos casos, outro dia eu saí na rua e só de casos que eu sabia eu vi três numa volta que dei... três pessoas infectadas, entendeu? Então é grave, é sério, entendeu? E quando tem informação, a pessoa às vezes não utiliza porque falta de... a expressão é: “ah meu marido, ai meu parceiro de anos, ah mas eu conheço ele, ele mora na cidade e tal”... Isso acaba gerando essa falsa sensação de proteção, mas que na verdade é uma balela né? (Entrevistado)

É igual assim ó... preservativo, não sei se você viu na unidade de saúde, mas toda unidade disponibiliza... fica a caixinha. E assim, se alguém não quer pegar nos balcões fica no (pausa) ai, fica numa estantezinha que a gente coloca em lugar assim, que não passa tanta pessoa é... que não fica funcionário lá. Então na sala de espera do dentista, fica lá... então não fica funcionário direto lá, então a pessoa pode pegar... é, nos banheiros a gente coloca... então assim preservativo feminino, masculino tem assim... á vontade no município, a gente deixa na Santa Casa preservativo, nas unidades de saúde. Teve uma época que a gente distribuía nos bares, ai o pessoal dos bares falou que não queria, porque tem alguns bares do município... porque a gente sabe que tem profissional do sexo, que fica nesses bares... Tem, eles já citaram alguns nomes de bares, eu não recordo... não sei se é um ou dois bares, que fica as mulheres lá... levei, mas eles não

querem que fique lá. Tentei deixar nos banheiros públicos, ia criança, jogava dentro do vaso sanitário... entupiram o vaso... deixei (pausa). Tentei deixar na rodoviária, mas no banheiro da rodoviária também não deu certo... Então assim, a gente tem assim... a gente demanda, pra quem quiser tem nas unidades de saúde. Igual assim ó... reuni um grupo, acho que a gente deveria fazer um grupo pra trabalhar com DST, a gente não tem esse grupo. Acho que assim, nas escolas, levar informação, é fazer não palestras... porque ninguém vai ficar parado te ouvindo, mas assim... um bate papo com os adolescentes... mas a gente não tem esse grupo de DST, deveria ter sim, porque você acaba levando informação. Não assim: “ah vamos fazer uma palestra e ficar falando de DST”... tem gente que não quer ouvir isso, tem adolescente que tem um monte de dúvida, e o que tem ali tá careca de saber com panfleto que tem disponível nas unidades né... então assim, a gente poderia né... futuramente... fazer um grupo de DST e trabalhar com adolescentes. Eu acho que seria uma boa (Entrevistado).

Campanhas de saúde pública visam levar informação á população de maneira técnica, rápida e que agregue o maior número de pessoas possíveis, tornam-se necessárias como uma estratégia de fornecer conhecimentos a população sobre uma determinada doença que esteja com alta incidência e/ou que permaneça ainda desconhecida e perigosa. Campanhas não possuem caráter particularizado e não são idealizadas para diferentes tipos de população e classes sociais, mas trazem uma metodologia informativa padrão que venha com o máximo de informações sobre prevenção.

A orientação em questões de saúde é importante para que a população sinta-se acolhida e tenha suas dúvidas respondidas, no entanto não são suficientes para que as pessoas tenham de fato o conhecimento necessário para prevenção.

“[...] não é a cidade ou o Estado que não tá proporcionando pra que a pessoa seja protegida entendeu?” (Entrevistado).

Eu acho que é mais a população mesmo... porque assim, o governo dá camisinha, ele tem trocentas propagandas na televisão falando sobre a importância do uso do preservativo, sobre os riscos que se causa né? Porque assim ó... não sei se é falta de orientação, porque preservativo tem, tem pra todo mundo... não sei se é falta de orientação... ou assim (pausa) se eles desconhecem o que é uma DST, porque assim, informação tem... assim, tem que ter um grupo mesmo pra trabalhar com as pessoas (Entrevistado).

Prevenção não se trata apenas de conhecimento, mas de um processo educativo que coloca as pessoas em condição de igualdade em relação ao assunto tratado, a comunidade, os profissionais e os fatores que fazem parte de sua realidade.

A culpabilização dos indivíduos em situação de risco que não aderem à prevenção e ao tratamento, mesmo com a realização de campanhas informativas, orientações necessárias e disponibilização de meios para a prevenção não é adequada, uma vez que a questão levantada não é resolvida.

A participação dos indivíduos e comunidade no processo do cuidado á sua própria saúde requer investimentos em educação, em saúde e conhecimento adequado de quem cuida e de quem precisa ser cuidado. A transmissibilidade de doenças infecto contagiosas seja por fungos, bactérias ou vírus requer além do conhecimento técnico, a compreensão do comportamento humano, as condições socioeconômicas da população, seus costumes e padrões de comportamento. Quando a transmissibilidade é sexual e verticalizada os desafios são maiores para os gestores de saúde. O processo de culpabilização só é adequado quando se olha para os baixos investimentos em saúde e a ineficácia ou baixa eficácia das estratégias e planos de ação adotados. Só a camisinha não basta, e só a campanha descompromissada de resultados não bastam.

“[...] mas na minha opinião (pausa) assim, é que as pessoas não usam mesmo o preservativo, não faz uso de preservativo. Não tem consciência, sabe como pega... sabe como evitar, só que não usa, só que não usa...” (Entrevistado).

Se “as pessoas não possuem consciência” interpretado como não se importar em contrair a sífilis conforme referido pelos entrevistados, o aumento da sífilis parece assumir que essa situação deveria ser investigada, buscando os motivos que refletem no não uso do preservativo. Briceño Leon (1996) aponta que três fatores devem ser observados o agente, o vetor, e o ser humano. Esses três fatores se relacionam e são indispensáveis quando se pensa no controle de doenças. O autor chama a atenção para o fato de que há muitos conhecimentos gerados sobre o agente e vetores, no entanto sabe-se pouco sobre o fator ser humano. Briceño discorda da verticalização de informações (eu falo você escuta), e também não acredita que ocorra transformação mudando meramente as circunstâncias. Entende que o que deve ser transformado são as pessoas, a forma de como elas "enxergam" um determinado fenômeno e como mudar o olhar. As pessoas são parte fundamental do processo de transmissão.

Pensando nisso, mesmo após muitos avanços tecnológicos e científicos a população ainda continua contraindo doenças transmissíveis através de agentes infecciosos o que exige a transformação das autoridades sanitárias, para articular novas estratégias, articulações e

planos de ação. Esse enfrentamento precisa ser realizado por todos os profissionais de saúde, gestores, escolas, educadores e população em geral como meio de controle a vários agravos a saúde.

Para Saraceni (2007) a vigilância de agravos deve ser realizada enquanto ha possibilidades de intervenção. Relata que essa circunstância se confirmou na questão da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana. Após a notificação compulsória da gestante portadora de HIV no ano 2000, alcançaram-se resultados muito satisfatórios em relação à redução dos casos, com o qual podemos realizar um comparativo ao que tem acontecido com a sífilis. No entanto, os investimentos sejam financeiros, de profissionais ou educação, devem ser suficientes para se alcançar o êxito pretendido.

Questão 04 - As ISTs são relativamente comuns no município? O (a) Sr. (a) atende indivíduos com ISTs no cotidiano da sua prática? Pode citar as que se recorda? A que o (a) Sr.(a) atribui que as ISTs ainda sejam um grave problema de saúde pública?

Ó não é comum... aqui tá perguntando se é relativamente comum no município. Comum não é... é um caso ou outro esporádico, não é muito comum não. Pelo menos não era (pausa) só se agora... aparecer vários casos. Aconteceu essa semana da gente acabar sendo surpreendido com dois casos, e (pausa), mas é muito difícil, dois casos seguidos assim... e (pausa), se eu atendo na prática... não é muito de prática atender, a gente atende de vez em quando... aqui tá se eu atendo no cotidiano, mas não é muito do cotidiano. Às vezes aparece um caso ou outro. E pra citar é o que te falei, essa semana apareceu dois casos... uma mulher e um homem, normalmente quando aparece você pode ver que o parceiro vem atrás né? Não tem como... nesse caso ainda não apareceu, a parceira do homem ainda não se manifestou né? Mas... da mulher descobriu o casal, então já apareceu. Carnaval por exemplo, carnaval a gente distribui de monte, as pessoas levam á vontade. Então é meio complicado te falar que é só de saúde pública. Acaba se tornando de saúde pública porque né... a saúde do Estado, do município que tem que tomar conta disso. [...] e não a cidade ou o Estado que não tá proporcionando pra que a pessoa seja protegida entendeu? Eu acho que um pouco mais de má vontade das pessoas s proteger... porque eles acham que nunca vai acontecer com eles... aconteceu com o vizinho, com o amigo, sabe... com o namorado da amiga, mas com ele mesmo ou com ela eles acham que nunca vai acontecer (Entrevistado).

Na população aqui eu acho que sim, a sífilis e eu acredito que (pausa) o cancro, porque tem vindo... acho que três ou quatro casos já vieram procurar por contas de verrugas genitais. Eu tive dois casos que vieram, um até o rapaz já tinha feito a queima com o médico, e o médico pediu pra ele vir fazer o teste rápido, mas deu negativo o teste rápido dele. O outro, um casal também bem jovem, vieram de fora. Eu acho que é mais a população mesmo... porque assim, o governo dá camisinha, ele tem trocentas

propagandas na televisão falando sobre a importância do uso do preservativo, sobre os riscos que se causa né? (Entrevistado).

Olha... é uma via mão dupla, às vezes por você ser tão próximo, as pessoas... você está ali com uma proposta de ser profissional, mas quem você tá atendendo, muitas vezes te vê até como amigo. E por te ver como amigo, as vezes ela se sente envergonhada em ter cometido esse erro, entre aspas. Porque né... ela poderia ter se prevenido mas acabou sendo infectado... então eu sempre digo que ser agente de saúde é uma profissão muito privilegiada, principalmente partindo dessa perspectiva da saúde pública (Entrevistado).

Ó, esse ano de sífilis que eu tive confirmado... a gente não confirmou como sífilis em gestante porque quando a gente diagnostica na hora do parto já é sífilis em adulto, em gestante é quando você diagnostica na gestação... a dela foi na hora do parto, então já era uma sífilis em adulto, não era mais uma sífilis em gestante, que a gente faz a notificação. E eu tive um condiloma acuminado esse ano também... o condiloma são verrugas no trato genital, ai também é sífilis... a sífilis pode dar um corrimento uretral, ela pode dar verruga, pode sair lesões no corpo, na palma da mão, na planta, e eu tive nessa semana passada. Eu tive em adulto, teve uma sífilis congênita e eu tive um condiloma acuminado só nessa semana. E assim casos de sífilis tá tendo... esse ano acho que eu já tive mais três casos de sífilis em adolescente, bastante gente nova (Entrevistado).

Observou-se que os profissionais relataram o aumento da incidência da sífilis no município e relatos de sífilis congênita, sífilis em gestante notificada como adulto por ter sido diagnosticada no momento do parto e sífilis adquirida. Em comparação ao banco de dados de notificação SINAN, no período de 2005 á 2016, no qual houve somente uma notificação no ano de 2012 para sífilis congênita, houve um aumento de 100% em relação á sete meses de notificação deste ano (janeiro á julho), o que sugere que esses dados poderiam estar “perdidos” no meio do processo de tratamento.

Há um relato sobre a da incidência da sífilis no município acontecer esporadicamente, mas o mesmo entrevistado conta sobre duas situações diferentes que ocorreram na semana da entrevista.

Em relação ao relato para maior incidência do cancro, não fica claro se há acesso aos exames sorológicos de titulação que detectam o cancro como um dos primeiros sintomas de sífilis primaria, conforme figura apresentada na questão 01.

Levanta-se a questão da vergonha em fazer uso de preservativos e de realizar o tratamento no município, por tratar-se de um município de pequeno porte e a questão das doenças sexualmente transmissíveis ainda serem estigmatizadas pela população.

[...] Porque né... ela poderia ter se prevenido mas acabou sendo infectado... então eu sempre digo que ser agente de saúde é uma profissão muito privilegiada, principalmente partindo dessa perspectiva da saúde pública. Porque é um elo muito importante e interessante para que a gente faça essas pontes...(...) Tem várias pessoas em Cajobi, com outras doenças, inclusive sífilis que falam só com uma pessoa: quero falar só com quem é responsável e com mais ninguém, e não quero que mais ninguém saiba... ou vai tratar até fora da cidade pra que ninguém saiba e corra o risco de outras pessoas ficarem sabendo e tudo mais. Uma questão de vergonha ou sei lá o que. (Entrevistado).

Essa é uma construção sociocultural que colocavam as pessoas portadoras de ISTs em condição de inferioridade por serem taxadas como promiscuas.

A unidade de saúde é aberta pra eles virem bater papo, tirar dúvida, tudo... mas ainda assim eles são resistentes ao uso da camisinha... tem vergonha de pegar... As vezes você vê assim... que as pessoas chegam na recepção e antes a caixinha ficava com os preservativos em cima do balcão... e as vezes a pessoa vinha, ficava assim... tipo né... tentando disfarçar... perguntava de um exame, alguma coisa, a hora que a recepcionista virava, enfiava a mão rapidinho, catava e enfiava no bolso. Então as pessoas ainda se envergonham de usar preservativo, e não deveria ser motivo de vergonha (Entrevistado).

Há casos de pacientes que vão realizar o tratamento em outros municípios, o que constitui um sério problema de enfraquecimento de vínculos com a ESF e de contagem fidedigna de notificações, apontados pelos casos relatados. Os profissionais precisam estar aptos a realizar a abordagem das famílias de forma que transmitam á elas segurança e profissionalismo para que relações pessoais não se sobreponham a ações fundamentais ao diagnóstico e tratamento como orientação e acompanhamento dessas famílias. Os usuários não devem sentir-se intimidados mas sim acolhidos. Por outro lado as equipes de saúde principalmente de município de pequeno porte sofrem de alta rotatividade. Um dos profissionais entrevistados tem menos de 06 (seis) meses de trabalho enquanto o médico que antes era responsável pelo tratamento deixou o cargo.

Questão 05- *O (a) Sr.(a) acredita que os serviços de saúde do município consigam cobrir todo o território atendido?*

Aqui em Cajobi eu acho que sim (Entrevistado).

Na nossa cidade aqui... na cidade vizinha, em Severínia, estão 100% cobertos pela ESF. [...] Eu não sei como faz pelos meios legais, mas que eles deveriam ter feito uma outra, porque aqui tá sobrecarregado (Entrevistado).

Existe uma compreensão clara de que cabe a ESF fazer a cobertura dos casos de sífilis da população do município em estudo. Quanto à cobertura total há controvérsias:

Não. Não, porque a nossa estratégia, a nossa saúde, ela não é 100%. Infelizmente “a gente” só tem duas estratégias da família, o centro de saúde, e falta ainda uma estratégia para cobrir o município todo, né.
É uma cidade pequena, o Centro de Saúde tá aqui, é de fácil acesso... não tem que pegar ônibus, não tem que né.
Olha é (pausa) variável né, depende... eu acho que atender pode até atender, mas que qualidade é essa... Eu por exemplo penso que aqui em Cajobi deveria ter outra ESF que cobrisse.
A ESF não tem 100% aqui... pelo menos ela cobre 78% das estratégias. As estratégias elas tem... deveriam fazer um trabalho voltado a gestante, a diabete, hipertensos (Entrevistado).

Atribui-se a falta de 100% de cobertura como um fator para possíveis deficiências no trato a atenção à saúde, relacionando a questão da cobertura com a qualidade dos serviços. Contudo, apesar da integralidade de cobertura constituir-se como um fator importante para um melhor acompanhamento este não pode ser associado necessariamente a taxa de cobertura.

A ESF trata-se um modelo diferenciado de trabalho com a proposta de complementar os serviços da ABS, contando com uma equipe multiprofissional em unidades básicas de saúde. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento das famílias, contando com uma organização de número de famílias pré-definido em região demográfica já delimitada. Estas equipes trabalham com ações de promoção, prevenção, tratamento, recuperação, reabilitação e manutenção de doenças e agravos de saúde da população que reside nesta comunidade.

Pensando em estratégias para o enfrentamento da sífilis congênita a política de saúde brasileira define o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, publicado em 2007, preconizando ações e metas para melhoria do controle dessas infecções.

“Nos casos que a gente tem positivados, a gente consegue acompanhar, fazer o tratamento, ou pelo menos orientar quando eles se negam a fazer o tratamento. Mas não cobre a população toda” (Entrevistado).

No que diz respeito à organização da ABS, desde 1994 o MS tem priorizado a Estratégia Saúde da Família (ESF) para fortalecimento desse nível de atenção. Em 2008,

segundo dados do MS, apontavam que mais de 29 mil equipes de saúde, destinadas para ESF, seriam financiadas por meios de incentivos federais, o que seria suficiente em percentuais de uma cobertura de praticamente metade da população do país (Araujo, 2012).

“A da Piscina é uma extensão da de Monte Verde. Então, na Piscina tem a unidade “pequeninha” lá que os agente ficam lá só pra poder fazer relatório, mas aí, a população vem pra ser atendida no Centro de Saúde” (Entrevistado).

No entanto, alguns autores apontam que as avaliações sobre a qualidade do pré-natal têm demonstrado resultados insatisfatórios no acompanhamento adequado as gestantes. (Donalisio, 2007). A ABS deve ter o controle das estantes e o pré-natal deve ser realizado, inclusive com controle sobre a sífilis em gestante. Uma vez que o aumento da cobertura da ESF e de ações da ABS como o acompanhamento do pré-natal, deveria resultar em uma melhora no controle da transmissão vertical da sífilis, e um pré-natal de qualidade inclui o rastreamento sífilis em gestante, tratamento de parceiros e negatificação para sífilis congênita.

A quantidade de profissionais e a organização de cobertura dos territórios atendidos não constituem indicadores de efetividade de prevenção da sífilis e sífilis congênita. No entanto, 100% de cobertura deve prover controle total de sífilis. Essas constatações reforçam a necessidade de que os serviços sejam constantemente revistos pelos profissionais e responsáveis para a avaliação da qualidade dessa atenção e da desigualdade de acesso aos serviços.

O trabalho da ESF não deve ser meramente quantitativo, mas a qualidade deve ser alcançada ou discutida em condições de redução na qualidade dos indicadores.

Questão 06- *Para o (a) Sr.(a), a população que encontra-se em situação de vulnerabilidade social é de fato a mais afetada pelo contágio á sífilis e as demais ISTs?*

Sim. Sim, é (pausa) eu acredito que sim. Pela falta de informação que talvez é mais precarizada a eles, é (pausa) talvez basicamente seja isso mesmo (Entrevistado).

Não. Não, ela é uma doença, que está em todas as classes sociais, independente se tem um poder aquisitivo maior ou menor. Aqui em Cajobi, as pessoas, eu acho que elas estão no mesmo nível mais ou menos, socioeconômico, cultural... mas em cidades grandes você vê tudo misturado

(Entrevistado).

O conceito de vulnerabilidade social em um primeiro momento pode ser entendido pela vulnerabilidade em questões econômicas, o que também pode ser configurado como, porém a questão da vulnerabilidade é muito mais abrangente e possui uma conjuntura socioestrutural.

Yazbek (2001) define de forma clara, que as pessoas que se encontram em condições de vulnerabilidade social podem ser indivíduos ou famílias que por condição social: de classe, saúde, educacional, religiosa, cultural, política, econômica, ou étnica, encontram-se em condições precárias de vida. O que implica a fragilização de laços familiares, ruptura de vínculos, estar suscetível a exploração, restrição de liberdade e autonomia, como tantos outros fatores que impossibilitam o indivíduo a viver dignamente em sociedade.

A sífilis, a AIDS, a gonorreia são ISTs e carregam consigo a conotação de estigma social, como a sífilis vista nos séculos passados como “pecado da carne”. Com o surgimento da AIDS o “pecado da carne” invadiu o universo homossexual e o estigma social ficou mais perverso (Carrara, 1996).

Atualmente vivemos tempos de luta pela igualdade, inclusão social e há vislumbres de transformação social. Muitas vidas foram dizimadas, ceifadas, muitas lutas foram travadas e ainda o são. O brilhante matemático Alan Turing que morreu em 1954, com 42 anos, submetido à castração química, em 24 de dezembro de 2013, recebeu o perdão real da rainha Elizabeth II, da condenação por homossexualidade (SCHECHTER, 2016). Os “pecadores da carne” ainda continuam estigmatizados pela sua condição e se encontram em condições de vulnerabilidade social

Os entrevistados associaram a vulnerabilidade social a questões econômicas e de escolaridade, sem considerarem os outros fatores que podem levar a mesma.

[...] olha tem gente aqui que... tem até pessoa formada com DST (Entrevistado).

[...] assim, tem gente que tem nível superior e vem com DST pra nós (Entrevistado).

[...] são pessoas que não são do alto padrão, mas são pessoas que tem uma condição boa de vida... é da classe média, não é da classe baixa não (Entrevistado).

[...] ela é uma doença, que está em todas as classes sociais, independente se tem um poder aquisitivo maior ou menor” [...] não é porque tem um baixo

nível de escolaridade que então vai acontecer só com essas pessoas (Entrevistado).

[...] Tem pessoas que tem mais informação, mais dinheiro, estudam em melhores escolas e também tem a doença do mesmo jeito que aquele que tem menos informação ... acho que tá em todas as classes sociais (Entrevistado).

[...] acho que pela falta de informação, porque geralmente quem tá na situação de vulnerabilidade social, ela já vem de um histórico já de prejuízo nessa questão de informação... Muitas das vezes são analfabetos, outras vezes parou de estudar (Entrevistado).

O significado do termo “vulnerabilidade social” deveria ter sido adequadamente comentado para que os entrevistados pudessem refletir melhor sobre a questão levantada. Com isto foi recorrente a associação da vulnerabilidade à condição econômica e de escolaridade, onde para alguns a informação sobre sífilis é inadequada.

A vulnerabilidade pode estar no adolescente que não possui educação sexual na escola, por não constituir parte da grade de disciplinas e também por parte de sua família, que acredita em preceitos religiosos de que o sexo antes no casamento é um pecado, e por esse motivo inibe/condena qualquer assunto relacionado a isso. Esse adolescente não dispõe de um conhecimento correto sobre a prevenção á ISTs e não tem autonomia financeira e de identidade para procurar por si só essas informações. É comum as escolas não poderem realizar ações de prevenção a infecções sexualmente transmissíveis porque os pais entendem que isto pode estimular erroneamente seus filhos (ALMEIDA, 2009). Isto indica para a necessidade de educar os pais sobre sexualidade, ISTs e seus riscos e vida saudável.

Outro exemplo interessante é a fala:

E quando tem informação, a pessoa às vezes não utiliza porque falta de... a expressão é: “ah meu marido, ai meu parceiro de anos, ah, mas eu conheço ele, ele mora na cidade e tal”... Isso acaba gerando essa falsa sensação de proteção, mas que na verdade é uma balela né? (Entrevistado).

Esse relato expõe uma realidade recorrente de que muitas mulheres casadas mesmo sabendo que seus esposos mantem outros (as) parceiros (as) sexuais, continuam praticando sexo desprotegido por dependência financeira ou questões socioculturais, por acreditarem que o casamento precisa ser para sempre.

Para os dois exemplos, o adolescente e a dona de casa, não há uma ligação obrigatória que remeta a condições de vulnerabilidade econômica e de escolaridade, no entanto esses dois

fatores podem estar facilmente relacionados em ambas as situações, uma vez que a condição de vulnerabilidade agrega sempre mais de um agravante social.

A vulnerabilidade social demonstra qual a dimensão social do adoecimento para as famílias e indivíduos que se encontram nessa situação. É capaz de revelar o perfil da população no que se refere a quem utiliza os serviços de serviço social e saúde pública, coeficiente de mortalidade, índice de desenvolvimento humano e relação entre outros serviços direcionados à proteção básica (OLIVEIRA, 2013).

Expõe a necessidade de uma formação profissional além dos contornos clínicos e técnicos, um processo educacional que ainda está em construção: quem é o indivíduo e como ele se percebe nestas condições de transmissibilidade sexual de doenças.

Questão 07- O (a) Sr.(a) acha que a população em geral tem contato a informação necessária sobre a prevenção da sífilis e ISTs? Como poderia se informar a população?

A tecnologia e suas inúmeras interfaces trouxeram consigo o acesso ilimitado a todo tipo de informação. Os veículos e meios de comunicação apresentam ao consumidor o que buscam de forma rápida, acessível e sem exigir muitos esforços. Vive-se a revolução do conhecimento. A Tecnologia da Informação e do Conhecimento (TIC) democratizou a disseminação da informação. O quanto ela se traduz em conhecimento é uma questão aberta a discussões.

Paralela a toda essa facilidade chega o discurso de que há informação disponível para quem dela precisar e aquele que não utilizar dos meios para obtê-la, não o faz porque não quer. Em muitas situações essa premissa pode de fato ser uma verdade, no entanto quando falamos sobre educação este não é o caminho.

Bricenõ Leon (1996) em seu artigo sobre “Sete Teses sobre a Educação Sanitária para a Participação Comunitária” aponta alguns conceitos extremamente pertinentes quando falamos sobre a educação em saúde. Ele acredita que nas doenças metaxenicas existem três fatores que devem ser considerados: o vetor, o parasita e o ser humano e que deste último é o que menos sabemos.

Se há informação disponível sobre sífilis disponibilizada pelos Programas de Governo, com certeza a resposta é sim.

Ó, é a gente recebe vários informativos do Ministério da Saúde, normalmente todas as unidades de saúde do município e a nível de Brasil né... a gente sempre deixa no balcão, ou a gente deixa numa mesa né, então assim... acesso a informação tem. (Entrevistado).

Eu acho que eles têm, tem porque é (pausa) igual eu te falei, a gente volta no veículo de comunicação. Hoje em dia é tão fácil você ter uma informação, qualquer pessoa tem um celular, qualquer pessoa abre um... na internet, você abre um artigo científico ou uma propaganda ou qualquer coisa, eu acho que é de fácil acesso hoje a informação (Entrevistado).

Eu acredito que sim, contato tem, mas ficou uma coisa automática e eu não sei se eles absorvem da forma que às vezes as pessoas que propõem isso pensam. Porque eles chegam no Posto e sempre tem cartazes... quem lê aquele monte de cartazes? É muita coisa. (Entrevistado).

Informação deve gerar conhecimento. Briceño relata que antes de qualquer coisa é preciso conhecer o seu humano e isso significa compreender: suas crenças, hábitos e papéis e suas circunstâncias, pois a mudança só acontece se conseguirmos mudar as pessoas. Segundo um dos entrevistados:

[...] as vezes eles podem até ler e não assimilar, ai vai depender muito do conhecimento né, de cada um...mas pra informação tem, até por conta da própria mídia né... da internet e de tudo mais [...] (Entrevistado).

Conscientizar e transformar exige muito mais que distribuir folhetos informativos que não são assimilados.

Dessa forma só serão permanentes as ações que envolvam os indivíduos e a comunidade. A verticalização das informações pode até trazer resultados imediatos, mas a permanência desta possui um tempo curto, é frágil. É como assistir aulas, fazer provas, e no dia seguinte nem lembrar o que estudou.

Na construção do conhecimento as pessoas se apoderam das ideias, mas as informações espalhadas nos folhetos, mídias e palestras não atingem as pessoas ao ponto de possam cooperar e mantê-las, por julga-las ideias de outros, não as consideram próprias de si.

Porque assim, o que a gente deveria começar a fazer nas unidades de saúde, é a sala de espera. [...] Antigamente tinha sala de espera para as gestantes, a enfermeira trabalhava, colocava vídeos, essas coisas... geralmente, uma vez por ano, a gente faz sobre hanseníase, que a gente tem que fazer uma campanha e depois vai nas unidades de saúde e depois fala com os pacientes, entrega panfleto pra eles certinho. Só que eu acho que seria uma boa fazer sala de espera pra essas pessoas, pelo menos assim... todo mundo é bem tratado, independente da faixa etária (Entrevistado).

A assiduidade e o espaço criado para uma finalidade específica dá credibilidade e reciprocidade da interação entre os envolvidos.

Então eu acredito que assim, ele é... às vezes as pessoas não conhecem o que ela pode causar né, o agravamento dela, mas a doença em si eles já pelo menos ouviram falar. (Entrevistado)

Então acho que volta na conscientização. (Entrevistado)

Eu acho que tem... porque tem muita gente que... de idade que tem vida sexual ativa até hoje. (Entrevistado).

[...] então, deveria ser algo mais focalizado, por exemplo, a gente fez campanha nas escolas sobre DSTs levando em conta a “Campanha Fique Sabendo”, que é combate ao HIV, a AIDS, e aproveitou pra falar um pouquinho de cada doença. Então a gente focou por exemplo, em um público maior, era sétima e oitava, colegial, mas isso foi antes do surto da sífilis, tem mais de dois anos. A sífilis vem aumentando no Brasil significativamente há uns dois anos... mesmo assim, pelo que chegou de informação pra nós e aqui em Cajobi também. Então as vezes eu acho que tem até contato mas não é o ideal, poderia melhorar e muito, muito. [...] Talvez poderia ter sido feito um acompanhamento melhor, eu falo que foi até um erro aqui do ESF, porque eu acho que a pessoa que tá a frente, eu não sei como é que tá hoje, mas deveria sentar e cobrar dos agentes de saúde que fizessem isso... porque não era feito (Entrevistado)

Pensando nisso podemos lembrar daquele dito popular “Tudo o que vem fácil, vai fácil”, e de fato, trata-se de uma construção educacional que precisa estar bem amparada para ser reconhecida pela comunidade.

[...] às vezes é viúvo e sai com (pausa). Tinha um senhor que ele era soropositivo, que ele saía com prostituta e ele não usou preservativo, ele não se cuidou e era soropositivo, era um senhor de idade, que pegou saindo com prostituta. Então eu acho sim que a gente deveria trabalhar de uma outra forma, levar um pouco mais de informação, porque informação tem, mas deveria levar um pouco mais (Entrevistado).

Não se trata da quantidade, mas a forma como a informação pode ser trabalhada.

Alguns conceitos citados por Briceño Leon foram especificadas em um conjunto de teses, são elas:

- I- A educação não é só o que acontece nos programas educacionais, mas em toda a ação sanitária.

A educação não é apenas as palavras que saem da boca do agente de saúde, mas de todo o seu posicionamento quando assume o papel de educador, e as ações educativas não intencionais podem gerar resultados positivos ou negativos.

II- A ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas um cheio a ser transformado.

A educação muitas vezes é entendida como um vazio que deve ser preenchido. Verticaliza-se a informação sem gerar conhecimento. As pessoas agem por coisas muito mais complicadas do que a falta ou a existência de um arsenal informativo. Briceño exemplifica sua tese falando sobre o médico fumante, este médico sabe de todos os malefícios que o cigarro causa a saúde, no entanto mesmo assim não deixou de fumar.

É igual assim ó... preservativo, não sei se você viu na unidade de saúde, mas toda unidade disponibiliza... fica a caixinha. E assim, se alguém não quer pegar nos balcões fica no (pausa) ai, fica numa estantezinha que a gente coloca em lugar assim, que não passa tanta pessoa é... que não fica funcionário lá. Então na sala de espera do dentista, fica lá... então não fica funcionário direto lá, então a pessoa pode pegar... é, nos banheiros a gente coloca... então assim, preservativo feminino, masculino tem assim... á vontade no município, a gente deixa na Santa Casa preservativo, nas unidades de saúde. Teve uma época que a gente distribuía nos bares, ai o pessoal dos bares falou que não queria, porque tem alguns bares do município... porque a gente sabe que tem profissional do sexo, que fica nesses bares (Entrevistado).

III- Não há um que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas.

A comunidade e os profissionais possuem saberes distintos, enquanto um deles pode dispor de um conhecimento científico o outro terá a sabedoria de um conhecimento adquirido pelo tempo e pela experiência própria em determinada situação, ou dos saberes ancestrais trazidos pelas gerações familiares.

Adotemos a ideia que sugere Freire (1996, p.33):

[...] por que não aproveitar a experiência que têm os alunos de viver em áreas da cidade descuidadas pelo poder público para discutir, por exemplo, a poluição dos riachos e dos córregos e os baixos níveis de bem-estar das populações, os lixões e os riscos que oferecem à saúde das gentes.

Para Freire, o saber deve ser estabelecido sob uma configuração processual, onde educador e educando assumam o mesmo nível de comunicação, ou seja, juntos possam produzir o conhecimento. Presumindo que neste método de construção não se pode ignorar a experiência adquirida por ambos.

IV- A educação deve ser dialogada e participativa

A educação é um processo de conhecimentos compartilhados no qual ambos os lados precisam se comprometer em escutar, participar e transformar-se. Às vezes o comprometimento não é suficiente e às vezes é inadequado. Em relação ao pensamento de que a informação está disponível:.

“ [...] tem as unidades de saúde que sempre que precisar o paciente vir aqui conversar, tirar uma dúvida, essas coisas... a gente pode até assim... tentando conduzir essa pessoa pra tá fazendo uma..” (Entrevistado).

“Aqui em Cajobi sim... pra poder ter acesso a saúde pública daqui. Então eu acho que é fácil de ser atendido (pausa) vai da boa vontade da população” (Entrevistado).

V- A educação deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas

A confiança é um fator fundamental no processo educacional, se a pessoa acredita que seu esforço vai atingir um objetivo, fara de tudo para alcança-lo, no entanto se pensar o contrário nada fará para auxiliar.

VI- A educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento: esforço-recompensa (resultado ou realização)

Para que as pessoas participem e auxiliem devem acreditar que sua ação vai gerar um resultado, e não só isso, deve vivenciar esses resultados. Bricenõ exemplifica retratando a ação de um morador que chama o elevador do prédio todos os dias apertando um botão, mas que o elevador não aparece e ele vai pelas escadas. Repete este mesmo processo por dois dias seguidos, porém não obtendo resultados no dia seguinte decidi ir diretamente pelas escadas.

Esta situação demonstra que se o indivíduo não obtiver os resultados que espera em algum momento vai desistir.

[...] e não a cidade ou o Estado que não tá proporcionando pra que a pessoa seja protegida entendeu? Eu acho que é um pouco mais de má vontade das pessoas se proteger... porque eles acham que nunca vai acontecer com eles... aconteceu com o vizinho, com o amigo, sabe... com o namorado da amiga, mas com ele mesmo ou com ela eles acham que nunca vai acontecer. (Entrevistado).

VII- A educação deve fomentar a responsabilidade individual e cooperação coletiva

O envolvimento da comunidade não deve significar uma separação da responsabilidade individual. O incentivo a participação deve despertar o interesse e o compromisso individual-familiar e comunitário com as metas de saúde. São situações em que a cooperação de um indivíduo e sua família podem beneficiar a si próprios e a sua comunidade, como por exemplo, auxiliar na limpeza de um rio em que toda a comunidade usa para banhos de lazer. Essa ação vai trazer benefícios à saúde da família envolvida e de toda a comunidade.

Partindo do mesmo pressuposto temos a Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire (1996) que propõem o diálogo entre educador e educando como sujeitos de um mesmo processo de aprendizagem, cada um com seu tipo de conhecimento. O aluno (indivíduo) não deve ser meramente um receptáculo de informações, que somente as recebe, mas não dá nada em troca, os conhecimentos devem ser compartilhados, pois todos os sujeitos possuem algo para ser discutido.

Enquanto o educador (profissional) tem conhecimentos técnicos e científicos o educando dispõem de conhecimentos próprios de sua realidade e que foram aprendidos na prática, a junção entre ambos resulta na construção de um planejamento concreto e eficiente para dissolução de problemas. Não há forma de entender um problema ou conhecer um indivíduo sem antes conhecer sua realidade, a familiaridade com as situações favorece o olhar mais apurado para a verdade.

A educação sanitária diz respeito a isso, a um modelo de educação compartilhada que compreenda a diversidade de saberes, atribuindo a cada um seu devido valor, e mostrando a população que a educação em questões de saúde é essencial para a conservação de sua própria

vida. É necessário estabelecer relações que estimulem o desenvolvimento sociocultural da população.

Questão 08- O paciente pode deixar de realizar o tratamento corretamente nas unidades de saúde por constrangimento? Já houve alguma situação que o fez pensar assim?

Não. Eles tratam certinho, porque (pausa) a gente já sabe onde mora o paciente, e quem faz essa medicação é só quem tá no atendimento, porque às vezes pode dar uma reação, é... anafilática, e aqui não tem como entubar, não tem médico, aqui a gente não pode fazer a medicação, então assim, faz sempre lá na Santa Casa. Então como aí eu já sei... “Fulana a pessoa foi? Não, ela veio, ela fez os três dias, fez as doses certinhas, tá ok”... Ai passo pra enfermeira “Ó a pessoa não apareceu”... então a enfermeira vai e procura o paciente (pausa) aí assim, o tratamento é sempre eficaz (Entrevistado).

Os municípios de pequeno porte e interioranos são conhecidos por muitos como lugares acolhedores e receptivos, no entanto a realidade de vida em um lugar onde grande parte das pessoas tem conhecimentos sobre a vida dos outros moradores pode vir a favorecer o desrespeito e a exposição de privacidade. Alguns pacientes podem sentir-se constrangidos a compartilhar sua situação de saúde com alguém tão próximo de sua convivência social.

“Não aqui. Não tive nenhum caso aqui, mas no outro município que eu trabalho, sim. Eles se negam a ir na atenção básica porque todo mundo conhece, porque nasceu, cresceu, se criou ali” (Entrevistado).

Negligência ao sigilo, confidencialidade de informações e privacidade são condutas inadequadas e que podem comprometer completamente o tratamento ao paciente diagnosticado com IST.

A exposição aos usuários atendidos, por parte da equipe, tanto por meio verbal explícito ou por meios indiretos demonstra falha nos procedimentos organizacionais, fragilizam a auto estima e confiança do paciente, comprometem seu tratamento e não estão de acordo com a Política Nacional de Humanização. No que diz respeito a orientar e implementar ações de humanização na rede SUS: “Adequar os serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável” (Brasil, 2008).

Eu ainda consigo fazer bastante testes porque eu não moro no município, e mesmo no período que eu morei lá, que foi um ano e meio, eu ainda conseguia fazer os testes, porque eles não me conheciam, porque eu vim de fora (pausa). Então, eu morei lá só um ano e meio, então, eles preferiam ir no hospital no horário que eu trabalhava a noite, do que procurar a Atenção Básica durante o dia. (Entrevistado).

O acolhimento e o atendimento humanizado ao paciente devem ser preceitos básicos a serem seguidos em todos os agravos de saúde, mas em especial atenção a casos de ISTs. Muitas vezes o indivíduo busca além do tratamento, uma conversa franca e sincera por já encontrar-se fragilizado emocionalmente devido a sua condição de saúde. Atitudes que pareçam moralistas e de inferiorização podem agravar ainda mais a situação de forma que o paciente venha a abandonar o tratamento por constrangimento.

Mas no caso, o que a gente faz, a gente tenta cercar de todos os lados o paciente, mostrando pra ele que a gente é uma pessoa que ele pode confiar. Que o que ele falar não vai sair dali, vai ser sigiloso. Porque na maioria das vezes a gente vê casos deles não quererem contar, deles não quererem vir procurar o serviço por medo de na hora que ele sair dali, a gente virar as costas e contar pra alguém, né. Ou, às vezes porque é casado, e com medo de na hora que sair dali a gente procurar a esposa e contar alguma coisa, ou o marido (Entrevistado)

As ISTs mesmo com o passar do tempo ainda carregam um estigma de menosprezo por parte não só dos profissionais como para a população. Salienta-se a necessidade do desenvolvimento de práticas da Política de Educação Permanente em Saúde para que os profissionais recebam um ensino técnico de qualidade, principalmente em questões de abordagem e acolhimento.

A Educação Sanitária nessas questões também deve ser realizada para que a população compreenda a seriedade que a situação implica e desmistique falsos preconceitos. “Isso se evidencia especialmente em serviços, como o estudado, que lidam com uma doença estigmatizada como a Aids e com a saúde sexual, envoltas por valores morais compartilhados e condicionadas à normatividade social” (BELLENZANI, 2011).

Olha eu não sei em questão da sífilis em particular mas eu não duvido, porque foi pouco tempo relativamente na questão pelo menos de história... mas HIV aqui em Cajobi tem gente que trata fora (pausa) trata em Olímpia, Barretos... é porque assim, o tratamento geralmente eles vão buscar os antirretrovirais, o coquetel, eles vão e buscam na unidade específica. Ai as vezes não tem nem contabilizado por aqui, mas são dados do Estado de São Paulo, por exemplo, que aqui tem tantas pessoas (pausa) mas também como

é que você vai confiar porque se a pessoa trata fora as vezes ela pode ter um parente e registrar o endereço de lá... então não tem como você ter uma contagem fidedigna disso... você pode ter a quantidade porque você sabe que a pessoa retirou o medicamento mas você não consegue ver da onde ela é (Entrevistado).

[...] e como na maioria dos casos que eu tenho lá “é homossexual”, eles já tem o preconceito de ser homossexual, e aí, quando eles se veem no quadro de positivo para sífilis ou outras doença, eles não querem fazer o tratamento lá. (Entrevistado).

No que se refere ao constrangimento á ISTs, inegavelmente a Aids ainda é aquela que carrega um teor negativo maior. O individuo que se vê diagnosticado com HIV muitas vezes se sente obrigado a esconder sua condição da sociedade por receio de ser rejeitado.

Parker e Aggleton (2001) consideram que mesmo com o estigma e discriminação em relação á Aids/HIV existem outros, e além destes, determinantes que dizem respeito a vida pessoal e social do indivíduo que estão presentes quase que universalmente em todos os países e culturas, como expressões socioculturais de estigma e discriminação. São os estigmas em relação à sexualidade, raça/etnia, condições de gênero e pobreza/marginalização, e que se classificado em alguns desses estigmas, indivíduos e grupos poderão sofrer discriminações.

A AIDS é percebida e vivenciada como uma doença do outro, daquele que é visto como estranho, diferente, marginal à sua própria sociedade. (...) Ser diagnosticado doente de AIDS é um passaporte para o outro lado, numa sociedade dividida entre “nós” e “eles”. Mesmo reconhecendo que essa divisão é frágil, e fluida, ela existe e marca os espaços de cada um a partir dela. (BESSA, 1997, p. 104)

Os municípios pequenos possuem grande dificuldade em manter o anonimato dos pacientes em comparação aos grandes centros urbanos. As equipes de referência de saúde precisam reconhecer quais são as suas dificuldades e buscar oportunidades de conhecer as especificidades do município. É preciso que as equipes estejam sensibilizadas e preparadas para trabalhar com práticas e posicionamentos que protejam o direito ao sigilo e privacidade do paciente e extingam de sua prática qualquer atitude que venha a ser considerada uma discriminação mesmo que velada.

Existe uma linha tênue entre o convívio social e os limites de privacidade. É necessário que seja realizado constantemente um trabalho de auto-reflexão em um processo institucional, consolidado por noções de respeito, dignidade e acolhimento aos pacientes atendidos. Ações educacionais como planejamento, capacitação e avaliações devem ser

incorporadas no cotidiano da equipe para que assuntos tão importantes como a humanização dos atendimentos possam ser legitimados.

Questão 09 - Quais as estratégias que o (a) Sr.(a) nas suas atribuições profissionais poderia estar utilizando para colaborar com uma menor incidência de sífilis?

Questão 10 - Quais as medidas que nós, profissionais que asseguramos a garantia de direitos, podemos adotar para que em rede possamos buscar a mudança desta realidade?

As duas últimas questões foram elencadas juntas, pois se complementam, fazendo parte da mesma linha de desenvolvimento teórico.

Informação. Informação sabe, eu acho que é importantíssimo a gente levar informação as pessoas, porque às vezes elas simplesmente não sabem, não tem acesso, entendeu? [...] a gente tem que ter noção da nossa responsabilidade... então eu acho que é um dever da gente leva informação pra essas pessoas, principalmente os agentes de saúde, que por exemplo vai de casa em casa, que vai informar sobre vacina, que vai olhar o controle de vetores da dengue, que vai olhar a carteirinha de vacina da pessoa. [...] porque elas reproduzem também, entendeu? Elas passam pra frente essa informação. (Entrevistado)

Há todo momento quando se pensa em estratégias, meios ou técnicas de prevenção surgiu a questão da informação, o que está correto, pois ninguém consegue fazer algo se não dispõe de conhecimento sobre o mesmo.

Eu acho que é esse trabalho em conjunto que a gente deveria desenvolver mais campanhas de conscientização, de estar levando isso pra rua às vezes, né, porque eu acho que às vezes só o cartaz, às vezes a pessoa olha e lê, mas quando ela sai ela já esqueceu. (Entrevistado).

No entanto a verticalização de informações não se constitui como uma prática de educação permanente. Não há resultado efetivo em práticas que transmitem informações de forma genérica.

Para que a educação em saúde funcione, a população precisa saber como identificar suas necessidades básicas em saúde e devem estar dispostas a adotar mudanças em seu cotidiano, comportamento e atitude. A educação em saúde é uma forma da população adquirir

sua própria autonomia, construindo o seu conhecimento a partir de vivências pessoais e informações compartilhadas que juntas formam o conhecimento construído.

Essa autonomia permite que os próprios indivíduos identifiquem suas necessidades e busquem a partir dessa constatação uma melhor qualidade de vida e meios para a preservação de sua saúde.

“A Educação Sanitária é uma prática educativa que busca desenvolver a conscientização da população para adquirir novos hábitos de vida e que venha a diminuir a incidência de doenças” (LUCCHESI, 1969).

A aplicação deste conceito torna-se necessário uma vez que a conscientização só é possível a partir do momento que as pessoas entendam, se apropriem e busquem a mudança de determinada situação.

O educador de saúde precisa estar apto a dialogar com essa população realizando uma abordagem adequada a sua realidade de vida. É importante que ele conheça a comunidade e suas características ou então não haverá possibilidades de resultados.

É... conseguir conscientizar a população, né, o que é difícil. Então assim, eu acho que o primeiro passo é você conseguir adquirir a confiança do paciente. E assim, pensando em abranger uma população maior, a gente faz as palestras nas escolas. Né, que é a educação na saúde, e a gente fala sobre DSTs. Até que no começo, quando começou a fazer nas escolas, teve um pouco de resistência dos pais, porque na cabeça dos pais a gente estava indo nas escolas pra poder incentivar os adolescentes a iniciar a vida sexual. E não é isso. Na verdade a gente esta tentando alertar quanto aos riscos que se tem né, porque a gente sabe que adolescente não tem muito juízo, que ainda não tem um conceito formado sobre as coisas (Entrevistado)

Na prática, a educação em saúde constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, prendendo-se especialmente à habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas que se desenvolvem em quatro diferentes ambientes: escola, o local de trabalho, o ambiente clínico, em seus diferentes níveis de atuação e a comunidade entendida como população-alvo (CANDEIAS, 1997)

Eu acho que mais (pausa) nesse caso, eu falei que sempre tem, mas eu acho que tem que ter... nunca é demais... escola, conscientizar os jovens, mais e mais. Tem que bater na mesma tecla, porque às vezes a gente fala assim: “Tem, eles tem o veículo de informação”, mas eu acho que tinha que fazer o papel de saúde pública nas escolas... eu acho que ainda é preciso um pouco mais. Porque eles tem, mas eu acho que nunca (pausa) como é que eu vou te explicar? Nunca é demais (Entrevistado)

As ações de promoção da saúde não devem ser pautadas em condutas imediatistas e que buscam resultado em pouco tempo como é feito nas campanhas de saúde pública. Seu objetivo de conscientizar é mais amplo e busca a participação da população em outros espaços que não se restringem somente ao local onde o trabalho é realizado

É necessário que seja realizado um planejamento na organização das ações da educação em saúde. Deve-se levar em consideração informações populacionais e demográficas, mas além destas, também há de se considerar fatores específicos da comunidade, como seus hábitos, estilo de vida e condições psicossociais.

A partir da fala dos profissionais nota-se a necessidade da articulação em rede com outros setores, como a educação e assistência social, o que de fato é de intrínseca importância para a educação em saúde. O compartilhamento e junção de saberes traz a tona novas situações e necessidades que poderiam passar despercebidas se acompanhadas por somente profissionais de uma mesma categoria.

Eu acho que dessa forma... por exemplo, que nem as palestras socioeducativas, a gente podia sentar, fazer uma parceria com uma psicóloga, com uma gerente de ESF, ou com a Secretária de Saúde em si, pra falar sobre a questão... pra um dia no grupo do PAIF tocar nesse assunto, pra que um dia nas escolas haja uma palestra que a gente possa falar sobre isso... ou se tem alguma gincana de interação nas escolas que esse assunto seja colocado... e dessa forma, eu acho que a gente consegue fazer um trabalho muito legal sabe... se a gente fizer parcerias com outras partes da rede. As vezes a pessoa não trabalha especificamente com isso, por exemplo o controle de vetores que passa olhando dengue... mas ela percebe que a família é mais vulnerável (Entrevistado)

Antes, há um tempo atrás o que o professor falava era lei, hoje em dia já não é mais assim, entendeu? Então eu acho que os professores tem que ter uma colaboração, uma ajuda extra. (Entrevistado).

A articulação de diferentes categorias possibilita uma perspectiva de integralidade, desenvolvida por conhecimentos distintos, mas que se complementam em vários momentos. A integralidade do cuidado a atenção à saúde não se desenvolve em um único serviço. É função da rede de serviços proporcionar espaços para discussão e incentivar a interdisciplinaridade do trabalho, uma vez que a própria rede de serviços possui diferentes fluxos e portas de entrada.

Trabalhar com uma equipe multidisciplinar, eu acho que assim... seria muito válido. Trabalhar assim, com escola, com a assistência social, é muito interessante ter essa parceria sim... com a educação, com a assistência social, com a... porque tem pessoas... a gente não tem assim, é... morador de rua,

que aqui a gente não tem... mas tem muito disso... então tem que ter assim, um vínculo com a parte da assistencial também... [...] Fazer uma parceria, e trabalhar em conjunto (Entrevistado)

Perante a complexidade e responsabilidade da atenção a saúde para com os pacientes portadores de ISTs não há dúvidas sobre a relevância do trabalho interdisciplinar e intersetorial. Os profissionais trabalhando isolados não conseguem corresponder a crescente e complexa demanda apresentada pelos usuários do serviço. No entanto, existe uma dificuldade de implantação de ações interdisciplinares por não ainda não fazerem parte do cotidiano dos profissionais em seu trabalho. A sobrecarga e a falta de planejamento de estratégias e diretrizes que preconizem esse tipo de serviço acabam impossibilitando seu início.

É importante que os profissionais estejam alinhados e busquem suporte em seus coordenadores/gestores para desenvolver essas ações. A definição dos papéis e limites de atuação podem ser obstáculos para a equipe profissional, no entanto estas ações exigem empenho redobrado e constante para que a educação contínua e permanente em saúde aconteça e possa resultar em uma transformação na sociedade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo se propôs a realizar um estudo sobre os casos de sífilis em um município do interior do Estado de São Paulo, no caso utilizando como cenário de pesquisa o município de Cajobi-SP. Empregou-se uma metodologia que buscou realizar uma análise sobre a incidência da sífilis, sífilis em gestante e sífilis congênita no município, utilizando para isso o banco de dados de indicadores de incidência de agravos SINAN, como também dados do Boletim Epidemiológico de Sífilis 2016 do Estado de São Paulo, e os indicadores e dados básicos da sífilis nos municípios brasileiros disponibilizados no site do departamento de DST, AIDS, Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde.

Ainda em relação à análise de dados utilizou-se como estratégia metodológica para a pesquisa exploratória descritiva, uma entrevista direcionada aos profissionais de saúde que atuam no cuidado a sífilis e ISTs, com o objetivo de identificar através da fala desses profissionais possíveis fatores que levem a incidência da sífilis, assim como suas considerações a respeito do tema.

Através da metodologia empregada na coleta de dados no banco supracitado e no Boletim Epidemiológico foi possível realizar uma análise comparativa em relação à incidência da SG e SC em municípios localizados próximos ao local de estudo e de São Paulo. Esta análise permitiu que fossem identificados o perfil das curvas que se assemelhavam a cidades como São Paulo ou Campinas. Também foram identificados na região da Grande São Paulo municípios com baixas taxas de detecção e padrões que não configuram o acréscimo dos casos. Isto indica problemas no registro e detecção dos casos de SG e SC. Em municípios pouco populosos as curvas de taxas de detecção ou incidência não são adequadas, mas as tabelas disponíveis conseguem contar a “história” dos casos de SG e SC, inclusive casos de SG bem cuidados que não se transformam em SC.

Os municípios de Novais e de Colômbia na região de Barretos/Catanduva apresentam números de casos semelhantes aos de SP, Campinas (1 em cada 1000 habitantes) e indicam um controle adequado nos anos atuais, mas a maioria dos municípios da região de Barretos apresentam de 0 a 2 casos.

Um estudo voltado a esta questão, com o emprego do banco de dados pode oferecer informação relevante.

Na perspectiva da contextualização da situação da IST no município em estudo, através dos discursos dos profissionais de saúde pode-se perceber a riqueza das falas,

possibilitou ao pesquisador refletir sobre o complexo processo de controle de epidemias, principalmente as de natureza sexual. A transmissão vertical da sífilis expõe o feto. Qualquer comprometimento na assistência pré-natal leva a riscos ao feto, mas a qualidade desta assistência requer informação, conhecimento e acima de tudo organização dos serviços da Atenção Básica em Saúde, responsabilidade do município.

Estratégias, ferramentas, experiências exitosas são disponíveis para garantir o controle conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde, mas sem investimento não há sucesso, principalmente em tempos de falência do sistema.

A partir da análise das entrevistas foi possível entender que o município de Cajobi encontra algumas dificuldades em relação a seguir os protocolos de atendimento do Ministério da Saúde para pacientes com sífilis, SG e SC, que resulta em não tratamento ou tratamento muitas vezes inadequado e incompleto. O tratamento da sífilis é realizado com Penicilina G Benzatina e o *Treponema Pallidum* não desenvolve resistência, possibilitando um controle relativamente simples.

A desarticulação dos serviços de saúde ou a falta de comunicação entre setores podem levar os profissionais a apresentarem uma conduta improvisada, baseada em “achismos” realizando um trabalho individualista, que distante do trabalho em rede de saúde (Mendes, 2010).

A desarticulação ou a falta de um plano de ação devidamente participativo pode atrapalhar o trabalho de prevenção, diagnóstico e tratamento, uma vez que ações em conjunto, de caráter interdisciplinar, possibilitariam uma melhora no processo de cuidado que resultaria em ações mais alinhadas entre os mesmos, de acordo com o estipulado pelos protocolos padrões.

Em contrapartida foi relatado nas entrevistas a necessidade da articulação em rede, o que demonstra que os profissionais estão cientes da importância do trabalho articulado em rede e de que o mesmo é essencial.

Outro ponto a se considerar foi a constatação de possíveis falhas no atendimento pré-natal. Recentemente houve a incidência de um caso de SC no município, de acordo com o relato de um profissional, a gestante já havia sido diagnosticada com sífilis, porém o diagnóstico não foi registrado em seu prontuário de pré-natal e o médico que havia chegado recentemente ao município se baseou neste prontuário, não realizando assim nenhum tratamento para a IST.

Este fato reforçou a constatação do trabalho desconectado, uma vez que o médico do atendimento pré-natal não fazia mais parte da rede, porém todo o restante da equipe sim, evidenciando a falha nos acompanhamentos da gestante, que foi diagnosticada com sífilis ainda no início da gestação.

Os profissionais da ABS precisam aperfeiçoar seus conhecimentos e se aprimorar às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, pois há evidências que as gestantes não estão sendo acompanhadas adequadamente, pois de acordo com a fala de um dos profissionais eles aguardam que as mesmas os procurem e não realizam os acompanhamentos com a periodicidade necessária.

Foi atribuído aos usuários dos serviços (pacientes) um estigma de culpabilização, responsabilizando-os por sua saúde e bem estar, uma vez que estavam cientes e informados sobre o que são as ISTs e seu tratamento, com os materiais educativos necessários. Todavia de acordo com o Briceño Leon (1966) a informação verticalizada não é suficiente para que a população tome conta de sua própria saúde, eles precisam fazer parte de um processo educativo que lhes considere como sujeitos participativos das ações de prevenção na comunidade e que dispõe de conhecimento prático/vivido para auxiliar nesse processo.

Práticas voltadas a Educação Sanitária são necessárias para que a população construa sua própria autonomia nos saberes construídos dentro da comunidade e que se apropriem do cuidado inerente a sua saúde.

A culpabilização não deve ser atribuída a nenhum dos lados deste processo, uma vez que a equipe também necessita receber não somente uma qualificação técnica com qualidade para estar sempre atualizada aos serviços e adequar-se a protocolos e práticas corretas no tratamento, diagnóstico e prevenção da sífilis e ISTs, mas o aprendizado de uma construção humanística do cuidado (Humaniza SUS).

A partir dos dados coletados sobre a incidência de SG e SC no município de Cajobi e municípios da região foi possível constatar que a realidade do local de estudo encontra-se similar aos demais municípios que apresentam índices muito baixos de notificação em comparação ao seu número de habitantes.

Os resultados mostraram que há uma subnotificação por parte da grande maioria dos municípios que não estão preparados tecnicamente para suprir essa demanda e não dispõe de conhecimento necessário para enfrentar esse grave problema de saúde. Os investimentos do governo em conter a epidemia da sífilis não estão alinhados e precisam ser desenhados de

forma a incorporar características da realidade atual e os ensinamentos de metodologias ativas e de equipe.

Esse estudo possibilitou demonstrar alguns dos fatores que levam ao aumento da incidência da sífilis e porque esta IST não está sendo controlada de acordo com o esperado

É de fundamental importância que as autoridades do governo estabeleçam planos de enfrentamento, com ações e estratégias que venham a corresponder com a visão dos profissionais que estão na ponta do serviço e com os obstáculos encontrados nos processos de diagnóstico, tratamento e prevenção.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Portal sobre a Aids, infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/sifilis>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Cidades. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=350930&search=s%E3o-paulo%7Ccajobi>>. Acesso em 13 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente. Portal da Saúde, 08 out.2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/323-sgtes-p/gestao-da-educacao-raiz/gestao-da-educacao/12-gestao-da-educacao/20063-politica-nacional-de-educacao-permanente>>. Acesso em: 13 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº- 3.242. Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1271 de 06 de Junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em 14 de jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza/SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. 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.

_____. Portaria nº 542/1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 de Dezembro de 1986, Seção 1, p. 19827.

BRASIL. Senado Federal. Constituição da república federativa do Brasil. **Brasília: Senado**, 1988.

BELLENZANI, Renata; DE FÁTIMA MENDES, Rúbia. Sigilo na atenção em DST/Aids: do consultório aos processos organizacionais. **Revista Polis e Psique**, v. 1, n. 3, p. 140 á 145, 2011.

ALVES DA SILVA, Denise Maia et al. Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 2, 2014.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 81, n. 2, p. 111-126, Mar. 2006 .

ALMEIDA, Ana Carla Campos Hidalgo de; CENTA, Maria de Lourdes. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 71-76, Feb. 2009

BARCELOS, Mara Rejane Barroso et al. Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco. **Rev bras ginecol obstet**, v. 30, n. 7, p. 349-54, 2008.

BESSA, Marcelo. Histórias Positivas. Rio de Janeiro: Record, 1997.

BOUER, Jairo. “DSTs voltam a preocupar”. Estadão. 23 de Outubro de 2016. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,dsts-voltam-a-preocupar,10000083773>>. Acesso em: 12 jul.2017.

BRICEÑO, León, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cad. Saúde Pública**, v.12, n.1, p.7-30, jan/mar, 1996.

BUARQUE, Chico. Roda Viva. Disponível em: <<https://www.letras.mus.br/chico-buarque/45167/>>. Acesso em: 23 jul. 2017.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CARRARA, Sérgio. **Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1996.

COLLUCI, Cláudia. “Avanço da sífilis congênita é mais um item no pacote de vergonhas nacionais”. Folha de São Paulo. 13 de Junho de 2017. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/colunas/claudiacollucci/2017/06/1892176-avanco-da-sifilis-congenita-e-mais-um-item-no-pacote-de-vergonhas-nacionais.shtml>. Acesso em: 23 Jul. 2017.

DE ARAÚJO, Cinthia Lociks et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 479-486, 2012.

DE SOUZA, R. O sistema público de saúde brasileiro. **Ministério da Saúde**, 2002.

DE FIGUEIREDO, Mayanne Santana Nóbrega et al. Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 16, n. 3, 2015.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring (A. Donabedian), vol. I, pp. 77-125, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. 1980

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, p. 856-864, 1978.

DONALISIO, Maria Rita; FREIRE, June Barreiros; MENDES, Elisa Teixeira. Investigação da sífilis congênita na microrregião de Sumaré, Estado de São Paulo, Brasil - desvelando a fragilidade do cuidado à mulher gestante e ao recém-nascido. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 165-173, set. 2007.

FORMENTI, Lígia. "Ministro da Saúde admite que Brasil vive uma Epidemia de Sífilis". **Estadão**. 20 de Outubro de 2016. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,ministro-da-saude-admite-que-brasil-vive-uma-epidemia-de-sifilis,10000083382>>. Acesso em: 13 jul.2017.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática docente. **São Paulo: Paz e Terra**, p. 25, 1996.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 17ª. Ed. **Rio de Janeiro: Paz e Terra**, v. 3, 1987.

GASQUE, Kelley Cristine Gonçalves Dias. **Teoria fundamentada: nova perspectiva à pesquisa exploratória**. 2007.

GOOGLE MAPS. [**Mapa de localização de Cajobi-SP**]. [2017]. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps>>. Acesso em: 03 jul. de 2017.

LUCCHESI, Bruna et al. Educação sanitária e medicina preventiva. **Revista de Saúde Pública**, v.3, n.1, p.83-91.1969.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010.

OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. "A concepção explicativa do conceito de vulnerabilidade e a enfermagem." **Ciênc. cuid. saúde** 12.4 (2013): 623-623.

PARKER, R., & AGGLETON, P. (2001). **Estigma discriminação e Aids**. pp. 45. Rio de Janeiro: ABIA -Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. (Coleção ABIA – Cidadania e Direitos, nº 1). Disponível em: < http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20cidadania%20direito.pdf>. Acessado em: 20 jul. 2017.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 318-325, 1995.

ROMÃO, José Eustáquio. **Pedagogia dialógica**. Cortez Editora, 2002.

SARACENI, Valéria et al . Vigilância da sífilis na gravidez. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 16, n. 2, p. 103-111, jun. 2007.

SARACENI, Valéria; LEAL, Maria do Carmo; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. **Rev. bras. saúde matern. infant**, p. 263-273, 2005.

SCHECHTER, Luiz. **A Vida e o Legado de Alan Turing para a Ciência**. Seminários apresentados na UFRJ e no IMPA. Jun, 2016. Disponível em <<http://www.dcc.ufrj.br/~luisms/turing/Seminarios.pdf>>. Acesso em: 19 Jul. 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (São Paulo). Centro de Referência DST-AIDS. A vigilância epidemiológica no Estado de São Paulo. **Boletim Epidemiológico DST/AIDS**; vol 47, n. 35, 2016.

_____. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Saúde. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS. Programa Estadual DST/Aids. Sobre o Programa Estadual DST/Aids. São Paulo; 2011. Disponível em:<<http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaidsp/crt/sobre-o-programa-estadual-dstaidsp>>. Acesso em: 09 jul. 2017.

_____. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Referência e Treinamento Dst/Aids-SP. Programa Estadual Dst/Aids de São Paulo. Guia de bolso para manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. 2016.

_____. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Saúde. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS. Programa Estadual DST/Aids. Sobre o Programa Estadual DST/Aids. São Paulo; 2011. Disponível em:<<http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaidsp/crt/sobre-o-programa-estadual-dstaidsp>>. Acesso em: 09 jul. 2017.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, Ministério da Saúde. Diretrizes para o controle da sífilis congênita. Manual de Bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Manual Técnico para diagnóstico da sífilis. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

_____. Ministério da Saúde. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis - manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Indicadores e dados básicos da sífilis

nos municípios Brasileiros Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: <<http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

SOUSA, Deise Maria Nascimento et al. Sífilis congênita: reflexões sobre um agravo sem controle na saúde mãe e filho. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 8, n. 1, p. 160-165, 2013.

TABISZ, Laiza et al. Sífilis, uma doença reemergente. **Revista do Médico Residente**, v. 14, n. 3, 2012.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-531, Aug. 2003.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza e exclusão: expressões da questão social no Brasil. **Rev. Temporalis**, 3. Brasília: AABEPSS, 2001.



ANEXO A

QUESTIONÁRIO ORIENTADOR DA ENTREVISTA

1. O (a) Sr. (a) já atendeu ou participou direta ou indiretamente de algum atendimento com um indivíduo portador desta infecção no município? Se sim, relate sem mencionar nomes como foi sua atuação.
2. O que o (a) Sr.(a) entende por sífilis?
3. De acordo com sua experiência profissional, quais são os fatores que contribuem para a incidência da sífilis no município?
4. As ISTs são relativamente comuns no município? O (a) Sr. (a) atende indivíduos com ISTs no cotidiano da sua prática? Pode citar as que se lembra? A que o (a) Sr.(a) atribui que as ISTs ainda sejam um grave problema de saúde pública?
5. O (a) Sr.(a) acredita que os serviços de saúde do município consigam cobrir todo o território atendido?
6. Para o (a) Sr.(a), a população que encontra-se em situação de vulnerabilidade social é de fato a mais afetada pelo contágio à sífilis e as demais ISTs?
7. O (a) Sr.(a) acha que a população em geral tem contato a informação necessária sobre a prevenção da sífilis e ISTs? Como poderia se informar a população?
8. O paciente pode deixar de realizar o tratamento corretamente nas unidades de saúde por constrangimento? Já houve alguma situação que o fez pensar assim?
9. Quais as estratégias que o (a) Sr.(a) nas suas atribuições profissionais poderia estar utilizando para colaborar com uma menor incidência de sífilis?
10. Quais as medidas que nós, profissionais que asseguramos a garantia de direitos, podemos adotar para que em rede possamos buscar a mudança desta realidade?



ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Entrevista com Profissionais

Título da Pesquisa: Estudo dos casos de sífilis em um município do interior do Estado de São Paulo

Pesquisadora responsável: Ana Jéssica Assunção / telefone: (16)982123582; (16) 3315 4209

E-mail: anajessica.social@gmail.com

Orientadora: Julieta Mieko Ueta / Email: julietapurame@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa: Centro Saúde Escola da FMRP-USP Sumarezinho Ribeirão Preto

O (a) Sr. (a) está sendo convidado(a) à participar da pesquisa “Estudo dos casos de sífilis em um município do interior do Estado de São Paulo”, a ser desenvolvido por mim. Sou assistente social e aluna do Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde. O objetivo deste estudo é identificar quais são os fatores que contribuem para a incidência da sífilis em um município de pequeno porte do interior do estado de São Paulo, realizando uma análise a partir da fala dos profissionais de saúde e da população em situação de vulnerabilidade.

Caso o (a) Sr. (a) concorde, a sua participação será em responder livremente a cerca de 10 perguntas sobre a incidência da sífilis no município, diante da sua visão profissional. A entrevista se dará em data e horário previamente acordados com a administração da unidade em que o Sr.(a) trabalha e também com o (a) Sr.(a). Para respondê-lo será necessário o tempo de aproximadamente 40 minutos. A entrevista será gravada em áudio para ser depois transcrita a fim de garantir a fidelidade. Em caso de dúvidas o (a) Sr.(a) será contatado (a) pela pesquisadora responsável via contato telefônico ou pessoal (o que for de sua preferência). Somente será realizado este contato em razão de esclarecimento fundamental pertinente ao estudo da pesquisa, o qual será feito em data, horário e local que serão previamente acordados com o (a) Sr. (a) e quando for de sua inteira disponibilidade.

Esclarecemos ao (á) Sr.(a) que a sua participação é voluntária; sua identidade será sempre preservada durante a pesquisa e a divulgação dos resultados em meios científicos prevê o compromisso com o sigilo e a confidencialidade em relação a instituição e à sua identidade. Pela natureza do projeto de pesquisa, o risco à sua saúde em participar deste estudo é o mínimo possível, decorrente da elaboração das respostas aos questionários, o tempo necessário para o mesmo e qualquer desconforto ou constrangimento para o (a) Sr.(a) será em função desta atividade. Em caso de constrangimento ou desconforto, ou qualquer outro inconveniente



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

97

constatado pelo (a) Sr. (a), se solicitado, poderá ser disponibilizado um acompanhamento com o (a) assistente social e psicólogo (a) que já estão inseridos no serviço, se constado necessário.

Informamos que o (a) Sr.(a) é livre para desistir de participar deste trabalho a qualquer momento, sem penalização alguma. Não há nenhum valor monetário a receber ou a pagar por sua participação no estudo.

Para garantir sua tranquilidade e segurança, este documento foi elaborado em duas vias, e uma delas será entregue assinada ao (á) Sr. (a) .

Recebi as informações sobre o projeto de pesquisa “Estudo dos casos de sífilis em um município do interior do Estado de São Paulo”

Eu, _____, RG n° _____ após ter sido esclarecido convenientemente, aceito participar deste estudo, ciente de que minha participação é voluntária e estou livre para, em qualquer momento, desistir de colaborar com a pesquisa, sem nenhuma espécie de prejuízo. Também estou ciente que, em caso de dúvidas, poderei entrar em contato com a pesquisadora Ana Jéssica Assunção, bem como com o Comitê de Ética em Pesquisa, através dos contatos telefônicos e endereços que constam neste termo.

Declaro que recebi uma via deste termo, tive a possibilidade de lê-lo, e concordo com os termos apresentados.

Cajobi, ____ de _____ de 2017

Assinatura Participante da Pesquisa

Pesquisador Responsável

Identificação da Instituição

Contatos

Pesquisador: Ana Jéssica Assunção / Telefone: (16)982123582; (16) 3315 4209 E-mail: anajessica.social@gmail.com

Orientador: Julieta Ueta/ Telefone: 16 3315 4209 e 16 997617922. Email: julietapurame@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa: Centro Saúde Escola da FMRP-USP/ Sumarezinho- Ribeirão Preto-SP.

Endereço: Rua Terezinha, n. 690- Sumarezinho. Ribeirão Preto-SP- CEP: 14055-380. Telefone: (16) 3315-0009/ E-mail: csecuiba@fmrp.usp.br



ANEXO C

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo dos casos de sífilis em um município do interior do Estado de São Paulo

Pesquisador: Ana Jéssica Assunção

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 68688717.2.0000.5414

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.167.831

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa tem o propósito de estudar a incidência da sífilis no município de Cajobi-SP. Trata-se de uma pesquisa de campo exploratório-descritiva que utilizará as técnicas de grupo focal e entrevista para coleta de dados. O grupo focal será realizado com indivíduos que se encontram no território com o maior índice de risco e vulnerabilidade social. As entrevistas serão aplicadas como instrumento para coleta de informações com questões semiabertas com os profissionais de saúde relatando suas vivências profissionais de acordo com o tema. Após transcrição das falas gravadas será feita uma análise dos fatores que contribuem para a incidência da sífilis e da importância neste cenário do trabalho da equipe multiprofissional e do estudo da territorialização no município.

Os dados relativos aos discursos dos profissionais serão transportados para uma planilha do Excel e será realizada uma análise dos discursos.

Os grupos focais terão transcrição dos assuntos tratados nas reuniões e todos os dados serão analisados considerando a literatura pertinente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo principal:

O objetivo deste estudo é identificar quais são os fatores que contribuem para a incidência da

Endereço: TERESINA 690

Bairro: SUMAREZINHO

CEP: 14.055-380

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-0009

E-mail: csecuiaba@fmrp.usp.br

Continuação do Parecer: 2.167.831

sífilis em um município de pequeno porte do interior do estado de São Paulo, realizando uma análise a partir da fala dos profissionais de saúde e da população em situação de vulnerabilidade.

Objetivos Secundários:

- Contribuir no âmbito de pesquisa teórica, com a questão da vigilância epidemiológica;
- Definir estratégias, com as famílias participantes do estudo, para a prevenção da sífilis e de ISTs;
- Identificar na fala dos profissionais de saúde quais são os maiores obstáculos para trabalhar a cobertura pré-natal, o tratamento e a prevenção de sífilis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

BENEFÍCIOS:

Famílias: Os participantes do grupo focal são famílias e indivíduos já constatados em situação de vulnerabilidade social e que residem em um território considerado em risco pelo município. Dessa forma, um possível benefício para as mesmas, será no sentido de conscientização em relação ao tema proposto, uma vez que as reuniões trabalhadas têm vistas a promover a prevenção.

Profissionais de saúde: Reflexão ao tema e contribuição (no âmbito de pesquisa teórica) para possíveis ações na área de atuação dos profissionais, pertinente ao tema de pesquisa.

RISCOS:

A resposta aos questionários (pelos profissionais) e participação nos grupos focais (pelas famílias) poderão gerar algum desconforto ou constrangimento aos participantes da pesquisa, e caso aconteçam estes ou outros inconvenientes e os participantes solicitem, poderá ser disponibilizado um acompanhamento com o (a) assistente social e psicólogo (a) que já estão inseridos no serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As modificações sugeridas para os TCLEs e Orçamento foram realizadas de forma satisfatória.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo aprovar o estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado "ad referendum".

Endereço: TERESINA 690

Bairro: SUMAREZINHO

CEP: 14.055-380

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-0009

E-mail: csecuiaba@fmrp.usp.br

Continuação do Parecer: 2.167.831

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_926430.pdf	10/07/2017 14:13:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	10/07/2017 14:10:29	Ana Jéssica Assunção	Aceito
Orçamento	Orcamento_.pdf	10/07/2017 14:09:54	Ana Jéssica Assunção	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_anexo_c.pdf	10/07/2017 14:08:58	Ana Jéssica Assunção	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_anexo_b.pdf	10/07/2017 14:08:21	Ana Jéssica Assunção	Aceito
Outros	Carta_resposta_pendencias.png	10/07/2017 14:07:11	Ana Jéssica Assunção	Aceito
Outros	Carta_pendencias_CEP_5.png	22/06/2017 12:05:17	Ana Jéssica Assunção	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo_A_questionario_orientador_entre_vista.pdf	22/06/2017 11:53:14	Ana Jéssica Assunção	Aceito
Outros	Termo_de_concodancia_secretaria_de_saude.png	22/05/2017 17:49:02	Ana Jéssica Assunção	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia_departamento_assistencia.png	22/05/2017 17:47:54	Ana Jéssica Assunção	Aceito
Cronograma	Etapas_da_pesquisa_e_cronograma_2017.pdf	22/05/2017 11:10:14	Ana Jéssica Assunção	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	22/05/2017 11:09:40	Ana Jéssica Assunção	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 11 de Julho de 2017

Assinado por:
LAÉRCIO JOEL FRANCO
(Coordenador)

Endereço: TERESINA 690

Bairro: SUMAREZINHO

CEP: 14.055-380

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-0009

E-mail: csecuiaba@fmrp.usp.br

USP - CENTRO DE SAÚDE
ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO



101

Continuação do Parecer: 2.167.831

Endereço: TERESINA 690

Bairro: SUMAREZINHO

CEP: 14.055-380

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-0009

E-mail: csecuiaba@fmrp.usp.br