

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

GÍLIAN PAULA CARVALHO

**SÍFILIS: A IMPORTÂNCIA INVESTIGATÓRIA E SUA CADEIA DE
TRANSMISSÃO. RELATO DE EXPERIÊNCIA EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA.**

Pelotas
2015

Gílian Paula Carvalho

SÍFILIS: A IMPORTÂNCIA INVESTIGATÓRIA E SUA CADEIA DE TRANSMISSÃO. RELATO DE EXPERIÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título ao Mestrado Profissional em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, pela Universidade Católica de Pelotas.

Orientadora: Profa. Elaine Pinto Albernaz

Pelotas
2015

SÍFILIS: A IMPORTÂNCIA INVESTIGATÓRIA E SUA CADEIA DE TRANSMISSÃO. RELATO DE EXPERIÊNCIA EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

GÍLIAN PAULA CARVALHO

Conceito final: _____
Aprovado em: ____ de ____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Elaine Pinto Albernaz, Titular do Programa de Pós- Graduação em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, Universidade Católica de Pelotas e Profa. Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

“ A Tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê .”
Arthur Schopenhauer

Dedicatória,

Dedico este trabalho a minha razão de viver, meu filho Antônio, onde peço desculpas pelas horas de ausência.

Ao meu esposo Airton pela compreensão e escuta em momentos difíceis.

Aos meus pais Luiz Francisco e Maria Helena os verdadeiros amigos e exemplos de vida, que sempre estiveram ao meu lado nesta caminhada mesmo que a distância.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho surgiu da realidade observada em campo de trabalho, através de relato de casos de Sífilis em área de abrangência de Estratégia de Saúde da Família do Município de Canguçu. A partir deste relato, foi buscado dados de notificação da Sífilis no Estado do Rio Grande do Sul, 3º Coordenadoria de Saúde do Estado e município de Canguçu visando saber qual é a realidade desta DST, pois esta patologia têm grande repercussão clínica e gastos em saúde pública.

SUMÁRIO

Apresentação.....	6
1 PROJETO.....	9
1.1 Título.....	12
1.2 Mestrando.....	12
1.3 Orientador.....	12
1.4 Instituição.....	12
1.5 Curso.....	12
1.6 Linha de pesquisa	12
1.7 Data	12
2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	
2.1 Introdução.....	13
2.2 Objetivos.....	16
2.2.1 Geral.....	16
2.2.2 Específico.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	
3.1 Estratégias de busca.....	17
3.2 Quadro de revisão.....	19
3.3 Corpo da Revisão.....	23
4 MÉTODOS	
4.1 Delineamento.....	26
4.1 Participantes.....	26
4.3 Coleta de Dados.....	26
4.5 Análise.....	26
4.6 Elaboração de Material de divulgação.....	27
5 CRONOGRAMA.....	28
6 ORÇAMENTO.....	29
7 ASPECTOS ÉTICOS	29
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30

9 ARTIGO.....	34
10 ANEXO	
10.1 Anexo A- Parecer Consubstanciado do Comitê em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas.....	53
10.2 Anexo B – Comprovação de submissão do artigo	55
10.3 Anexo C- Ficha de Notificação da Sífilis Adquirida (SINAN).....	56
11 APÊNDICE	
11.1 Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Ingresso na Pesquisa	58
11.2 Apêndice B- Cartaz Informativo aos Profissionais de Saúde.....	60
11.3 Apêndice C- Folder Informativo a população.....	61
11.4 ApêndiceD Relato de caso.....	62

Projeto

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

Mestrado Profissionalizante em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente

GÍLIAN PAULA CARVALHO

**SÍFILIS: A IMPORTÂNCIA INVESTIGATÓRIA E SUA CADEIA DE
TRANSMISSÃO. RELATO DE EXPERIÊNCIA EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA**

Pelotas

2013

Gílian Paula Carvalho

**Sífilis: A Importância Investigatória e sua Cadeia de Transmissão. Relato
de Experiência em Estratégia de Saúde da Família**

Projeto de Pesquisa
apresentada ao Mestrado
Profissional em Saúde da
Mulher, Criança e Adolescente
da Universidade Católica de
Pelotas como requisito parcial
para obtenção do título de
Mestre.

Orientadora: Prof^ª. Elaine
Albernaz

Pelotas
2013

1 IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título : Sífilis: a importância investigatória e sua cadeia de transmissão. Relato de experiência em Estratégia de Saúde da Família.

1.2 Discente: Gílian Paula Carvalho

1.3 Orientadora: Prof^ª. Dra. Elaine Albernaz

1.4 Instituição: Universidade Católica de Pelotas

1.5 Centro: Centro de Ciências da Vida e da Saúde

1.6 Curso: Mestrado Profissional em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente

1.7 Data: 17 de junho de 2013

2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

2.1 Introdução

A Sífilis foi identificada pela primeira vez, no século XV, por meio, de suas manifestações clínicas. Existem relatos desta patologia desde o velho mundo, através de evidências arqueológicas dos sulcos dentários de crianças de mães da cidade de Pompeia , além de outras duas teorias: a primeira ter-se-ia iniciado na América, sendo, após, introduzida na Europa pelos de marinheiros de Cristovão Colombo; a outra já existia na Europa e o microorganismo diferenciou-se com o passar do tempo, adquirindo características que aumentaram sua virulência^{12,13,24}. Porém, apenas em 1905 foi identificado o agente etiológico *Treponema Pallidum*, e seu tratamento só iniciou com a descoberta da penicilina em 1928²⁴.

A transmissão é sexual e vertical, sendo uma doença de notificação compulsória, através da Portaria nº 2472 de 31 de agosto de 2010¹⁷; antes disto, era apenas de notificação a Sífilis Congênita, em dezembro de 1986, e em gestantes, tendo-se tornado obrigatória em 2005⁴.

A notificação é o comunicado da ocorrência de determinada doença ou o agravamento de saúde feito à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fim de adoção de medidas de intervenção pertinentes⁴.

A Sífilis é uma doença reemergente, tendo ressurgido com o aparecimento da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), caracterizada por ser sexualmente transmissível. Causada por uma bactéria, o *Treponema Pallidum*, que passa de pessoa a pessoa pelo contato direto com lesões chamadas de úlceras, as quais ocorrem nos genitais externos: vagina e ânus, podendo acometer também os lábios e a boca. Mulheres grávidas com a doença podem transmitir aos seus nascituros. O tempo médio entre a infecção e o aparecimento do primeiro sintoma é de 21 dias, mas pode variar de 10 a 90 dias^{4,6}.

A doença é classificada em:

Primária: é o aparecimento de uma ou várias feridas, sendo que a úlcera aparece onde a bactéria entrou. Ela é firme, redonda e indolor e, desta forma, muitas vezes, passa

despercebida, durando em média de 3 a 6 semanas, independentemente do tratamento. No entanto, se não tratada, a infecção progride para o estágio secundário .

Secundária: é caracterizada por erupções cutâneas e ou feridas na boca, vagina ou ânus. Geralmente inicia após ter desaparecido a úlcera e as lesões podem ser ásperas, vermelhas ou marrom-avermelhadas nas palmas das mãos e plantas dos pés, porém pode simular outras doenças cutâneas. Lesões brancacentas grandes podem aparecer em áreas quentes e úmidas, como boca, axila ou região da virilha. Outros sinais secundários incluem febre, gânglios linfáticos aumentados, dor de garganta, perda de cabelo, dor de cabeça, dores musculares e fadiga. Os sintomas da Sífilis secundária desaparecem com ou sem tratamento, mas, sem tratamento adequado, a infecção vai evoluir para a latente e, possivelmente, para os estágios finais da doença.

Estágio latente: a fase latente da Sífilis começa quando os sintomas primários e secundários desaparecem e divide-se em duas fases: com mais de um ano de evolução e com menos de um ano; só se fazendo o diagnóstico através dos testes sorológicos. A pessoa infectada pode continuar a ter Sífilis mesmo sem sinais e sintomas (este estágio pode durar anos). Em cerca de 15% dos indivíduos que não recebem tratamento, os sintomas deste estágio podem aparecer 10 a 30 anos após a infecção inicial .

Fase tardia ou terciária: os sintomas da Sífilis incluem dificuldade de coordenar os movimentos musculares, paralisia, dormência, cegueira gradual e demência. Nos estágios tardios da Sífilis, ela atinge órgãos internos, incluindo cérebro, nervos, olhos, coração, vasos sanguíneos, fígado, ossos e articulações, tais danos podendo resultar em morte. A doença consegue ser diagnosticada através de teste não treponêmico: (VDRL) ou Elisa e teste treponêmico (FTA-ABS), confirmatório devido aos falsos positivos. Rotineiramente devem ser testados: grávidas, homossexuais, indivíduos soropositivos para HIV e parceiros daqueles com testes positivos para Sífilis ^{4,6}.

Existe uma preocupação em vários países com a disseminação de doenças sexualmente transmissíveis, entre elas a Sífilis. Estudos publicados pelo Center Diseases Control (CDC), no mês de fevereiro de 2013, relatam que ocorreram 20 milhões de novos casos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) nos EUA anualmente, com uma prevalência total de 110 milhões, em 2008, e um alto custo para o sistema de saúde, no valor de 16 bilhões de dólares ajustado a valores do dólar em 2010 ^{20,22}.

Segundo o CDC, foram notificados nos EUA com Sífilis primária e secundária em 2011, 13970 casos, com taxa de 4,5 / 100000 pessoas. A partir de 2010, alterou-se a tendência global de infecções, com declínio nas mulheres e aumento em homens, especialmente gays e bissexuais. Esses dados demonstram a preocupação dos EUA com as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), entre elas a Sífilis. Portanto, muitas campanhas são divulgadas através de todos os meios de comunicação, visando a maior conhecimento da doença e suas formas de transmissão⁸.

Países como Inglaterra e Canadá, através das instituições não governamentais NICE (National Institute for Health and Care) e CPHA (Canadian Public Health Association), respectivamente, relatam preocupações com as DST's. O primeiro vem realizando, desde abril de 2014, trabalhos com profissionais da saúde para diminuir os estigmas e a discriminação visando melhorar a prevenção, pois foram identificados problemas na avaliação da notificação dos parceiros, triagem e resistência microbiana. Já as características epidemiológicas da Sífilis no Canadá são semelhantes as de outros países, sendo que 83,5% dos casos notificados ocorreram em homens e naqueles que fazem sexo com homens, com múltiplos parceiros^{2,5,19}.

No Brasil, ainda não é dada a devida importância no referente a essa doença e os dados não refletem a realidade. Pouco se fala e a produção científica à disposição é escassa, porém a realidade é outra: diariamente se depara com aumento do número de casos de Sífilis, os quais, muitas vezes, são diagnosticados já no pré-natal, podendo causar lesões graves nos fetos ou levar a abortos sem aparente causa. O conhecimento da importância do diagnóstico através de sinais clínicos, isto é, pensar sempre neste agravo e usar de testes mais rotineiramente em grupos de risco facilitaria o diagnóstico e o tratamento^{3,16}.

O objetivo deste estudo é descrever casos de sífilis identificados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e explorar as implicações da realização deste diagnóstico. Além disso, propor a elaboração de material educativo a ser distribuído nas UBS, com divulgação na Secretaria Municipal de Canguçu e na 3ª Coordenadoria Regional de Saúde.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivos gerais

Avaliar as notificações da Sífilis Adquirida no Estado do Rio Grande do Sul, 3ª Coordenadoria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e no Município de Canguçu, desde sua notificação obrigatória através do SINANET. Investigar a cadeia de transmissão da Sífilis através de um relato de experiência em uma unidade de ESF; e propor material de divulgação visando à prevenção e a notificação da doença.

2.2.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o processo diagnóstico de um paciente com Sífilis e sua cadeia de transmissão em uma unidade de ESF.
- b) Elaborar material de divulgação: cartaz aos profissionais da saúde chamando a atenção sobre a notificação obrigatória da Sífilis e folder para à população, mostrando a necessidade de procurar as unidades de saúde para consulta se houver algum sinal ou sintoma e realizar o teste rápido para diagnóstico.
- c) Redigir artigo com dados de notificação da Sífilis Adquirida no Estado do Rio Grande do Sul, 3ª Coordenadoria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e no Município de Canguçu, obtidos através do Sinanet.

3 REVISÃO DE LITARATURA

3.1 Estratégias de busca

Realizada a pesquisa nas seguintes bases de dados:

- Pubmed
- Scielo
- Lilacs
- CDC (Center Deseases Control)

Descritores:

Sífilis/Syphilis /Lues/ treponema pallidum

Transmissão/ transmission

Epidemiologia/ Epidemiology

Prevenção/Prevention

Cartaz/folder/pôster/bilbord

Limites:

Realizada a pesquisa de literatura apenas em trabalhos científicos com humanos, dos últimos cinco anos, e em pacientes adultos.

Línguas:

Inglês, espanhol e português.

Excluídos:

Trabalhos referentes à Sífilis gestacional, congênita e Sífilis associada a Soropositivo HIV e AIDS.

PUBMED : estratégia de busca, colocado termo Syphilis evidenciaram-se 97 trabalhos dos quais foram selecionados 19; aumentando a estratégia Syphilis OR Lues OR Treponema and epidemiology 97 trabalhos 19 foram selecionados; Syphilis OR Lues OR Treponema And epidemiology NOT HIV NOT congenital NOT pregnancy 25 trabalhos dos quais foram selecionados 5; Syphilis OR Lues OR Treponema AND prevention NOT HIV NOT pregnancy NOT congenital 27 trabalhos; Syphilis Or Lues Or Treponema AND pôster OR Folder nenhum trabalho.

LILACS: Sífilis OR Lues OR Treponema AND prevention AND Brasil 11 trabalhos dos quais 05 foram selecionados ; Sífilis OR Lues OR treponema AND Epidemiology nenhum trabalho; Sífilis OR Lues OR treponema AND adultos AND not gestacional AND not congenito 12 trabalhos, dos quais 5 foram selecionados.

SCIELO: Sífilis 488 trabalhos encontrados, 24 selecionados; Syphilis OR Lues 23 trabalhos dos quais nenhum selecionado; sífilis OR Lues AND Epidemiology nenhum trabalho encontrado; Sífilis OR Lues OR treponema AND prevenção 2 trabalhos encontrados, nenhum selecionado.

CDC(Center Deaseas Control) Syphilis, selecionados quatro trabalhos.

Após toda pesquisa realizada foram selecionados nove trabalhos relacionados ao tema e citados a seguir:

Autor, ano e revista	Objetivos	Métodos	Resultados	Comentários
<p>Angélica Espinosa Miranda; Níve Camilo Figueiredo; Valdir Monteiro Pinto; Kimberly Page; Sinésio Talhari. Anais Brasileiros de Dermatologia, 2012, vol. 87(1), p76. Brasil.</p>	<p>Descrever a frequência dos fatores de risco sexual, em mulheres jovens na cidade de Vitória, ES</p>	<p>Delimitação: estudo populacional, em transversal por amostragem realizado em Vitória, ES</p>	<p>904 mulheres elegíveis de 18-29 anos selecionadas pelo ESF, 11 foram diagnosticadas com Sífilis sendo 1,2%(95%) a prevalência; mediana da idade foi 23 anos; 65% alcançaram o ensino médio e superior e 85,4% moravam com a família ou com parceiro e história de DST prévia. Mulheres relatam achar difícil dizer ao parceiro que não faziam sexo sem preservativo.</p>	<p>Este estudo mostra a importância da ESF no diagnóstico rápido da Sífilis facilitando o tratamento e desta maneira diminuindo a disseminação.</p>

<p>F. Yin, Z. Feng and X. Li; West China School of Public Health, Sichuan University, n 16, section 3 December 2012.Vol123</p>	<p>Monitorou taxas de incidências de sífilis primária e secundária por toda a China através da análise de padrões de localização.</p>	<p>Revisão de casos de Sífilis de 2004-2010. Análise exploratória de distribuição dos casos.</p>	<p>Houve um aumento: 73 províncias de alto risco em 2004 para 134 em 2010.</p>	<p>Trata-se de estudo, no qual foram determinados locais de risco e incidência da Sífilis para então ser realizada intervenção e prevenção.</p>
<p>Benzaken, Adèle Schwartz, Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 sup. S456-S464, 2007.</p>	<p>Verificar o desempenho de testes rápidos para a detecção e sua aplicabilidade em populações de difícil acesso da região Amazônica</p>	<p>Pesquisa para avaliação de 4 testes rápidos treponêmicos para o diagnóstico de Sífilis utilizando amostras de sangue de pacientes de uma clínica especializada em Manaus, este estudo foi validado na Ásia, África e América.</p>	<p>Rapidez e facilidade na execução e interpretação, aceitabilidade pelos pacientes e profissionais da saúde favorecendo o tratamento imediato dispensando energia elétrica ou profissional especializado.</p>	<p>Importância da validação dos testes rápidos e seu uso em lugares de difícil acesso.</p>

<p>Garcia, Femandá Lopes Brito 2009.78 Universidade Federal de Goiás Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública.</p>	<p>Estimar a prevalência de sífilis em jovens de sexo feminino, sexualmente ativas em 03 municípios do interior de Goiás em adolescentes.</p>	<p>Estudo Transversal de base domiciliar, idade de 15.a 24 anos, fazendo parte do ESF de municípios de Goiás. Realizada lista de adolescentes e após sorteio dos que quiseram participar.</p>	<p>Identificar através de entrevista e testes rápidos as pacientes contaminadas pelo treponema. Foram diagnosticadas 11 pacientes com pelo menos 1 teste positivo de tñagem(VDRRL ou Elisa) e 01 foi positiva para 02 testes, sendo prevalência de 0,14%, as participantes apresentavam comportamento de risco.</p>	<p>Pacientes adolescentes têm risco aumentado devido ao comportamento e precocidade nas relações sexuais, múltiplos parceiros, pouco uso de preservativo.</p>
<p>Jafari Y; Peeling RW; Shiv Kumar S; Claessens C; Joseph; Pai NP; 2013 february.</p>	<p>Avaliar a sensibilidade e especificidade dos testes rápidos e laboratoriais no soro de amostras com treponema.</p>	<p>Metanálise de 05 bases de dados eletrônicas, extraídos 33 artigos em ordem bayesian.</p>	<p>Testes rápidos e de laboratório relataram sensibilidade e especificidade comparável justificando o uso em ambientes de recursos limitados.</p>	<p>O uso mais rotineiro dos testes rápidos facilitando o diagnóstico e tratamento.</p>
<p>Chesson HW; Gift TL; Pober AL, Prev MED; 43(5)-411-5,2006 nov.</p>	<p>Estimar a redução em custos médios diretos com redução da Sífilis e gonorreia.</p>	<p>Estimativas públicas dos custos por casos de doenças entre 1990-2003.</p>	<p>A prevenção contribui para redução de 5,0 bilhões de dólares (valores de dólares em 2003), sendo 1,1 milhões de dólares na sífilis, sífilis congênita e gonorreia.</p>	<p>Medidas de prevenção diminuem custos em saúde pública.</p>

<p>Owusu - Edusei K; Chesson H W; Tao G; Mahajan R; Ocfemia MC; Kent CK Sex Transm Dis. 2013 março; 40(3): 197-201.</p>	<p>Estimativa de custos com DSTs, nos EUA.</p>	<p>Estimativas publicadas de custo por casos de doença de 2002-2011, custo total como o produto de casos novos ou recém diagnosticados em 2008 e o custo de vida por caso, valor de dólar no ano de 2010 dólares.</p>	<p>Custo médico direto total de 19,7 milhões de casos de DSTs que ocorreram entre pessoas de todas as idades em 2008 nos EUA, os gastos foram 15,6 bilhões de dólares, associado com HIV foi responsável por 81% do custo total, a clamídia tem maior custo.</p>	<p>Estudos americanos através de notificação, observam-se gastos do sistema público com tratamento, sendo necessária a prevenção.</p>
<p>Simms I; Fetton K.A; Ashton M; et al. Sex Transm Dis 32(4)220-6,2005</p>	<p>Caracterizar o ressurgimento da sífilis no Reino Unido de 1997-2003.</p>	<p>Análise retrospectiva dos dados de vigilância de rotina de clínicas.</p>	<p>De 1997-2002 o diagnóstico da Sífilis aumentou 213% em homens heterossex, 1412% em homens que se relacionam com homens e 22% em mulheres.</p>	<p>Caracteriza a epidemiologia do agravo em várias regiões do mundo.</p>
<p>Pan X; Zhu Y; Wang Q. Zheng H; Chen X; Su J; Peng Z; Yu R; Wang N. PloS One; 812:e57258,2013.</p>	<p>Compreender o conteúdo sobre AIDS, identificar e determinar a prevalência da infecção pelo HIV, Sífilis e HCV entre trabalhadores migrantes da área rural para área urbana na Zhejiang.</p>	<p>Estudo transversal realizado através de entrevista e questionário anônimos e amostras de sangue coletadas para HIV, Sífilis e Hepatite C para triagem.</p>	<p>17377 (92,8%) dos 18730 trabalhadores migrantes abordados foram entrevistados; entre os participantes a taxa de conhecimento sobre AIDS foi 66,2%, a prevalência de HIV e HCV foi 0,02% e 0,04% respectivamente e Sífilis 0,55%.</p>	<p>Importância de identificação dos grupos de risco para trabalho de prevenção</p>

3.3 Corpo da revisão

Novamente a Sífilis vem chamando a atenção, em todo o mundo, por apresentar um comportamento histórico, que foi de uma quase extinção até o seu ressurgimento. Sendo um agravo de notificação recente no Brasil, e poucos estudos têm sido realizados em nosso país visando caracterizar melhor esta DST¹⁷. Observando a história desta doença, nota-se que ela sofreu grandes variações epidemiológicas desde a sua descoberta até os dias de hoje, sem, porém, saber-se quais foram as causas que levaram a este comportamento¹³. Em trabalho publicado em 2008 por Haper e Cols¹⁴ sobre as origens da Sífilis, foram realizadas análises filogenéticas de 26 cepas de treponema procedentes de regiões geográficas distintas. Os resultados obtidos reforçam a teoria Colombiana para a origem deste agravo, e as subespécies não sexualmente transmissíveis ter-se-iam originado em períodos mais remotos. Entretanto, no mesmo ano 2008, foi argumentado não ser possível inferir a origem da Sífilis utilizando a metodologia de Harper e Cols, pois o "T. Pallidum é um dos poucos microrganismos patogênicos bacterianos humanos que ainda não foram cultivados in vitro e análises mutacionais, não permitem identificar causas determinantes de virulência, conseqüentemente, não sendo possível relacionar o conhecimento dos genes à evolução do treponema e a sua patogênese" ¹⁸(Mulligan et al.2008).

Garcia, em 2009, realizou uma pesquisa na qual evidenciou em três municípios do Estado de Goiás, Brasil - através de cadastro da Estratégia de Saúde da Família- o comportamento sexual de adolescentes entre 15-24 anos e a prevalência da Sífilis, apresentando como resultado o valor de 0,14% nesta população¹¹. Em outro estudo de Angélica Espinosa et al.¹ também foi observado o comportamento de risco em jovens de Vitória, Espírito Santo, tendo esta realizado um estudo de coorte transversal, das 904 mulheres elegíveis entre 18-24 anos através dos ESF; 11 destas foram diagnosticadas com Sífilis, sendo 1,2% a prevalência desta DST²⁰. Os dois estudos acima referidos mostram valores muito diferentes de prevalência da sífilis, motivo pelo qual outros estudos devem ser realizados para avaliar quais são realmente os fatores de risco para, só então, serem trabalhados métodos de prevenção entre os jovens brasileiros

Na metade do século XX, nos EUA e na Europa, houve uma tendência de queda da Sífilis, sendo interrompida nos anos 90 em função de um aumento nos casos notificados, possivelmente, devido à associação com infecção pelo HIV. Nos países desenvolvidos, especificamente no Reino Unido, entre 1997 e 2003, como é citado em trabalho de Simms I, et al²³ evidenciou-se um aumento no número de casos, assim classificados: heterossexuais com um aumento de 213%, 1412% em homens que fazem sexo com homens , e 22% em mulheres.

Esta infecção vem causando enorme preocupação nos sistemas públicos de saúde devido às consequências sociais por ser uma doença sexualmente transmissível, somando-se a isso, os gastos que os governos têm com seu tratamento são bastante elevados ^{7,8}. Nos EUA, são gastos milhões de dólares com o diagnóstico e tratamento desta patologia, porque lá também ocorrem falhas de notificação, mesmo sendo agravo de notificação obrigatória há muitos anos, desde 1941. O CDC (Center Deases Control) relata, mais precisamente, que ocorreram cerca de 19.7 milhões de novos casos de DSTs em 2008, sendo a Sífilis responsável por 55.400 mil, os jovens de 15 a 24 anos representam 50% de todos novos casos de DSTs embora representem 25 % da população sexualmente experiente e os gastos públicos chegam ao total de 15,6 bilhões / ano .(Owusu - Edusei K.et al. 2008; Satterwhite C L, et al. 2013)^{20,22}.

Foram realizados por Chesson HW⁹ e colaboradores estudos para estimar os gastos públicos com as doenças sexualmente transmissíveis e os esforços de prevenção causam redução de até 5,0 bilhões de dólares nos gastos públicos.

Na China, também existe preocupação com casos de Sífilis; vários trabalhos recentes foram publicados a este pretexto, entre eles o de Yin F; Fen Z; X Li ¹⁵, mostrando a preocupação com o aumento no número de casos em várias províncias nestes últimos anos, passando de 73 em 2004 para 134 províncias no ano de 2010 com maior risco. Nesse trabalho, foram localizadas e demarcadas áreas de risco para, então, serem realizados trabalhos específicos de prevenção. Nesse país, outros autores também procuram estudar a Sífilis delimitando os grupos que seriam mais acometidos, entre eles: homens que fazem sexo com homens e trabalhadores migrantes que vêm da área rural trabalhar nos grandes centros. Neste último grupo, foi observado através- de um questionário anônimo- qual seria o conhecimento sobre DSTs, e os entrevistados foram convidados a coletar amostra de

sangue para triagem das principais doenças sexualmente transmissíveis, sendo observado conhecimento sobre AIDS de 66,2% e a prevalência de HIV e HCV de 0,02% e 0,04% respectivamente e da Sífilis de 0,55%. (Pan X et al.)²¹.

Alguns trabalhos científicos mostram a importância dos testes rápidos e sua validação, evidenciando boa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico da Sífilis em qualquer local, até os mais remotos, caracterizada por estudo nacional de Benzaken, Adele Schwartz e internacional de Jafari et al.^{3,16}.

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento

Estudo quantitativo transversal que objetiva observar as notificações de Sífilis Adquirida no Estado do Rio Grande do Sul, 3ª Coordenadoria de Saúde do Estado e do Município de Canguçu a partir de dados coletados do SINANET. Também será realizada a investigação e descrição de relato de caso em uma unidade de ESF.

4.2 Participantes

Os participantes serão pessoas infectadas com *Treponema Pallidum* atendidas em uma unidade da ESF, no Município de Canguçu, que foram devidamente investigadas e tratadas. A partir do diagnóstico de um caso será descrita a cadeia de transmissão, estimando-se de 2 a 10 casos a partir do caso índice.

4.3 Coleta de dados

Será realizada uma ficha de notificação contendo dados referentes à idade, escolaridade e prática sexual, além disto, serão realizadas entrevistas abordando conhecimento sobre a patologia, as formas de transmissão e tratamento.

4.4 Análise

Será realizada análise descritiva do perfil socioeconômico, sintomas apresentados, critérios diagnósticos utilizados, meios de transmissão, aderência ao tratamento e processo de investigação da cadeia de transmissão.

4.5 Elaboração de material de divulgação

A partir da revisão bibliográfica, serão definidos os principais assuntos abordados no folheto, tais como “o que é a sífilis, quais os sintomas, como é o diagnóstico, como é possível prevenir e qual é o tratamento”.

4.6 Riscos e benefícios

A participação no estudo não envolve riscos, pois selecionar-se-ão os pacientes após atendimento rotineiro, e serão beneficiados através do esclarecimento sobre a doença e receberão o atendimento preconizado pelo Ministério da Saúde.

5 CRONOGRAMA

Atividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do projeto			X	X	X	X																			
Preparação do questionário							X	X	X	X	X	X													
Coleta de dados*										X	X	X	X	X	X										
Processamento dos dados																X	X								
Análise																X	X								
Redação do artigo																		X	X	X	X	X	X	X	
Defesa																									X

Obs.: O mês 01 refere-se a maio de 2013

***A coleta de dados só iniciará após aprovação pelo Comitê de Ética.**

6 ORÇAMENTO

DESCRIÇÃO	PREÇO (R\$)	QUANTIDADE	PREÇO TOTAL
Material para aplicação dos questionários (fotocópias, fichas de notificação, canetas, etc...)	R\$ 20,00		R\$20,00
Pendrive – Marca SanDisk	R\$30,00	1	R\$30,00
Material Gráfico com arte (folders)	R\$299,00	2.500 unidades	R\$299,00
		TOTAL	R\$349,00

O projeto será custeado pela mestranda.

7 ASPECTOS ÉTICOS

- a) O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas.
- b) Será solicitada liberação para a coleta de dados junto à Secretaria Municipal de Saúde de Canguçu.
- c) Os participantes do estudo serão esclarecidos sobre os objetivos do presente estudo, assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e receberão o tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Angélica. Espinosa Miranda; Níve Camilo Figueiredo; Valdir Monteiro Pinto; Kimberly Paje; Sinésio Talhari. Fatores de risco para sífilis, em mulheres jovens, atendidas pelo Programa de Saúde da Família em Vitória Espírito Santo (ES),Brasil. Anais Brasileiros de Dermatologia, 2012, vol
2. Aviva Leber; Paul Mac Pherson; B Craig Lee.Epidemiology of infections Syphilis in Ottawa. Canadian Journal of Public Health, st/out de 2008, vol99, nº5.
3. Benzaken, Adele Schwartz et AL.Testes rápidos para diagnóstico de Sífilis: validação em clínica de DST na Região Amazônica, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,.2007, vol 23, suppl.3, PP.S456-S457.ISSN 0102-311
4. BRASIL. Doenças infecciosas e parasitárias- guia de bolso/ Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica – 8. ed. Rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
5. Canada's Public Health Leader (CPHA), acesso em março e abril de 2015
6. Center Disease Control and Prevention.(CDC). STD, Syphilis(acesso em 20 setembro de 2013)
7. CDC. Primary and secondary syphilis –United States, 2003- 2004 MMw 2006; 55(10): 269-73.
8. CDC. Sexually Transmitted diseases surveillance 2011, Atlanta, Ga:US.Department of Healt and Human Services, Centers for Diseases Control and Prevention, November 2012. Available from URL: <http://ww.cdc.gov/std>.
9. Chesson HW; Gift TI;Puber AL. The economic value of reduction in gonorrhoea and syphilis incidence in the United States, 43 (5): 411-5,2006 nov.

10. Díaz J .Rev, Chilena .Infectol ; Vigilância epidemiológica de sífilis e gonorreia. 30(3 :303-10,2013 jun.
11. Garcia, Fernanda Lopes Brito. Prevalência de sífilis em adolescentes e jovens do sexo feminino no estado de Goiás-2009. 78fl. il,figs tabs.
12. George J. Armelagos, Molly K, Zuckeman, and Kristen N Horper. The Science Behind Pre-Columbian Evidence of >Syphilis in Europe: Reserch by documentary. *Evol.Anthropol*.março 2012; 21(2):50-57.
13. Golden MR, et al. Update on syphilis: resurgence of an old problem. *Jama*. 2003;290:1510-4.
14. Harper K.N.,O campo P.S., Steiner B.M., George R.W, Silverman M.S., Bolotin S.,Pillay A., Saunders N.J., Armelagos G.J.2008. On the origin of the treponematoses: a phulogenetic approach. *PloS Negl Trpo Dis* 2: e148.
15. Yin F; Feng Z; Li X. Spatial analysis of primary and secondary syphilis incidence in China, 2004-2010. *Int J STD AIDS*; 23(12) : 870-5,2012 dec.
16. Jafari y; Piely RW;Shivkumar Claessins. C; JoseL;L. Are treponema palidum .Specific rapid and point-of-case teste for. Specific rapid anal point-of-case teste for syphilis accurate enough for screening in resource limited sitting of *Epidemiology, Biostatistics and Ocupational Health*, MC Gill University,Montrel,Canada, 2013 february.*Plos One*;8(2): e 54695.
17. Ministério da Saúde Portaria n ° 2472 de 31 de agosto de 2010.
18. Mulligan C.J.; Norris S.J.,Lukehart S.A 2008.Molecular Studies in *Treponema Pallidum* Evolution: Toward Clarity? *PlosNegl Trp Dis* 2 (1): e 184.
19. National Institute for Health and Care (Nice.org.ok), acesso março e abril de 2015.
20. Owusu-Edusei K, et al. The estimated direct medical cost of sexually transmitted infections in the United States,2008.*Sex Transm Dis* 2013.40(3) :pp197-201.

21. Pan X; Zhu y ; Wang Q. Zheng H; Chen X ; Su J; Peng Z; Yu R; Wang N. Prevalence de HIV, syphilis, HCV and hig risk behaviors among migrant wokers in eastern China. Plos One; 812:e57258, 2013.
22. Satterwhite CL.et al. Sexually transmitted infections among U.S. women and men: Prevalence and Incidence estimates, 2008.Sex Transm Dis 2013; 40 (3):pp187-193.
23. Simms I; Feton K.A; Ashton M; et al.The re-emergence of Syphilis in the United Kindom : The new epidemic phases. Sex Transm Dis 32(4) 220-6, 2005.
24. Souza E.M d 2005. Há 100 anos, a descoberta do treponema pallidum.Ann.Bras dermatol 80 (5) 547-548.

Artigo submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva

Sífilis: A importância da notificação compulsória.

Syphilis: The importance of compulsory research.

Gílian Paula Carvalho¹, Elaine Albernaz²

¹ Mestrado Profissionalizante em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, Universidade Católica de Pelotas. Rua: Gonçalves Chaves nº373, Pelotas, RS, Brasil. CEP 96015-560, carvalho.gilian@gmail.com

² Profª Titular do Programa de Pós- Graduação em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, Universidade Católica de Pelotas e Profª. Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

Resumo

A Sífilis adquirida é uma doença sexualmente transmissível com repercussão sistêmica; continua presente no Brasil e no mundo, ressurgindo com a AIDS na década de 80, e permanecendo sem controle causando muitos gastos em saúde pública. Este estudo de natureza quantitativa, objetivou observar as notificações da Sífilis adquirida no estado do Rio Grande do Sul, 3ª coordenadoria de Saúde do Estado e Município de Canguçu, desde sua notificação obrigatória até 34ª semana epidemiológica de 2014 a partir de dados fornecidos pela 3ª coordenadoria de Saúde retirados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Como resultado foi observado que o maior problema são as notificações com dados ignorados ou em branco (incompletos), que perfazem mais de 50% das notificações realizadas, isto é a falta de dados na ficha de notificação. Este problema vem acontecendo nas três esferas estudadas, causando grande dificuldade para qualquer estudo que venha a tentar caracterizar a Sífilis. Os resultados demonstram a necessidade de maior atenção e treinamento aos profissionais da saúde para reconhecerem os sinais e

sintomas da Sífilis, fazer o diagnóstico e consequentemente a notificação do agravo com preenchimento completo deste documento.

Palavras chave: Sífilis Adquirida, diagnóstico, notificação, epidemiologia.

Abstract

Acquired syphilis is a sexually transmitted disease with systemic impact that continues to be seen in Brazil and in the world, reappearing with AIDS in the 80s, and remains without control causing many expenses to the public health service. This quantitative study, aimed to observe the notifications of Acquired Syphilis, in the state of Rio Grande do Sul, Third Health Coordination Office State and Canguçu city, since the mandatory notification until the 34th epidemiological week of 2014 from data provided in the third health coordination office taken from SINAN (information system of aggravation notification). It was observed that the biggest problem are the notifications with disconsidered data or blank (incomplete), that are more than 50% of the notifications made, it means, the lack of data in the notification record. This problem has been accuring in the three studied spheres, causing big difficulties for any investigation that would try to characterize Syphilis. The results show the necessity of more attention and health professional training to recognize (or identify) the signs and symptoms of this disease to diagnose and, therefore, the aggravation notification can be done with a fully filled of this document.

Keywords: Acquired Syphilis, Diagnose, notification, epidemiology.

INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença sexualmente transmissível muito antiga, existindo várias teorias propostas para sua origem. A primeira vem da História remota, é chamada de Teoria Pré-Colombiana, segundo a Sífilis ter-se-ia originado na África Central e teria sido levada à Europa anteriormente às expedições de Colombo. Outra é a Teoria Colombiana na qual a Sífilis era uma doença endêmica no Haiti, levada para a Europa por Colombo, no século XV mais precisamente, 1495 (época dos descobrimentos), quando houve o primeiro surto desse mal. A terceira é a Teoria Unitária que propunha ser a sífilis e as outras trepanomatoses não venéreas manifestações da mesma infecção com algumas diferenças clínicas causadas por fatores ambientais^{1,4}. Porém, após algum tempo foram realizados estudos que demonstraram diferença entre os microrganismos². Após longo período adormecida, a Sífilis reapareceu com o advento da Aids na década de 80, mostrando a realidade das relações sexuais: descuidadas e desprotegidas.

Estudos estão sendo ainda realizados para descobrir a origem do *T. Pallidum*, entre eles o realizado por Harper et al². em 2008, através de uma pesquisa filogenética com 26 cepas de treponemas de regiões distintas. Os resultados obtidos vêm reforçar a teoria Colombiana enquanto as cepas não sexualmente transmissíveis teriam origens mais remotas. Entretanto, no mesmo ano, em 2008, Muligan et al.³ argumentaram não se poder inferir a origem da Sífilis através da metodologia estudada por Harper et al. pois o *T. Pallidum* é um dos poucos microrganismos patogênicos bacterianos humanos que ainda não foi cultivado *in vitro* e análises mutacionais não permitem identificar causas de virulência; consequentemente, não seria possível relacionar o conhecimento dos genes à evolução do treponema e à sua patogênese.

Mesmo com essa longa história e com um fácil tratamento, a Sífilis ainda causa preocupação em todo o mundo devido aos gastos em saúde pública ^{5,6,7}, à falta de controle por ser uma doença sexualmente transmissível e, também, pela sub-notificação dos casos diagnosticados ⁵. A notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravamento à saúde, feita à autoridade sanitária por profissional de saúde ou qualquer cidadão, para fim de adoção de medidas de intervenção pertinentes ^{9,10}.

A doença de Lues, como também é chamada, passou a ser de notificação obrigatória no Brasil a partir de portaria nº 2472 de 31 de agosto de 2010⁸. A definição de caso para fins epidemiológico de notificação é todo indivíduo assintomático ou com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cancro ou lesões compatíveis com sífilis secundárias), com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente ^{9,10}.

Apresenta transmissão sexual, vertical ou sanguínea. Período de incubação de aproximadamente 21 dias, podendo variar de 10 a 90 dias. Os sítios de inoculação do *Treponema pallidum* são órgãos genitais podendo ocorrer também manifestações extragenitais (lábios, língua e áreas da pele com solução de continuidade). A transmissão vertical ocorre durante toda a gestação levando a danos graves para o feto. E divide-se clinicamente em: **Primária, Secundária, Latente e Terciária** ^{9,10}.

O diagnóstico deve ser feito pela história do paciente, exame clínico e confirmação; através de testes: VDRL (Venereas Disease Research laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin) indicado para diagnóstico e seguimento terapêutico devido ser passível sua titulação - que são exames não treponêmicos - e o FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption), TPHA-(*Treponema Pallidum* Hemagglutination), Elisa –Enzyme Linked Immunosorbent Assay e suas variações, MHTP-Microhemaglutinação indireta,

Teste Rápido (teste Imunocromatografia ou de dupla migração) que são testes treponêmicos-, realizado para confirmação, devido à possibilidade de falsos positivos^{10,23} .

Vem chamando a atenção quanto à Sífilis é ela manter-se entre as demais DST (Doença Sexualmente Transmissível) sem controle em todo o mundo e também no Brasil ^{5,6,7}.

Existem poucos trabalhos epidemiológicos que caracterizam este mal em nosso país e isso vem dificultando seu controle ^{12,16,18,20,21}. Também, seu tratamento adequado esbarra, muitas vezes, na não participação efetiva dos parceiros, principalmente quando se negam a fazer o tratamento prescrito pelos médicos⁵. Há ainda outros problemas como a sub-notificação, notificação incompleta e atraso na entrega de relatórios. Todos estes fatores causam grande dificuldade para seu estudo, fazendo com que, dessa forma, a Sífilis se mantenha sem controle provocando grandes gastos para a Saúde Pública (PATTON, 2014)⁵.

Vários países, como EUA (Estados Unidos da América) e a China , estão preocupados com esse quadro de não controle das DSTs e por meio de estudos epidemiológicos, caracterizam as populações atingidas e os gastos em Saúde Pública^{6,7,13,14}. Em 2013, Satter White CL et al⁶ e Owusu-Edusei K,et al⁷. identificaram, através de artigos publicados, os seguintes dados estatísticos referentes a 2008, para os EUA: incidência de 20 milhões de casos novos/ano de DSTs, com prevalência de 110 milhões de DSTs ,e gastos de 16 bilhões de dólares. Tais dados para estudo foram obtidos através da notificação obrigatória de dados, de pesquisas nacionais, relato de casos, do NHANES (Sistema Nacional de Saúde e Nutrição) e testes para DSTs, formando uma amostra representativa da população civil, não institucionalizada. Também um artigo publicado recentemente abril de2014 vem reforçar as estatísticas através de dados coletados nos EUA que evidenciam que a Sífilis primária e secundária foi de 5,3/100000 casos/ hab, entre 2005 e 2013 e o dobro do que tinha ocorrido

em 2000, que era 2,1/10000 casos/ hab¹¹. Analisando-se dados de notificações entre 2005-2013, nos estados em que deveria aparecer o registro do sexo dos parceiros, conseguiu-se caracterizar o grupo dos homens e, entre eles, os homens que fazem sexo com homens; o aumento da incidência que ocorreu neste grupo, independente de idade ou raça⁵. Já entre as mulheres a taxa de notificação apresentou uma variação: aumentou entre 2005-2008 e vem diminuindo entre 2009-2013, com diferentes tendências em diferentes grupos étnicos. Patton et al⁵. colocam que " nos EUA chegou-se bem próximo à erradicação dos casos de Sífilis no ano de 2000 , porém esse declive durou pouco; logo se iniciou um novo aumento". Conclui-se, baseando-se nestas observações, serem necessárias práticas preventivas, podendo-se citar algumas: trabalho com prestadores de serviço privado para notificação de casos; chamar a atenção aos profissionais da saúde sobre o ressurgimento da Sífilis; sinais/sintomas e sua proximidade com o HIV; realizar testes sorológicos mais frequentes, pelo menos uma vez ao ano; triagem mais freqüente com intervalos menores que 06 meses para homens que fazem sexo com homens quando têm vários parceiros sexuais ou são anônimos, divulgar práticas sexuais mais seguras assim como diminuir o número de parceiros, uso de preservativos, treinamento adequado para coleta de dados, principalmente, em relação ao sexo dos parceiros⁵.

A China, país populoso e com grande extensão de área, vem monitorando os casos de Sífilis primária e secundária através de estudos de padrões de localização por área chamados de ESDA (Exploratory spatial data analysis). Em sete anos de estudo, a incidência média de Sífilis primária e secundária por ano foi de 8,82casos/100.000 hab¹³. Também foi observado um aumento no número de cidades com alto risco para DSTs: de 73 em 2004 para 134 em 2010. (YIN F, et al.2012)¹³. Outro estudo chinês de Pan X et al¹⁴. de delineamento transversal com migrantes, considerados um grupo de risco por se ausentarem

de seus domicílios, identificou que o conhecimento sobre HIV foi de 66,2 %, e a prevalência de Sífilis de 0,55%.

Este estudo pretende avaliar a notificação da Sífilis no Estado do Rio Grande do Sul e descrever uma experiência em Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Métodos

Avaliação das notificações de Sífilis no SINAN (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO), desde 31 de agosto de 2010, quando passou a ser de notificação obrigatória, até a 34ª semana epidemiológica do ano de 2014, dados estes do município de Canguçu, 3ª Coordenadoria Estadual de Saúde e em todo o Estado do Rio Grande do Sul. Sendo definido como “diagnóstico suspeito, mas não confirmado” aquele que não pôde ser afastado ou confirmado por falhas no preenchimento da notificação ou ausência de dados da investigação.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas, parecer 563.100 de 20 de março de 2014.

A análise realizada constou da obtenção das frequências e tabulação de dados no Programa Excel.

Resultados

A série histórica por ano de notificação da Sífilis, no Rio Grande do Sul, desde sua notificação obrigatória é mostrada na tabela 1. Houve aumento gradual dos números de casos notificados, com mais de 50% das notificações com dados incompletos.

Na tabela 2, observa-se nas notificações que estavam completas, a maioria dos pacientes era da cor branca e com idade entre 20 e 34 anos. Em relação à escolaridade, o dado não foi registrado em cerca de 60%, quanto ao gênero houve predomínio do sexo masculino.

A tabela 3 caracteriza as notificações da sífilis, em ordem cronológica, da 3ª Coordenadoria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul até 34ª semana epidemiológica de 2014. Observa-se que, também, houve aumento com o passar dos anos dos casos notificados, perfazendo um total de 359; destes, em 97 faltavam dados no seu registro.

Podem-se verificar as características sociodemográficas nas notificações da Sífilis da 3ª Coordenadoria de Saúde do Rio Grande do Sul, na tabela 4. Em 38,48% das notificações, a cor não foi relatada e, em 46,07% dos pacientes, prevalecia cor branca; sobre a idade, 50,14% entre 20 -34 anos; em 62% das notificações, faltava o registro da escolaridade; 27,10% dos pacientes apresentavam ensino fundamental completo. Em relação ao sexo, 56,37% eram homens

No município de Canguçu, os dados vêm repetindo as mesmas características de notificação do Estado do Rio Grande do Sul e da 3ª Coordenadoria de Saúde. Foi observado um aumento gradativo no número de notificações desde 2010 até a 34ª semana epidemiológica de 2014, perfazendo um total de 17 casos. Entre 2010 e 2012, não houve nenhum caso registrado; em 2013, foram 07 casos de Sífilis notificados e, em 2014, 10

casos. As características sociodemográficas foram quanto ao sexo: dez casos de Sífilis do sexo feminino e sete do sexo masculino. Em relação à cor dos pacientes notificados, onze eram da cor branca e em 03 notificações não foi completado este dado. Quanto à escolaridade, sete apresentavam ensino fundamental incompleto e em cinco notificações faltou este dado. Em relação à idade dos pacientes, oito tinham idade entre 21 e 40 anos.

Tabela1. Frequência da Sífilis por ano de notificação no Rio Grande do Sul até a 34ª semana epidemiológica de 2014. SinanNet

Notificações	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Diagnóstico suspeito mas não confirmado*	66	194	1119	2274	1636	5289
Diagnóstico Confirmado	57	599	1440	1091	1169	4356
Diagnóstico não Confirmado	0	2	2	18	8	30
Total	123	795	2561	3383	2813	9675

*Ficha de notificação sem resultado de investigação.

Tabela2. Notificação de casos de Sífilis de 2010 até a 34ª semana epidemiológica de 2014, conforme características sociodemográficas no Rio Grande do Sul. SinanNet.

Variáveis	N	%
Cor		
Dados Incompletos	4337	44,79
Branca	4137	42,72
Preta	562	5,80
Parda	595	6,14
Amarela	23	0,24
Indígena	30	0,31
Idade*		
Até 9 anos	74	0,76
10 a 14 anos	63	0,65
15 a 19 anos	753	7,77
20 a 34 anos	4213	43,51
35 a 49 anos	2678	27,66
50 a 64 anos	1525	15,75
≥65 anos	376	3,88
Ignorado	2	0,02
Escolaridade		
Dados Incompletos	5593	57,75
Analfabeto	50	0,52
Ens.Fund. Incompleto	1480	15,28
Ens.Fund. Completo	973	10,05
Ens. Médio Incompleto	374	3,86
Ens. Médio Completo	803	8,29
Superior Incompleto	156	1,61
Superior Completo	183	1,90
Não se aplica	72	0,74
Sexo		
Dados Incompletos	5	0,05
Masculino	5456	56,34
Feminino	4223	43,61
Total	9684	100

* presença de dados ignorados conforme informações recebidas da 3ª Coordenadoria de Saúde do Rio Grande do Sul.

Tabela 3. Notificação de Sífilis na 3ª Coordenadoria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul por ano de notificação, até a 34ª semana epidemiológica de 2014. SinanNet

Notificação	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Diagnóstico suspeito mas não confirmado*	3	6	26	30	32	97
Diagnóstico Confirmado	0	0	17	93	162	272
Diagnóstico não Confirmado	0	0	0	0	0	0
Total	3	6	43	123	194	369

* Ficha de notificação sem resultado de investigação.

Tabela 4. Notificação de casos de Sífilis na 3ª Coordenadoria de Saúde do Rio Grande do Sul de 2010 até a 34ª semana epidemiológica de 2014, conforme características sociodemográficas. SinanNet

Variáveis	N	%
Cor		
Ignorada/em branco	142	38,48
Branca	170	46,07
Preta	43	11,65
Amarela	1	0,27
Parda	13	3,53
Idade		
10-14 anos	3	0,81
15-19 anos	32	8,67
20-34 anos	184	49,86
35-49 anos	104	28,18
50-64 anos	38	10,31
65-79 anos	6	1,63
Ignorado	2	0,54
Escolaridade*		
Ignorada/em branco	229	62,06
analfabeto	2	0,54
Ensino fund. incompleto	58	15,72
Ensino fund. completo	36	9,76
Ensino médio incompleto	9	2,44
Ensino médio completo	18	4,88
Ensino superior incompleto	10	2,71
Ensino superior completo	7	1,89
Sexo		
Masculino	208	56,37
Feminino	161	43,63
Total	369	100

Discussão

A Sífilis vem-se caracterizando, realmente, como uma doença de comportamento reemergente em todo o mundo, conforme vários trabalhos publicados no CDC (Center Disease Control)^{5,6,7,11} e em outros países. No Brasil, a Sífilis também aparece com as mesmas características, porém as causas deste comportamento cíclico ainda são desconhecidas ^{15,16}. Os gastos em saúde pública mantêm-se muito elevados devido à dificuldade de controle por ser uma DST; mesmo nos países mais desenvolvidos, que já têm um sistema de notificação implantado de longa data, como nos EUA (Estados Unidos da América), também existem dificuldades. Através de trabalhos, como o de Patton⁵, publicado em 2014, a partir de dados de notificação, observou-se o comportamento dessa patologia e quais os grupos mais atingidos: homens de todas as idades e raças representam 91,1% de todos os casos de Sífilis primária e secundária em 2013, e entre eles homens que fazem sexo com homens; entre as mulheres houve aumento de 2005-2008 de 0,9 para 1,5 por 100.000 hab e diminuiu para 0,9 em 2013.

Ainda hoje, pesquisa-se as causas do comportamento cíclico da Sífilis no decorrer dos séculos ^{15,16,19}, como em trabalho publicado recentemente, que coloca que a ciclicidade esta relacionada com o comportamento sexual das pessoas na sociedade com o passar do tempo e não como se pensava, estar relacionado com a virulência da bactéria ou imunidade dos indivíduos.(Althouse, Benjamin.M, et al ,2014)¹⁶.

No Brasil, por ser de notificação recente, desde 31 de agosto de 2010, através da portaria nº 2472 do Ministério da Saúde⁸, existem poucos estudos epidemiológicos sobre a Sífilis Adquirida. O Ministério da Saúde ainda não elaborou nenhuma publicação da

epidemiologia da Sífilis Adquirida em nosso país, e poucas pesquisas científicas mostram a realidade nacional (Almeida, 2014)¹²; aparecem, somente, estudos com grupos de pessoas mais vulneráveis, como prostitutas, e em pacientes psiquiátricos e conscritos do exército 17,18,21,22. Um estudo mais recente em Campinas, caracterizando as formas de apresentação da Sífilis naquele município, mostra o mesmo padrão que acontece no resto do mundo: mais em homens, e principalmente em homens que fazem sexo com outros homens (Almeida, 2014)¹².

Foi observado, a partir dos dados fornecidos pela responsável por este programa da 3ª Coordenadoria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (retirados do Sinanet), que vem ocorrendo maior número de notificações de casos de Sífilis nas três esferas seguintes: no município de Canguçu; 3ª Coordenadoria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e no Estado do Rio Grande do Sul, porém, o que mais chamou a atenção foi a falta de dados em cada item de preenchimento da ficha de notificação, perfazendo, em alguns casos, mais de 50% no quesito escolaridade, e 40% quanto à cor dos pacientes. Nestes dados estatísticos, não foi fornecida qual a forma de comportamento sexual, apesar de ser um dos itens a serem preenchidos na ficha de notificação.

Esta pesquisa chama a atenção sobre a má qualidade da informação, ou seja, a falta de completude no preenchimento dos campos da ficha, bem como a adesão dos profissionais da saúde que aparecem como pontos críticos ao SINAN, se somada à ausência da notificação. A referida falta de dados já é considerada uma causa por si só, por não haver como fazer controle, pois não se sabe a real situação da Sífilis Adquirida no Brasil.

Observa-se, então, que muito ainda deve ser feito em território pátrio para o controle da Sífilis: chamar a atenção dos profissionais de saúde e dos pacientes quanto aos sinais e sintomas, encaminhar sempre os pacientes para fazerem o teste rápido a cada seis meses,

realizar treinamento para o preenchimento adequado da ficha de notificação dos pacientes do SUS pelos profissionais devidos, além de registros e encaminhamentos aos órgãos competentes das notificações feitas em consultórios conveniados e particulares.

Agradecimentos

A Sr^a. Doris Gomez M. Schuch, responsável pela vigilância epidemiológica da Sífilis na 3^a Coordenadoria de Saúde do estado do Rio Grande do Sul que atendeu prontamente a solicitação dos dados para realização deste estudo.

Bibliografia

1. Armelagos, GJ, Zuckerman, MK e Harper, KN (2012), The Science Behind Evidence Pre-Columbian da sífilis na Europa: Investigação por Documentary. *Evol. Anthropol*, 21.: 50-57. doi: 10.1002 / evan.20340
2. Harper K. N ; Ocampo P. S; Steiner B. M; George R. W; Silverman M. S; Bolotin S; Pillay A; Saunders N. J; Armelagos G. J. 2008. On the origin of the treponematoses: a phylogenetic approach. *PLoS Negl Trop Dis* 2: e148.
3. Mulligan CJ; Norris SJ; Lukehart SA.(2008).Molecular Studies in *Treponema pallidum* Evolution: Toward Clarity? *PlosNegl Trp Dis* 2 (1): e 184
4. Souza E.M d 2005. Há 100 anos, a descoberta do *treponema palidum*. *Ann.Bras dermatol* 80 (5) 547-548.

5. Patton, ME, Su, JR, Nelson R; Weintock, H; Syphilis Primary and Secondary. United States. MMWR-2005-2013, 09 may 2014/63(18); 402-406. Available from(<http://www.cdc.gov/mmwr>)

6. Satterwhite CL, Torrone E, Meites, E, Dunne, EF, Mahajan, R, Ocfemia, MCB, Su, J, Xu, F, Weinstock H. Sexually transmitted infections among U.S. women and men: Prevalence and Incidence estimates, 2008. United States. Sex Transm Dis 2013 8;40(3):pp187-193.

7. Owusu-Eduesei K Jr, Chesson HW, Tao G, R Mahajan, Ocfemia MC, Kent CK. The estimated direct medical cost of sexually transmitted infections in the United States, 2008. Sex Transm Dis 2013.40(3) :pp197-201.

8. Ministério da Saúde Portaria n ° 2472 de 31 de agosto de 2010.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: Guia de Bolso/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. -8ª edição. rev.-Brasília:Ministério da Saúde, 2010. 448 p.

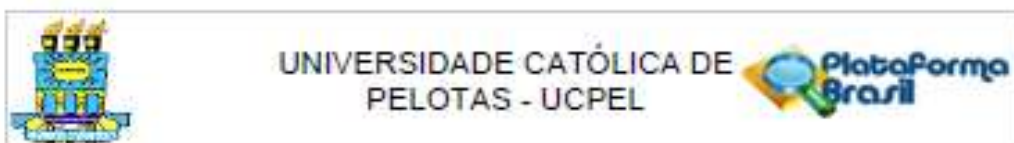
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. /Guia de Vigilância em Saúde. /Ministério da Saúde.-Brasília:Ministério da Saúde, 2014. 812p
acesso: www.saude.gov.br

11. Center Disease Control. Sexually Transmitted disease surveillance 2011, Atlanta Georgia: US.Department of Healt and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention,November2012.Available from URL: <http://ww.cdc.gov/std/stats12/default.htm>
12. Almeida, Valéria C. Sífilis em População Vulnerável: Epidemiologia e Fatores Associados à Reinfecção e a Coinfecção com HIV em Campinas,São Paulo.2014.133f. Dissertação de mestrado profissional Universidade Estadual de Campinas de Ciências Médicas.2014.
13. Yin F ; Feng Z; Li X. Spatial analysis of primary and secondary syphilis incidence in China, 2004-2010. Int J STD AIDS; 23(12) :870-5,2012 dec.
14. Pan X; Zhu y ; Wang Q. Zheng H;Chen X ; Su J; Peng Z; Yu R; Wang N. Prevalencia de HIV,syphilis,HCV and hig risk behaviors among migrant wokers in eastern China. Plos One;812:e57258,2013.
15. Breban R.Superwie, V.Okano JT, Vardavas R,Blower S. Is There any evidence that syphilis epidemics cycle?Lancet Infect.Dis 2008;8(9):577-81
16. Althouse,Benjamin.M, Dufresne, Laurent H. Epidemic cycles driven by host behavior. JR. Soc Interface. Oct 06,2014;(11(99)
17. Silveira MF, Teixeira AMFB, Stephan LS, Rosenthal RM, Alves CL, Brum VMA et AL. Conhecimento sobre sorologia para sífilis e HIV entre profissionais do sexo de Pelotas,Brasil J.Bras Doenças.Sex Transm 2009;21(1):27-33

18. Coelho HC, Passos ADC. Low prevalence of syphilis in Brazilian inmates. *Braz J Infect Dis* 2011;15(1):94-95
19. Golden MR, et al. Update on syphilis: resurgence of an old problem. *Jama*. 2003;290:1510-4.
20. Garcia, Fernanda L.B., Prevalência de sífilis em adolescentes e jovens do sexo feminino no estado de Goiás-2009. 78fl. Dissertação de Mestrado(área de concentração de epidemiologia). Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, 2009.
21. Ribeiro D, Rezende EF, Pinto VM, Pereira GFM, Miranda AE. Prevalência e fator de risco para sífilis no Brasil em conscritos do exército. *Sex. Transm. Infect*(2012;88(1):32-4
22. Drew M, Guimarães C, Campos LN, Paula A, Melo S, Carmo RA, et al. Prevalência de Hiv, sífilis, hepatite B e C em adulto com doença mental: Um estudo multicêntrico no Brasil. *Rev. Bras. Psiquiatria*. 2009;31(1):43-4
23. Jafari Y; Piely RW; Shivkumar Claessins. C; Jose L; L. Are treponema pallidum specific rapid and point-of-care tests for syphilis accurate enough for screening in resource limited settings of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health, McGill University, Montreal, Canada, 2013 February. *Plos One*;8(2): e 54695.
24. Chesson HW; Gift TL; Puler AL. The economic value of reduction in gonorrhea and syphilis incidence in the United States, *43 (5): 411-5*, 2006 Nov.

ANEXOS

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sífilis: A Importância da Investigação e sua Cadeia de Transmissão, Relato de Experiência em Estratégia de Saúde da Família

Pesquisador: Gillian Paula Carvalho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25682214.5.0000.5339

Instituição Proponente: SOCIEDADE PELOTENSE DE ASSISTENCIA E CULTURA (SPAC)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 563.100

Data da Relatoria: 20/03/2014

Apresentação do Projeto:

De acordo.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Recomendações:

Atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Félix de Cunha, 412

Bairro: Centro

CEP: 96.010-000

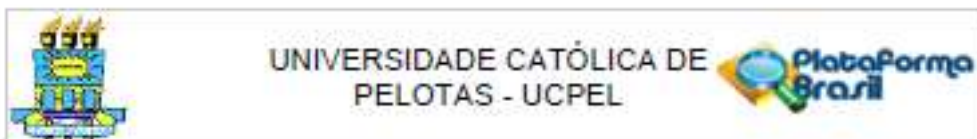
UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)2128-8012

Fax: (53)2128-8298

E-mail: cep@ucpel.br



Continuação do Processo: 563.100

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PELOTAS, 20 de Março de 2014

Assinador por:
RICARDO AZEVEDO DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: Rua Felix de Cunha, 412
Bairro: Centro CEP: 98.010-500
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)2128-8012 Fax: (53)2128-8298 E-mail: cep@ucpel.tche.br

The screenshot shows a web browser window displaying the ScholarOne Manuscripts submission confirmation page. The browser's address bar shows the URL <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-acielo>. The page header includes the journal logo 'SciELO' and the title 'Ciência & Saúde Coletiva'. A navigation menu contains 'Main Menu', 'Author Dashboard', and 'Submission Confirmation'. The main content area features a 'Submission Confirmation' heading and a thank-you message: 'Thank you for submitting your manuscript to Ciência & Saúde Coletiva.' Below this is a box containing the following submission details:

Manuscript ID:	CSC-2015-0132
Title:	SFRA: A importância da notificação compulsória
Authors:	Carvalho, Gilvan Albernaz, Elaine
Date Submitted:	02-Mar-2015

At the bottom of the box are 'Print' and 'Return to Dashboard' links. The footer of the page displays the 'SCHOLARONE' logo and the 'THOMSON REUTERS' logo. The Windows taskbar at the bottom shows the system clock as 16:36 on 02/03/2015.

CASO SUSPEITO DE SÍFILIS ADQUIRIDA: indivíduo com evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente.
CASO CONFIRMADO DE SÍFILIS ADQUIRIDA: indivíduo com sorologia treponêmica reagente.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado(a)	SÍFILIS ADQUIRIDA	Código (CID10) A53.9	
	3 Data de Notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	4 UF	5 Município de Notificação	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadoras)	
	7 Data do Diagnóstico	8 Nome do Paciente		
	9 Data de Nascimento	10 (ou) Idade		
Dados de Residência	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe	17 UF	18 Município de Residência	
	19 Código (IBGE)	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)	
	22 CEP	23 Número	24 Complemento (apto, casa, ...)	
	25 Geo campo 1	26 Geo campo 2	27 Ponto de Referência	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares do Caso				
Dados clínicos e epidemiológicos	31 Ocupação	32 Antecedente de sífilis	33 Se sim, o tratamento foi realizado?	
	34 Comportamento Sexual	35 Resultado dos Exames		
	36 Teste não treponêmico	37 Título		
Tratamento	38 Teste treponêmico	39 Classificação Clínica		
	40 Esquema de tratamento realizado	41 Data do início do tratamento		
Finalidade	42 Classificação Final do caso			

Observações adicionais

Instituição	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura

OBSERVAÇÕES:
 Considera-se a data de notificação como sendo data de preenchimento da ficha de notificação e a data de diagnóstico como sendo a data de coleta de material para exame laboratorial ou de evidência clínica.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO: Nenhum campo deverá ficar em branco.

31 - Informar a ocupação do indivíduo no momento do diagnóstico. Refere-se à atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo), secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).

32 - Informar se o paciente no passado já teve sífilis. O relato do paciente será considerado.

33 - Caso tenha antecedente, informar se o tratamento foi realizado.

34 - Informar o comportamento sexual.

35 - Teste de sorologia não treponêmica indicada para triagem (VDRL - Venereal Diseases Research Laboratory ou RPR - Rapid Plasma Reagin)

36 - Informar a titulação do teste VDRL ou RPR.

37 - Informar a data de coleta do teste.

38 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemagglutination Treponema pallidum Assay), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination Assay), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay), testes rápidos para diagnóstico de sífilis (testes imunocromatográficos).

39 - Registrar a classificação clínica para sífilis:

- 1 - sífilis primária - cancro duro;
- 2 - sífilis secundária - lesões cutâneo-mucosas (sífilides papulosas, condiloma plano, alopecia);
- 3 - sífilis terciária - lesões cutâneo-mucosas (gomas), alterações neurológicas (babe dorsalis, demência), alterações cardiovasculares (artrite sífilítica, aneurisma aórtico); alterações articulares (artropatia de Charcot);
- 4 - sífilis latente - fase assintomática o diagnóstico apenas é obtido por meio de reações sorológicas.

40 - Esquema de tratamento:

Sífilis primária: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão U.I. em cada glúteo).

Sífilis secundária e latente recente: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana. Dose total de 4,8 milhões U.I.

Sífilis terciária (latente e terciária): penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões U.I.

41 - Informar a data do início do tratamento.

42 - Informe a classificação final do caso. Considera-se caso confirmado o indivíduo com sorologia treponêmica reagente. Somente considera-se descartado com sorologia treponêmica não reagente.

Para fins de vigilância no nível local atente para:

1. Evidências de outros DST;
2. Abordagem dos parceiros, visando à quebra de cadeia de transmissão, considerando abordagem consentida.

APÊNDICE
APÊNDICE A

Universidade Católica de Pelotas

Mestrado Profissional em Saúde da Mulher Criança e Adolescente

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Senhor (a) está sendo consultado no sentido de autorizar a sua participação de um estudo científico que tem como título, **Sífilis: Importância da Investigação e sua Cadeia de Transmissão**, relato de experiência em Estratégia de Saúde da Família, que tem como objetivo investigar a cadeia de transmissão de uma doença sexualmente transmissível, a Sífilis, e propor um material de divulgação para os profissionais de saúde e para a população em geral, sobre a importância desta doença e as formas de contágio. O trabalho será realizado através de entrevista e investigação clínica de sinais e sintomas e, após o diagnóstico, o devido tratamento e acompanhamento serão realizados. Esta investigação não irá submeter o participante a riscos, e os benefícios serão o conhecimento da Sífilis, formas de transmissão e o seu tratamento.

Este trabalho está sendo realizado pela Universidade Católica de Pelotas, Mestrado Profissionalizante em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente através da pesquisadora Gílian Paula Carvalho e aprovado pelo Comitê de Ética desta instituição.

Sua autorização é voluntária e a recusa em autorizar, não acarretará nenhuma penalidade ou modificação na forma de atendimento sua e de seus familiares pela equipe de saúde ou pelo pesquisador. Não será divulgada de forma alguma a identidade dos participantes e nenhum material será liberado sem sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo responsável e a outra ser fornecida ao participante.

Desta maneira, eu -----

-----declaro que fui informado de maneira clara sobre minha participação neste trabalho científico e pude esclarecer minhas dúvidas, sei que a qualquer momento posso desistir da participação ou solicitar novas informações e que receberei uma cópia deste termo.

Ass do responsável, data

Ass do pesquisador, data

Em caso de dúvida a respeito dos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Conselho de Ética da Universidade Católica de Pelotas situado a rua :Gonçalves Chaves n °373, CEP 96010-000.

Pesquisador responsável: Gílian Paula Carvalho

End: Rua Cidade de Aveiro, 1618.Bairro:Recanto de Portugal-Pelotas/RS

CEP:96083-040, fone(53)84385204

Email:carvalho.gilian@gmail.com

Apêndice B

Cartaz

SÍFILIS

SE NÃO notificar
NÃO VAMOS CONTROLAR!

**A Sífilis é de notificação
compulsória desde 31/08/2010**

FAÇA SUA PARTE!

Após:
Reato Profissional
em Saúdes Mulher
Criança Adolescente

CATÓLICA

Apêndice C

folder

A SÍFILIS pode ser adquirida a partir de relações desprotegidas!
Use camisinha e se surgir qualquer dúvida procure a ESF (Estratégia de Saúde da Família)

FAÇA SUA PARTE!



Projeto por Freepik

Apóio:
Mestrado Profissional em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente



Apêndice D

Relato de casos

Foi diagnosticado um caso de Sífilis e a partir deste, descobriram-se mais dois casos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no interior do município de Canguçu. Seguem as descrições devidas: paciente do sexo masculino, com 63 anos, negro, solteiro, analfabeto, aposentado, fumante, nega uso de álcool, empregado e domiciliado em casa de família; residente também nesta casa havia indivíduo com AIDS que foi a óbito em 2012. O referido paciente procurou a unidade de ESF, em abril de 2013, com queixa de muito prurido em região perianal, sem outros sintomas concomitantes. Ao exame: área de leucoplasia (placas brancacentas) em região perianal com prurido, inicialmente tratada com antifúngico, enquanto aguardava o resultado dos exames solicitados de triagem para DSTs. Paciente retornou sem melhora da lesão e com o resultado de exames, sendo VDRL 1:512 e outras sorologias negativas. Foi tratado como sífilis secundária - de acordo com os sinais e sintomas - com benzilpenicilina 2,4 milhões por duas semanas consecutivas e realizada a devida notificação. Dentre os dados discriminados da notificação quanto ao comportamento sexual, à resposta foi relações com mulheres. A partir disso, solicitou-se exame confirmatório por imunofluorescência IGg e IgM, tendo como resultado teste reagente. A evolução da doença foi adequada, pois houve a diminuição da titulação do VDRL e até o momento sem reincidência.

Alguns dias após, compareceu na unidade de saúde um morador do mesmo grupo citado acima, do sexo masculino, 32 anos, pensionista por ser surdo-mudo, em união consensual com sua companheira com quem reside há mais de cinco anos, escolaridade de ensino fundamental incompleto, morador da mesma residência em que o paciente anterior, porém, no momento da consulta, já tinha sua própria casa. Negava uso de fumo, álcool ou drogas,

comparecendo com queixa de lesão brancacenta pouco saliente na região inferior lateral direita da língua. No momento do exame, eram duas lesões com as mesmas características. Este paciente foi encaminhado para CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) a fim de realizar biópsia das lesões. Também, foram solicitados exames laboratoriais para DSTs, preenchimento da ficha de notificação para Sífilis que, entre outros dados, solicita o comportamento sexual do paciente e a resposta foi relações com homens e mulheres. Resultado dos exames: VDRL: 1:128, demais DSTs não reagentes e a biópsia da língua evidenciou processo inflamatório crônico inespecífico que pode ser um sinal de Sífilis; da mesma forma o paciente foi tratado com benzilpenicilina e solicitado teste confirmatório de pesquisa de treponema pallidum por imunofluorescência IGg e IGm, com resultado reagente. Devido ao fato de o paciente ter companheira, solicitou-se que ela também comparecesse em consulta. A esposa compareceu, após já ter conversado com o companheiro. Dados da 3ª paciente: com 55 anos, escolaridade de ensino fundamental incompleto, em união consensual, sem renda, nega fumo, álcool e drogas e, dentre as respostas sobre comportamento sexual, respondeu relacionar-se apenas com homens, trabalhava na mesma residência juntamente com os outros dois pacientes quando conheceu seu parceiro. Nunca realizou coleta de citopatológico e referiu que só apresentou dois parceiros durante a vida. Solicitados os mesmos exames para DSTs evidenciou-se um VDRL 1:128, e demais sorologias negativas, efetuou-se o mesmo tratamento descrito acima.

Os pacientes foram orientados sobre o contágio e formas de prevenção, bem como foi solicitado o VDRL de controle com valores diminuídos dos títulos progressivamente evidenciando que não houve reincidência até o momento.